

© ГОРДЕЕВА С.С., ШАРЫПОВА С.Ю., 2023

Гордеева С.С., Шарыпова С.Ю.

Медицинская активность россиян среднего возраста в «допандемийный» и «пандемийный» периоды

ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», 614990, Пермь, Россия

Введение. Решение проблемы здоровьесбережения людей среднего возраста в условиях рискогенного социального контекста невозможно без повышения уровня их медицинской активности, а также формирования ценностного отношения к здоровью.

Материал и методы. Исследование проведено на данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» за 2018–2021 гг. Анализ статистических данных проводился с использованием методов дескриптивной статистики и корреляционного анализа, осуществлены расчёт отношения шансов и кластерный анализ.

Результаты. Для россиян среднего возраста характерен невысокий уровень медицинской активности, который обусловлен статусом здоровья. Пол оказывает влияние на показатели медицинской активности: мужчины демонстрируют более низкий уровень медицинской активности, несмотря на невысокие показатели здоровья. В современных условиях модели медицинской активности вариативны: от пассивных практик без профилактики до высокоактивных в сочетании с профилактическими осмотрами. «Непоследовательная» модель медицинской активности с преобладанием практик самолечения без профилактических мотивов посещений врача — наиболее распространённая в пандемию COVID-19.

Ограничения исследования. При изучении медицинской активности россиян среднего возраста в «допандемийный» и «пандемийный» периоды была проведена оценка 17 631 анкеты за 2018–2021 гг., что является достаточным для достижения поставленной цели. Исследование имеет ограничения, связанные с периодом опроса: отсутствуют данные после 2021 г., однако пандемия COVID-19 официально завершилась в мае 2023 г.

Заключение. Недостаточная медицинская активность средней возрастной группы населения, особенно в период кризисов (в том числе в пандемию), является фактором риска потери здоровья, снижает возможности институциональной медицины диагностировать заболевания на ранних стадиях. Преобладание установки на сохранение трудовой деятельности и дохода среди лиц среднего возраста, а также самостоятельный поиск информации в сети Интернет с целью решения вопросов здоровья увеличивает приверженность практикам самолечения.

Ключевые слова: медицинская активность; люди среднего возраста; здоровье; статус здоровья; самолечение; обращение за медицинской помощью; профилактика; пандемия COVID-19

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Для цитирования: Гордеева С.С., Шарыпова С.Ю. Медицинская активность россиян среднего возраста в «допандемийный» и «пандемийный» периоды. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023; 67(6): 479–486. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-6-479-486> <https://elibrary.ru/tgxfit>

Для корреспонденции: Гордеева Светлана Сергеевна, канд. социол. наук, доцент каф. социологии ФГАОУ ВО «Пермского государственного национального исследовательского университета», 614990, Пермь. E-mail: ssgordeyeva@mail.ru

Участие авторов: Гордеева С.С. — концепция и дизайн исследования, написание текста, редактирование; Шарыпова С.Ю. — написание текста, статистическая обработка данных, составление списка литературы, редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование выполнено за счёт гранта Российского научного фонда № 23-18-00480 «Самосохранительные стратегии россиян в условиях новой нормальности».

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила 13.08.2023

Принята в печать 11.10.2023

Опубликована 23.12.2023

© GORDEEVA S.S., SHARYPOVA S.YU., 2023

Svetlana S. Gordeeva, Sofia Yu. Sharypova

Medical activity of middle-aged Russians in the «pre-pandemic» and «pandemic» periods

Perm State University, Perm, 614990, Russian Federation

Introduction. Solving the health saving problem of middle-aged people in a risk social context is impossible without increasing the level of their medical activity, as well as forming a value attitude to health.

Material and methods. The study was conducted on the data of the Russian Longitudinal Monitoring Survey of the National Research University “Higher School of Economics” for 2018–2021. The analysis of statistical data was carried out using the methods of descriptive statistics and correlation analysis, the calculation of the odds ratio and cluster analysis were carried out.

Results. Middle-aged Russians are characterized by a low level of medical activity, which is due to their health status. Gender has an impact on the indicators of medical activity: men demonstrate a lower level of medical activity, despite low health indicators. In modern conditions, models of medical activity are varied: from passive practices without prevention to highly active practices combined with preventive examinations. An “inconsistent” model of medical activity with a predominance of self-treatment practices without preventive motives for visiting a doctor is the most common pattern during the COVID-19 pandemic.

Limitations. When studying the medical activity of middle-aged Russians in the “pre-pandemic” and “pandemic” periods, 17,631 questionnaires were evaluated during 2018–2021, which is sufficient to achieve the set goal. This study has limitations related to the survey period: data is not available after 2021, but the COVID-19 pandemic has officially ended in May 2023.

