

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2024-5-731-746

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОВЕДЕНИЕ ГРАЖДАН ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ

М.В. Кабыш, Д.С. Тюфилин, В.П. Чигрина, И.П. Шибалков

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение. В настоящее время отмечается недостаточное число исследований, посвященных выявлению личностных факторов людей, имеющих серьезные проблемы со здоровьем и не желающих обращаться в медицинские организации.

С целью разработки мероприятий по повышению приверженности населения Российской Федерации к обращению в медицинские организации и укреплению общественного здоровья проведено наблюдательное исследование особенностей поведения людей при возникновении медицинских проблем.

Материалы и методы. В исследовании применялся метод анкетирования с использованием опросника, состоящего из 43 вопросов и пяти блоков.

Результаты. Выявлено, что одним из важных факторов нерационального медицинского поведения является чувство стыда при обращении за медицинской помощью. Нерациональное медицинское поведение характерно для лиц, уверенных в том, что они умеют распознавать симптомы возникающих заболеваний, а также знают, что нужно делать, чтобы их облегчить. У лиц, исповедовавших какую-либо религию (или причислявших себя к какому-либо вероисповеданию) и выбравших в качестве доминирующих ценностей – «любовь, семья, дети, дом» и «здоровье», шансы рационального медицинского поведения повышались.

В рамках исследования также был выявлен ряд социально-экономических факторов, ассоциированных на наличие тех или иных личностных особенностей, влияющих на медицинское поведение.

Заключение. Выявленные в исследовании личностные факторы представляют ценность для разработки мероприятий, способствующих рациональному медицинскому поведению граждан.

Ключевые слова: медицинское поведение, медицинская активность, личностные факторы, факторы медицинской активности, доступность медицинской помощи, социология медицины

ANALYZING PERSONAL FACTORS THAT INFLUENCE PEOPLE'S BEHAVIOUR IN CASE OF HEALTH PROBLEMS

M.V. Kabysh, D.S. Tyufilin, V.P. Chigrina, I.P. Shibalkov

Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Introduction. Currently, there are insufficient studies on identifying personal factors among people with serious health problems who are reluctant to seek care at medical organisations. In order to

develop measures aimed at higher commitment of the population of the Russian Federation to care seeking and health promotion, an observational study was conducted to identify peculiarities of people's behaviour when encountering health problems.

Materials and methods. The study used a questionnaire method with a questionnaire consisting of 43 questions with a breakdown on five blocks.

Results. The study shows that one of the important factors of irrational health behaviour is a feeling of shame when seeking health care. Irrational health behaviour was characteristic of individuals who were confident in their ability to recognise symptoms of an emerging illnesses and knew what to do to alleviate those symptoms. Those who professed any religion (or considered themselves to be of any religion) and chose "love, family, children, home" and "health" as the dominant values, have higher chances of rational health behaviour.

The study has also identified a number of socio-economic factors associated with certain personal characteristics influencing health behaviour.

Conclusion. Thus, the personal factors identified by the study are valuable for developing interventions to stimulate rational health behaviour among citizens.

Keywords: health behaviour, medical activity, personal factors, factors of medical activity, accessibility of medical care, sociology of medicine

Введение. По результатам многочисленных опросов наблюдается рост доли людей, которые при необходимости получения медицинской помощи не посещают медицинские организации, а пациенты, имеющие серьезные проблемы со здоровьем, не желают обращаться за медицинской помощью ни на поздней стадии, ни на первоначальном этапе, когда заболевание можно полностью предотвратить [1,2,3,4].

В исследовании Федеральной службы государственной статистики, проведенном в 2022 году, на вопросы о причинах отказа от обращения в медицинскую организацию 30,2% респондентов сообщили, что их не удовлетворяет работа системы здравоохранения, 23,8% опрошенных ссылались на нехватку времени, еще 21,7% аргументировали свой ответ тем, что не рассчитывают на эффективное лечение и не верят в обоснованность предписаний врача, а 14,6% высказали мнение, что адекватно лечиться можно только платно [5].

Стоит отметить, что в основе принятия решения гражданами об обращении за медицинской помощью также могут лежать личностные факторы, которые в Российской Федерации в настоящее время изучены недостаточно полно.

С целью разработки мероприятий по повышению приверженности населения Российской Федерации к обращению в медицинские организации и укреплению общественного здоровья проведено наблюдательное исследование особенностей поведения людей при возникновении медицинских проблем.