Conclusion. Insufficient medical activity of the middle age group of the population, especially during crises (including during the pandemic), presents itself as a risk factor for health loss, reduces the ability of institutional medicine to diagnose diseases at an early stage. The predominance of attitudes towards maintaining employment and income among middle-aged people, as well as an independent search for information on the Internet to resolve health issues, increases commitment to self-treatment practices.

Keywords: *medical activity; middle-aged people; health; health status; self-treatment; seeking medical help; prevention; COVID-19 pandemic*

Compliance with ethical standards. The study does not require the submission of a biomedical ethics committee or other documents.

For citation: Gordeeva S.S., Sharypova S.Yu. Medical activity of middle-aged Russians in the «pre-pandemic» and «pandemic» periods. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2023; 67(6): 479–486. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-6-479-486> <https://elibrary.ru/tgxfit> (in Russian)

For correspondence: *Svetlana S. Gordeeva*, Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor at the Department of Sociology of Perm State University, Perm, 614990, Russian Federation. E-mail: ssgordeyeva@mail.ru

Information about the authors:

Gordeeva S.S., <https://orcid.org/0000-0002-5309-8318>

Sharypova S.Yu., <https://orcid.org/0000-0003-3519-8531>

Contribution of the authors: *Gordeeva S.S.* — research concept and design, writing the text, editing; *Sharypova S.Yu.* — writing the text, statistical data processing, compilation of the list of literature, editing. *All authors* are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Acknowledgment. The study was carried out for Russian Science Foundation grant account No. 23-18-00480 «Self-protective strategies of people in Russia in the new normality».

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

Received: August 13, 2023

Accepted: October 11, 2023

Published: December 23, 2023

Введение

Состояние здоровья населения России во многом определяет перспективу социально-экономического благополучия государства. Современные социально-экономические и социокультурные изменения позволяют характеризовать социальный контекст поведенческих практик в укреплении здоровья лиц среднего возраста как динамичный и рискогенный. При этом сознательная медицинская активность выступает одним из ключевых факторов сохранения здоровья, снижения уровня заболеваемости и смертности.

В условиях целевых установок национального проекта «Демография» в ожидаемой продолжительности жизни населения, а также пенсионной реформы 2018 г. актуализируется проблема активного долголетия и ценностного отношения к здоровью среди людей среднего возраста, которые являются ключевым трудовым ресурсом. К числу социально-статусных характеристик, типичных для данной возрастной группы, относят продолжающуюся карьерную мобильность, а также активность в трудовой деятельности, обусловленные высокими показателями социального и физического самочувствия [1].

С одной стороны, у людей в среднем возрастном периоде начинают проявляться хронические заболевания и/или болезни, которые способны снижать качество их жизни. Результаты эмпирического анализа указывают на высокую долю респондентов (58%), имеющих как минимум одно хроническое заболевание [2]. Физические недомогания могут выступать дополнительным источником стресса, поскольку связываются в этом возрасте с временем дожития, увяданием, потерей сил. С другой стороны, лица средней возрастной группы способны использовать накопленный жизненный опыт, а также сформированный социальный капитал для улучшения физического и когнитивного функционирования.

Оценка связи статуса «наличие хронического заболевания» и поведения в отношении здоровья лиц среднего возраста в западной литературе носит двойственный характер. Часть авторов указывают на ситуацию, при которой люди с хроническим заболеванием большую часть времени затрачивают не столько на укрепление собственного здоровья, сколько на лечение того или иного хронического недуга [3]. Другие убеждены, что наличие диагностируемой болезни повышает приверженность индивида к здоровьесохранным практикам, повышает медицинскую активность [4]. Авторы делают вывод о том, что изменения в поведении в отношении здоровья могут быть связаны не только с возрастом человека, но и с его текущим состоянием здоровья. К подобным результатам приходят исследователи [5], указывая на то, что около половины группы среднего возраста, перенесших рак, бросили курить и изменили свой рацион питания после постановки соответствующего диагноза.

К основным детерминантам недостаточной медицинской активности и грамотности населения исследователи относят как объективные факторы (например, сокращение персонала государственных медицинских учреждений), так и субъективные причины (например, отрицательное отношение к врачам) [6]. Сниженная мотивация населения в вопросах сохранения собственного здоровья и его недостаточная медицинская активность в период кризисов (в том числе пандемии) имеют негативные социальные следствия [6].

Медицинскую активность отечественный исследователь Ю.П. Лисицын понимает как деятельность людей

по сохранению и укреплению здоровья через выполнение медицинских предписаний, систематическое посещение лечебно-профилактических учреждений и др. [7]. Зарубежные авторы определяют медицинскую активность как любую активность, предпринимаемую человеком, столкнувшимся с проблемой в сфере здоровья или заболеванием, направленную на поиск адекватных средств защиты [8]. Это выводит на первый план ключевые исследовательские вопросы, связанные с осмыслением моделей поведения, раскрывающих механизм поиска и получения индивидом медицинской помощи, так называемые «путевые модели» [9]. Кроме того, в предметное исследовательское поле входит анализ таких детерминант, как социально-экономический статус индивида, пол, возраст, наличие и характер заболевания и др., обуславливающих принятие индивидом решения обратиться за медицинской помощью [10]. На наш взгляд, данная трактовка медицинской активности носит ограниченный характер, поскольку должна включать не только активность человека, направленную на поиск адекватных средств защиты в случае наступления того или иного заболевания, но и профилактическую активность индивида, связанную с предупреждением заболевания. Последнее, по оценке зарубежных исследователей, включает действия, направленные на предотвращение, уменьшение вероятности или отсрочку вреда для здоровья человека [11].

Отечественные социологи подчёркивают необходимость исследования медицинской активности с учётом различных факторов, участвующих в сохранении здоровья населения [12]. Поэтому медицинская активность рассматривается через анализ обращений граждан к врачам. В этом случае целесообразно изучение медицинской активности как социального действия, сопровождающегося взаимодействием обеих сторон в поиске способов не только лечения, но и профилактики [13]. Значимую роль в реализации медицинской активности населения в условиях существования разнообразных медицинских практик (обращение к альтернативной медицине, практики самолечения), по оценке В.Л. Лехциер и соавт. [14], играет «формальная система здравоохранения».

Результаты регионального исследования [15] свидетельствуют о том, что медицинская активность является часто встречающейся практикой населения в сохранении здоровья, динамично развивающейся в последние 10 лет. При этом наступление болезни, а не профилактические практики являются основным мотивом обращения за медицинской помощью среди большинства населения. Высокая приверженность к медицинской активности на региональном уровне слабо согласуется с общероссийскими тенденциями. Так, по данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) за 2018 г. велика доля россиян, которые редко проходят профилактические осмотры и диспансеризацию (37%) [16]. Более того, результаты исследования ВЦИОМ за 2022 г. демонстрируют крайне низкую долю граждан (14%), посещающих медицинских специалистов с целью прохождения профилактических осмотров [17]. Регулярных профилактических практик чаще всего придерживаются респонденты старшего возраста (19%) и с высоким уровнем дохода (21%). Низкие оценки россиян своей приверженности профилактическим практикам по результатам социологических опросов плохо согласуются с официальными данными Министерства здравоохранения РФ. Согласно данным Единой межведомственной информационно-статистической системы показатель «доля граждан, ежегодно про-

ходящих профилактический медицинский осмотр и (или) диспансеризацию» в период с 2020 по 2022 г. вырос почти вдвое (с 26,3% от общей численности населения России в 2020 г. до 46,3% в 2022 г.). Таким образом, с 2020 г. по настоящее время в России наблюдается рост профилактической активности граждан, подтверждающийся данными официальной медицинской статистики, но не результатами социологических исследований.

Диспансеризация, по мнению экспертов, — это эффективный механизм, направленный на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития [18]. По данным эмпирического исследования Н.В. Кошевой, низкая самооценка здоровья выступает предиктором потребности в профилактических мероприятиях (прохождении диспансеризации), и напротив, люди с высокой самооценкой собственного здоровья, как правило, не проходят диспансеризацию [18].

Таким образом, под медицинской активностью в данном исследовании мы будем понимать деятельность (систему практик) населения в сфере сохранения здоровья, включающую в себя следующие компоненты:

- 1) ценностное отношение к своему здоровью;
- 2) практики поддержания здоровья (своевременное обращение за медицинской помощью, приверженность назначенному лечению, использование практик самолечения);
- 3) превентивные практики (регулярное прохождение профилактических осмотров и/или диспансеризации, наличие полиса дополнительного страхования).

Цель исследования: оценить связь между медицинской активностью и состоянием здоровья россиян среднего возраста в «допандемийный» и «пандемийный» периоды — с 2018 по 2021 г.