Материалы и методы. Исследование проведено с применением метода анкетирования при помощи опросника, состоящего из 43 вопросов и пяти блоков. Вопросы валидированы методом фокус групп (n = 35 человек). Влияние личностных особенностей человека на обращение к врачу оценивали по восьми вопросам:

1. Исповедуете ли Вы какую-либо религию? (вероисповедание);
2. Укажите три самые важные для Вас ценности в жизни (ценности в жизни);
3. Как часто Вы, ощущая боль или дискомфорт в любой части тела, думаете о том, что у Вас, вероятно, есть серьезное заболевание? (ипохондрия);

Укажите, насколько Вы согласны со следующими утверждениями:

4. Положение планет и звезд влияет на судьбу и здоровье человека (вера в астрологию);
5. Здоровье и жизнь человека предопределены заранее (фатализм);
6. При определенных заболеваниях мне стыдно обращаться к врачу (чувство стыда);
7. Я знаю и умею распознавать симптомы возникающих у меня заболеваний;
8. Я знаю, что нужно делать, чтобы облегчить симптомы возникающих у меня заболеваний.

Заполнение электронного опросника проводилось по 85 регионам Российской Федерации с использованием российской платформы «Online Marketing Intelligence», сертифицированной по обновленному стандарту ISO 20252:2019 и располагающей онлайн-панелью для проведения репрезентативного опроса населения Российской Федерации.

Выборка разбивалась на городское и сельское население, а также по полу (мужской, женский) и возрасту. Выделялось пять возрастных групп: 18–24; 25–34; 35–44; 45–64; 65+ лет. Таким образом, совокупное число групп – 20.

Общий объем выборки распределялся между всеми вышеуказанными группами пропорционально половозрастному составу населения по данным Федеральной службы государственной статистики на 1 января года, предшествующего проведению опроса.

Для определения размера выборки использовалась формула:

$$S=(0.25z^2)/e^2$$

Где: S – размер выборки (минимальный/оптимальный), Z – значение, соответствующее доверительному интервалу, e – допустимая погрешность измерения, для оптимального размера выборки: Z=1.96 e=2. Согласно расчетам оптимальный размер выборки составлял 2 401 человек.

Дополнительно проведен анализ данных выборочного наблюдения состояния здоровья населения (Росстат, 2022), где единицей наблюдения являлось частное домашнее хозяйство и члены домохозяйств. Количество домохозяйств, подлежащих отбору в выборочный массив наблюдения, составляло в целом по России 60 000 домохозяйств. Отбор счетных участков и домохозяйств производился Росстатом централизованно на базе территориальной выборки многоцелевого назначения. Количество домохозяйств, подлежащих отбору в пределах счетного участка, составляло 54 домохозяйства (с учетом резерва) как в городской, так и в сельской местности [6].

Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows version 10.0, Stata и R-studio. Вычислены медиана и межквартильный размах переменных. При сравнении распределений качественных признаков использовался критерий согласия Пирсона. При сравнении качественных признаков проведен расчет отношения шансов. Для оценки различий в попарно несвязанных выборках при ненормальном распределении использовался U-критерий Манна – Уитни и Краскела – Уоллиса; при нормальном – T-критерий.

Для определения значимых связей между переменными, а также направлений данных связей использован регрессионный анализ, тип которого также зависит от особенностей в распределении данных.

Результаты исследования. В опросе приняли участие 2 717 респондентов старше 18 лет (45,6% мужчин и 54,4% женщин) из 85 субъектов Российской Федерации, средний возраст опрошенных составлял 42,4 года (18–83 лет). Законченное среднее образование имели 14,1% (n = 383), среднее специальное или техническое образование – 35,1% (n = 954), незаконченное высшее образование – 6,6% (n = 178) и высшее образование – 44,2% (n = 1 202). Социально-демографическая характеристика респондентов представлена в Таблице 1.