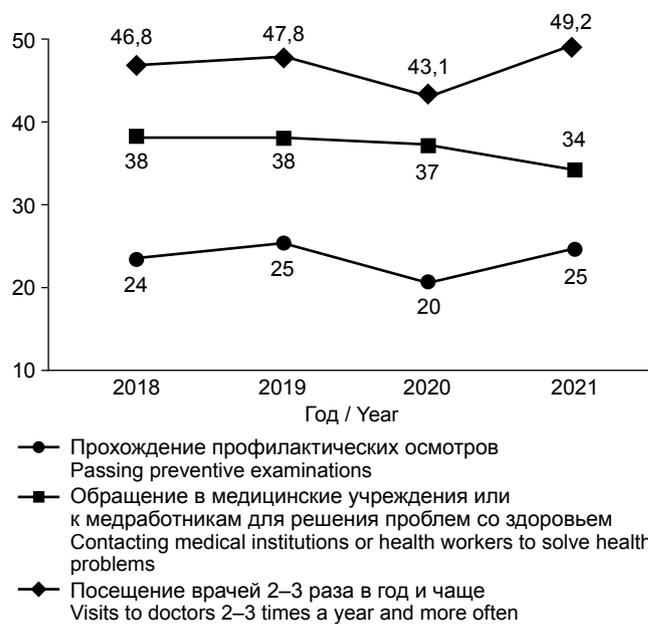
Материал и методы

Для анализа были использованы результаты исследования РМЭЗ-ВШЭ¹. «Допандемийный» период представлен данными 27-й и 28-й волн (с октября 2018 г. по январь 2020 г.); «пандемийный» — данными 29-й и 30-й волн (с октября 2020 г. по январь 2022 г.). Из общего объёма выборочной совокупности, репрезентирующей население России, были отобраны «люди среднего возраста» от 35 до 60 лет (17 631 человек²). Данные возрастные границы были определены исходя из того, что в этом возрастном периоде увеличивается риск развития хронических заболеваний из-за естественного старения организма, а это формирует необходимость обращения к институциональной медицине для выявления заболеваний на ранних стадиях. По данным Росстата, возрастной коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в группе 35–39 лет почти вдвое выше, чем в группе 30–34 года (102,9 и 62,3‰ соответственно). Аналогичная ситуация — в отношении показателя смертности от злокачественных образований (для групп 30–34 года — 19,4‰, 35–39 лет — 35,6‰).

Медицинская активность анализировалась по двум компонентам. Первый компонент — превентивный (ре-

¹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН (сайты обследования RLMS HSE: <https://www.hse.ru/rlms> и <https://rlms-hse.crc.unc.edu>) (дата обращения: 25.07.2023).

² 27-я волна (2018 г.) — 4367 человек (1903 мужчины и 2464 женщины); 28-я волна (2019 г.) — 4408 человек (1929 мужчин и 2479 женщин); 29-я волна (2020 г.) — 4414 человек (1929 мужчин и 2485 женщин); 30-я волна (2021 г.) — 4442 человека (1976 мужчин и 2466 женщин).



Доля россиян среднего возраста, реализующие компоненты медицинской активности, %.

The share of middle-aged Russians implementing components of medical activity, %.

гулярность прохождения профилактических осмотров и/или диспансеризации): «В течение последних трех месяцев Вы показывались медицинскому работнику для профилактического осмотра, а не потому что были больны?». Второй компонент — практики поддержания здоровья (обращаемость за медицинской помощью и её частота): «Что Вы сделали, чтобы решить те проблемы со здоровьем, которые возникли у Вас в течение последних 30 дней?»; «Скажите, пожалуйста, как часто Вы посещаете врача в течение года?»).

Здоровье людей среднего возраста оценивалось на основе двух показателей:

- 1) самооценка здоровья («Скажите, пожалуйста, как Вы оцениваете Ваше здоровье? Оно у Вас...»);
- 2) наличие хронических и иных заболеваний («Есть ли у Вас какие-то хронические заболевания?»; «Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас...?»; «Ставил Вам врач диагноз...?»; «Ставили Вам когда-нибудь диагноз...?»).

Анализ данных проводился с использованием методов дескриптивной статистики и корреляционного анализа, также был осуществлен расчёт отношения шансов (OR) и кластерный анализ. Обработка данных выполнена с помощью статистического пакета SPSS Statistics.

Результаты исследования

Россияне среднего возраста демонстрируют среднюю медицинскую активность. Начиная с 2018 г. доля тех, кто регулярно проходил профилактические осмотры, не превышала 25%. Вместе с тем только около 40% опрошенных сказали, что для решения проблем со здоровьем обращались в медицинские учреждения или к медицинским работникам. Почти половина респондентов посещала врачей 2–3 раза в год и чаще, хотя примерно каждый третий отмечал проблемы со здоровьем в течение последних 30 дней. Указанные данные характерны для всего исследуемого периода, за исключением изменений в «пандемийный» период (рисунок).

Таблица 1. Влияние наличия заболеваний на компоненты медицинской активности у россиян среднего возраста
Table 1. The effect of the presence of diseases on the components of medical activity in middle-aged Russians

Год Year	Прохождение профилактических осмотров Passing through preventive examinations		Обращаемость в медицинские учреждения Negotiability to medical institutions		Частота обращений к врачу Frequency of visits to the doctor	
	Somers' D	OR (95% ДИ 95% CI)	Somers' D	OR (95% ДИ 95% CI)	Somers' D	Гамма
2018	0,115*	2,063 (1,549–2,748)	–0,205*	0,353 (0,176–0,706)	0,162*	0,23*
2019	0,098*	1,741 (1,363–2,223)	–0,151*	0,493 (0,278–0,874)	0,152*	0,216*
2020	0,096*	1,917 (1,471–2,499)	Связь отсутствует No connection	Связь отсутствует No connection	0,118*	0,172*
2021	0,083*	1,602 (1,269–2,022)	Связь отсутствует No connection	Связь отсутствует No connection	0,058*	0,088*

Примечание: | Note: * $p < 0,001$.

В исследовании предполагалось, что уровень медицинской активности возрастёт в период пандемии COVID-19, т.к. фокус внимания людей был сосредоточен на здоровье. В ходе анализа данная гипотеза была опровергнута. В 2020 г. наблюдалось снижение количества проходивших осмотры и регулярно посещающих врачей; в 2021 г. эти два показателя выровнялись, но на спад пошло обращение в медицинские учреждения или к медицинским работникам. Однако пандемия COVID-19 не изменила гендерную асимметрию в обращении к медицине. Мужчины проявляли медицинскую активность меньше, чем женщины: реже посещали врачей (Гамма = $-0,318$ при $p < 0,001^3$), но в 1,3 раза чаще занимались самолечением⁴ (данная связь нестабильна, отсутствует в 2019 и 2021 гг.), также в среднем за 4 года в 1,4 раза реже проходили осмотры для профилактики⁵. Корреляционный анализ показал, что с возрастом россияне всё чаще посещали врача в течение года, при этом отсутствует связь между возрастом и другими показателями медицинской активности.

Для анализа связи медицинской активности и здоровья была произведена оценка уровня здоровья россиян среднего возраста. Опрос показал, что большинство определяют своё здоровье как «хорошее» и «среднее, не хорошее, но и не плохое»⁶, несмотря на весомую долю тех, кто имеет хронические заболевания и иные диагнозы, установленные врачом (с 2018 г. их доля составляла не менее 86%). Примечательно, что среди мужчин нет никого, кто указал бы на отсутствие заболеваний, принимая во внимание их низкую медицинскую активность в сравнении с женщинами. Для дальнейшего анализа респонденты были разделены на две группы по наличию хронических и иных заболеваний (самооценка здоровья не учитывалась при делении, т.к. данная переменная находится в сильной зависимости от наличия заболеваний — Somers' D = $-0,551$; $p < 0,001^7$). В первую группу были отнесены те, кто заявил об отсутствии заболеваний (условно «здоровые»); в другую попали остальные — кто отметил хотя бы одно заболевание (условно «больные»).

В результате анализа данных было выявлено, что уровень медицинской активности зависит от уровня здоровья (табл. 1). Интересно, что данная связь в «пандемийный»

период слабеет, а компонента «обращаемость» совсем пропадает. Полученные данные подтвердили гипотезу о различиях медицинской активности у россиян с разным статусом здоровья. Установлено, что больные демонстрируют более высокую медицинскую активность, нежели здоровые. Так, респонденты, имеющие хотя бы одно заболевание, в разы чаще посещают медицинского работника с целью прохождения осмотра, чаще обращаются в медицинские организации для решения проблем со здоровьем и, соответственно, в разы реже занимаются самолечением (за исключением периода пандемии, как было указано выше).

Исследование позволило выявить модели медицинской активности россиян среднего возраста, в том числе в зависимости от статуса здоровья, и их динамику за период пандемии COVID-19. Для формирования моделей был использован кластерный анализ, где в основу были заложены три компонента медицинской активности. Иерархический метод кластеризации позволил выделить 5 кластеров, описание которых было произведено с помощью метода k-средних. Модели медицинской активности были упорядочены по интенсивности активности в отношении сохранения здоровья.

1. «Низкоактивные/пассивные» — реализуют практики самолечения, редко посещают медицинские учреждения и отказываются от профилактических осмотров. Для респондентов со статусом «условно больной» подобные практики сопряжены с высоким риском ухудшения/потери здоровья;

2. «Непоследовательно активные» — характерно ситуативное посещение медицинских учреждений в сочетании с использованием практик самолечения.

3. «Умеренно-активные» — регулярное посещение медицинских учреждений и ориентация на формальную медицину в случае недомогания. Для людей со статусом «условно больной» мотивы обращения в медицинские организации можно назвать лечебные, для людей со статусом «условно здоровый» — предупреждающие болезни.

4. «Высокоактивные без превентивных практик» — активное обращение к медицинским специалистам и отсутствие практики профилактических осмотров. Регулярное посещение медицинских учреждений для людей со статусом «условно больной» может быть продиктовано необходимостью «борьбы с недугом» (лечения хронических заболеваний).

5. «Высокоактивные с использованием превентивных практик» — частое посещение медицинских учреждений для лечения или профилактики различных заболеваний в зависимости от статуса здоровья. В отличие от

³ Приводятся данные за 2021 г., но связь подтверждается каждый год.
⁴ 2018 г. — OR = 1,298 (95% ДИ 1,047–1,608); 2020 г. — OR = 1,298 (95% ДИ 1,012–1,641).
⁵ 2018 г. — OR = 0,723 (95% ДИ 0,627–0,835); 2019 г. — OR = 0,784 (95% ДИ 0,682–0,901); 2020 г. — OR = 0,702 (95% ДИ 0,603–0,816); 2021 г. — OR = 0,703 (95% ДИ 0,611–0,809).
⁶ 2018 г. — 89,1%; 2019 г. — 85,4%; 2020 г. — 92,5%; 2021 г. — 91,8%.
⁷ Приводятся данные за 2019 г., но влияние подтверждается каждый год.

Таблица 2. Модели медицинской активности россиян среднего возраста**Table 2.** Models of medical activity of middle-aged Russians

Модель Model		Год Year			
		2018	2019	2020	2021
Низкоактивные/пассивные Low active/passive	<i>n</i>	495	402	200	424
	% больных sick	29	26	15	30
	% здоровых healthy	46	36	17	33
Непоследовательно активные Inconsistently active	<i>n</i>	472	589	259	434
	% больных sick	30	41	19	32
	% здоровых healthy	32	46	31	33
Умеренно активные Moderately active	<i>n</i>	340	83	499	318
	% больных sick	22	5	41	23
	% здоровых healthy	13	9	39	26
Высокоактивные без превентивных практик Highly active without preventive practices	<i>n</i>	155	225	188	67
	% больных patients	10	16	15	5
	% здоровых healthy	7	9	11	3
Высокоактивные с превентивными практиками Highly active with preventive practices	<i>n</i>	141	155	121	121
	% больных patients	9	12	10	9
	% здоровых healthy	2	0	3	5

всех предыдущих кластеров, представители данной группы проходят профилактические осмотры.

Представители среднего возраста в России в большей степени относятся к группам «пассивные» и «непоследовательные» (табл. 2). Причём в «допандемийный» период пассивных больше было среди здоровых (в 2018 г. — 46% в группе здоровых против 29% в группе больных, в 2019 г. — 36 и 26% в указанных группах соответственно), а в период пандемии COVID-19 доля здоровых и больных сравнялась. Противоположная ситуация складывается с моделью высокоактивных: до 2020 г. данной модели придерживаются в основном больные, в 2021 г. здоровые тоже включаются в эту модель. Общая картина моделей медицинской активности в течение 4 лет выглядит стабильно, за исключением 2020 г., где происходили существенные изменения. Большинство среди здоровых и больных реализуют «непоследовательную» медицинскую активность, причём с преобладанием практик самолечения, а в модели «высокоактивных» пропадают превентивные практики, что говорит об отсутствии профилактических мотивов посещения врача в период пандемии COVID-19.

Обсуждение

Связь между медицинской активностью и состоянием здоровья россиян среднего возраста в исследуемые периоды имеет три аспекта. Во-первых, существуют гендерные различия в медицинской активности (мужчины реже, чем женщины, обращаются за медицинской помощью, чаще занимаются самолечением). Для мужчин характерно пассивное ожидание выздоровления [15] или обращение только в случае «острого» заболевания [19]. Важную роль при реализации медицинской активности, по мнению исследователей [20], играет поведение ближайшего окружения, которое может способствовать формированию более активной позиции человека в сохранении здоровья. Кроме того, обучение и предоставление достоверной информации населению через средства массовой информации в кризисные периоды может побудить граждан придерживаться желаемого здоровьесохранного поведения [20].

Во-вторых, медицинскую активность в период пандемии COVID-19 можно описать как сниженную: увеличились практики самолечения; сократилось число обращений в медицинские учреждения; уменьшилась доля профилактических осмотров. Преобладающая «непоследовательная» модель медицинской активности, в основу которого ложится ситуативный выбор схемы лечения, связан с рядом причин: низкая доступность квалифицированной медицинской помощи в условиях перегруженности системы здравоохранения во время пандемии, недостаток доверия к врачам [6] и боязнь заразиться в медицинских организациях [21]. Кроме этого, были ограничения на передвижение, часть населения могла столкнуться с финансовыми трудностями. Настоящее исследование показало также снижение превентивных практик в «пандемийный» период. Однако стоит принять во внимание, что превентивное поведение оценивали через регулярность прохождения профилактических осмотров и/или диспансеризации. Зарубежные исследователи указывают на распространение иных профилактических практик, например, мытьё рук или использование масок, цель которых — защититься от заражения или предотвратить передачу [22].

В-третьих, снижение медицинской активности у исследуемой группы обусловлено спецификой среднего возраста. У людей данной возрастной группы доминируют установки на сохранение трудовой деятельности и уровня дохода, а также ответственность перед коллегами и работодателем. Люди в этом возрасте, как правило, уже имеют опыт проживания болезней и знают, как справиться с ними без длительного отсутствия на работе. Выделенные выше специфические особенности обуславливают отказы от больничных листов и реализацию практик самолечения. Кроме того, люди среднего возраста самостоятельно ищут информацию для принятия решения в сфере здоровья, в том числе по фармацевтическим вопросам [23].

Ограничение исследования. При изучении медицинской активности россиян среднего возраста в «допандемийный» и «пандемийный» периоды была проведена оценка 17 631 анкет за 2018–2021 гг., что является доста-

точным для достижения поставленной цели. Настоящее исследование имеет ограничения, связанные с периодом опроса: отсутствуют данные после 2021 г., однако пандемия COVID-19 официально завершилась в мае 2023 г.

Выводы

Можно сделать вывод о том, что у россиян среднего возраста уровень медицинской активности невысокий, что обусловлено спецификой данной социальной группы. При этом у мужчин данная активность ниже, несмотря на более низкий уровень здоровья. Доказано, что медицинская активность зависит от статуса здоровья: больные «активнее», нежели здоровые, т.е. чаще посещают медицинские учреждения и медицинских работников для решения проблем со здоровьем и проходят профилактические осмотры. В результате анализа были выделены пять моделей медицинской активности россиян. В «допандемийный» период в большей степени реализуется пассивная модель, причём здоровые придерживаются этой модели чаще. В период пандемии COVID-19 наибольшую распространённость имеет «непоследовательная» модель с преобладанием практик самолечения без профилактических мотивов посещений врача. В 2021 г. стёрлись различия в использовании моделей медицинской активности в зависимости от статуса здоровья — это служит почвой для дальнейших исследований влияния пандемии COVID-19 на медицинскую активность населения России.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 3–5, 8–11, 20–22 см. References)

1. Маркова Ю.С. Социокультурные факторы становления и реализации ценностей россиян среднего возраста. *Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки*. 2017; (4): 200–9. <https://doi.org/10.15593/2224-9354/2017.4.18> <https://elibrary.ru/yneiou> (in Russian)
2. Карцева М.А., Кузнецова П.О. Здоровье, доходы, возраст: эмпирический анализ неравенства в здоровье населения России. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2023; (2): 160–85. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.2.2355> (in Russian)
3. Горошко Н.В., Емельянова Е.К., Пацала С.В. Проблема медицинской активности населения России в эпоху COVID-19. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2022; 68(3): 15. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2022-68-3-15> <https://elibrary.ru/qtyrsx> (in Russian)
4. Лисицын Ю.П. *Общественное здоровье и здравоохранение*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
5. Абрамов А.Ю., Кича Д.И., Рукодашный О.В. Медицинская активность и удовлетворение потребности населения в медицинской. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018; 26(5): 266–70. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-5-266-270> <https://elibrary.ru/yqzggd> (in Russian)
6. Андриянова Е.А., Позднова Ю.А. Факторы формирования социальных стереотипов городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи. *Известия Саратовского университета. Серия: Социология. Политология*. 2012; 12(1): 40–5. <https://elibrary.ru/ozbomx> (in Russian)
7. Лехциер В.Л., Готлиб А.С., Финкельштейн И.Е. Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: ситуации, практики, факторы. *Социологический журнал*. 2019; 25(2): 78–98. <https://doi.org/10.19181/socjour.2019.25.2.6387> <https://elibrary.ru/ezvdpp> (in Russian)
8. Короленко А.В. Медицинская активность как фактор здоровья населения (на примере Вологодской области). В кн.: *Сборник статей XII Уральского демографического форума «Парадигмы и модели демографического развития»*. Екатеринбург; 2021: 131–40.
9. ВЦИОМ. Качество медицинских услуг: запрос населения; 2018. Доступно: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-medicinskikh-uslug-zapros-naseleniya>
10. ВЦИОМ. Здоровый образ жизни и как его придерживаться; 2022. Доступно: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorovyi-obraz-zhizni-i-kak-ego-priderzhivatsja>
11. Ходакова О.В., Кошевая Н.В. Самооценка здоровья, как элемент самосохранительного поведения и приверженности к диспансеризации взрослого населения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019; (4): 309–26. <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2019-10099> <https://elibrary.ru/naebki>
12. Будник Я.И., Шаршакова Т.М. Удовлетворенность населения медицинским обслуживанием в амбулаторно-поликлинических условиях (по материалам социологического опроса). *Проблемы здоровья и экологии*. 2011; (4): 124–8. <https://elibrary.ru/umbqvj>
13. Шестакова Т.В. Об уровне санитарной грамотности по фармацевтическим вопросам экономически активного населения: XXIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022; 21(2S): 64–5. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-S2> <https://elibrary.ru/pyemit>
14. Markova Yu.S. Socio-cultural factors of values' formation and implementation among the middle-aged Russians. *Sotsial'no-ekonomicheskie nauki*. 2017; (4): 200–9. <https://doi.org/10.15593/2224-9354/2017.4.18> <https://elibrary.ru/yneiou> (in Russian)
15. Kartseva M.A., Kuznetsova P.O. Health, income, age: empirical analysis of health inequality in Russia. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny*. 2023; (2): 160–85. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.2.2355> (in Russian)
16. Lachman M.E. Development in midlife. *Annu. Rev. Psychol.* 2004; 55: 305–31. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>
17. Zanjani F.A.K., Schaie K.W., Willis S.L. Age group and health status effects on health behavior change. *Behav. Med.* 2006; 32(2): 36–46. <https://doi.org/10.3200/BMED.32.2.36-46>
18. Blanchard C.M., Denniston M.M., Baker F., Ainsworth S.R., Courneya K.S., Hann D.M., et al. Do adults change their lifestyle behaviors after a cancer diagnosis? *Am. J. Health Behav.* 2003; 27(3): 246–56. <https://doi.org/10.5993/ajhb.27.3.6>
19. Goroshko N.V., Emel'yanova E.K., Patsala S.V. The problem of medical activity of the russian population during COVID-19. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2022; 68(3): 15. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2022-68-3-15> <https://elibrary.ru/qtyrsx> (in Russian)
20. Lisitsyn Yu.P. *Public Health and Healthcare [Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie]*. GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
21. Mackian S., Bedri N., Lovel H. Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? *Health Policy Plan.* 2004; 19(3): 137–46. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh017>
22. Rosenstock I.M. Why people use health services. *Milbank Q.* 2005; 83(4): 1–32. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x>
23. Cronin T., Sheppard J., de Wildt G. Health-seeking behaviour for schistosomiasis: a systematic review of qualitative and quantitative literature. *Pan. Afr. Med. J.* 2013; 16: 130. <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.16.130.3078>
24. Simoes E., Kunz S., Schmahl F. Utilisation gradients in prenatal care prompt further development of the prevention concept. *Gesundheitswesen.* 2009; 71(7): 385–90. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1214401>
25. Abramov A.Yu., Kicha D.I., Rukodaynyy O.V. The medical activity and satisfaction of population need in medical care. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018; 26(5): 266–70. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-5-266-270> <https://elibrary.ru/yqzggd> (in Russian)
26. Andriyanova E.A., Pozdnova Yu.A. Formation of social stereotypes factors of urban population concerning the out-patient-polyclinic help. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Seriya: Sotsiologiya. Politologiya*. 2012; 12(1): 40–5. <https://elibrary.ru/ozbomx> (in Russian)
27. Lekhtsier V.L., Gotlib A.S., Finkel'shteyn I.E. Medical choice of chronic patients in a large Russian city: situations, practices, factors. *Sotsiologicheskii zhurnal*. 2019; 25(2): 78–98. <https://doi.org/10.19181/socjour.2019.25.2.6387> <https://elibrary.ru/ezvdpp> (in Russian)
28. Korolenko A.V. Medical activity as a factor of public health (on the example of the Vologda Oblast). In: *Collection of Articles of the XII Ural Demographic Forum «Paradigms and Models of Demographic Development» [Sbornik statey XII Ural'skogo demograficheskogo foruma «Paradigmy i modeli demograficheskogo razvitiya»]*. Ekaterinburg; 2021: 131–40. (in Russian)
29. WCIOM. Quality of medical services: the request of the population; 2018. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/>

- analiticheskii-obzor/kachestvo-mediczinskikh-uslug-zapros-naseleniya (in Russian)
17. WCIOM. A healthy lifestyle and how to adhere to it; 2022. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorovyi-obraz-zhizni-i-kak-ego-priderzhivatsja> (in Russian)
 18. Khodakova O.V., Koshevaya N.V. Self-assessment of health as an element of self-preserving behavior and addition to depersonalization of adults. *Sovremennye problemy zdraookhraneniya i meditsinskoy statistiki*. 2019; (4): 309–26. <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2019-10099> <https://elibrary.ru/naebki> (in Russian)
 19. Budnik Ya.I., Sharshakova T.M. Satisfaction of population with out-patient medical care (based on the materials of a public opinion poll). *Problemy zdorov'ya i ekologii*. 2011; (4): 124–8. <https://elibrary.ru/umbqvj> (in Russian)
 20. Fattahi H., Seproo F.G., Fattahi A. Effective factors in people's preventive behaviors during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Public Health*. 2022; 22(1): 1218. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13621-y>
 21. Joseph N., Colaco S.M., Fernandes R.V., Krishna S.G., Veetil S.I. Perception and self-medication practices among the general population during the ongoing COVID-19 pandemic in Mangalore, India. *Curr. Drug Safety*. 2023; 18(2): 233–45. <https://doi.org/10.2174/1574886317666220513101349>
 22. Lusmilasari L., Putra A.D.M., Sandhi A., Saifullah A.D. COVID-19 preventive behavior practices and determinants: a scoping review. *Open Access Maced. J. Med. Sci*. 2022; 10(F): 23–32. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8162>
 23. Shestakova T.V. About the level of sanitary literacy on pharmaceutical issues of the economically active population: XXIX Russian National Congress «Man and Medicine». *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2022; 21(2S): 64–5. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-S2> <https://elibrary.ru/pyemit> (in Russian)