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика респондентов (абс., %)

<i>Параметр</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Пол		
Мужской	1240	45,6
Женский	1477	54,4
Семейное положение		
Замужем (женат)	1393	51,3
Сожительствуя	238	8,8
Разведен(а)	348	12,8

<i>Параметр</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
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		
Да, определенно	307	35,1
Скорее да	253	28,9
Скорее нет	137	15,7
Нет	177	20,3
Социально-профессиональная категория		
Руководитель	88	3,2
Самозанятый	200	7,4
Предприниматель	59	2,2
Работник/служащий/специалист	1461	53,7
Безработный	278	10,2
Пенсионер	505	18,6
Студент	156	5,7
Возрастная группа, лет		
18-24	314	11,6
25-34	682	25,1
35-44	602	22,1
45-54	467	17,2
55-64	391	14,4
65+	261	9,6
Финансовое положение (стандартный вопрос об экономических возможностях)		
Крайне низкое	59	2,2
Низкое	352	12,9
Среднее	1171	43,1
Выше среднего	1046	38,5
Высокое	89	3,3
Федеральный округ		
Центральный федеральный округ	755	27,8
Северо-Западный федеральный округ	271	10,0
Южный федеральный округ	310	11,4
Северо-Кавказский федеральный округ	188	6,9
Приволжский федеральный округ	519	19,1
Уральский федеральный округ	195	7,2
Сибирский федеральный округ	321	11,8
Дальневосточный федеральный округ	158	5,8

Большая часть респондентов (64,8%, n = 1 762) ответили, что при возникновении проблем со здоровьем обращаются к врачу, около трети (29,4%, n = 798) применяли лекарства и «народные средства» и предпочитали лечиться самостоятельно. Реже остальных обращались

в медицинские организации разведенные, лица со средним общим образованием, 45–54 лет ($p < 0,05$).

Таблица 2

Распространенность факторов в группах респондентов, принадлежащих или не принадлежащих (причислявших или нечислявших себя) к какому-либо вероисповеданию (%)

<i>Параметр, %</i>		<i>Исповедует какую-либо религию</i>	<i>Не исповедует какую-либо религию</i>
Пол	Мужской	42,5	48,8
	Женский	57,5	51,2
Средний возраст, лет		42,9 ± 14,2	41,9 ± 14,8
Наличие высшего образования		46,9	41,5
Финансовое положение	Крайне низкое	1,8	2,6
	Низкое	11,9	14,1
	Среднее	41,4	44,9
	Выше среднего	41,2	35,8
	Высокое	3,8	2,7
Семейное положение	Замужем (женат)	54,6	47,9
	Сожительствую	8,6	8,9
	Разведен(а)	12,2	13,5
	Вдовец (вдова)	5,9	4,7
	Никогда не состоял(а) в браке	18,7	25,0
Наличие детей		72,2	63,4
Желание иметь детей		19,8	21,4
Предприниматель		2,9	1,5
Безработный(ая)		8,1	12,4
Наличие в окружении людей с заболеваниями, которые требуют постоянного ухода и лечения		36,6	29,4
Наличие среди близких/родственников/друзей людей с медицинским образованием		50,4	45,4

Примечание: $p < 0,05$ для всех сравнений

По итогам анализа выявлено, что у респондентов, нечислявших себя ни к какому определённому **вероисповеданию**, шансы нерационального медицинского поведения повышались в 1,3 раза (ОШ = 1,289; 95%ДИ: 1,086–1,530). Среди этой группы зарегистрирована статистически значимо меньшая доля женщин (51,2% против 57,5%), лиц с высоким и выше среднего финансовым положением (2,7% и 35,8% против 3,8% и 41,2% соответственно), замужних/женатых (47,9% против 54,6%), имевших детей (63,4% против

72,2%), предпринимателей (1,5% против 2,9%), лиц, имевших в окружении людей с заболеваниями, которые требуют постоянного ухода и лечения (29,4% против 36,6%), с медицинским образованием (45,4% против 50,4%), а также имевших высшее образование (41,5% против 46,9%), $p < 0,05$ для всех сравнений (Таблица 2).

Наличие ипохондрии ожидаемо снижало шанс нерационального медицинского поведения в 1,9 раз (ОШ = 1,856; 95%ДИ: 1,196–2,938). Среди респондентов, имевших ипохондрию, отмечалось больше женщин (61,9% против 52,1%), лиц с крайне низким и низким финансовым положением (3,6 и 14,6% против 1,8 и 12,5% соответственно), пенсионеров (23,6% против 17,1%), имеющих среди близких/родственников/друзей людей с медицинским образованием (40,3% против 30,9%), $p < 0,05$ для всех сравнений (Таблица 3).

Таблица 3

Распространенность факторов в группах респондентов, имевших и не имевших ипохондрию (%)

Параметр, %		Наличие ипохондрии	Отсутствие ипохондрии
Пол	Мужской	38,0	47,9
	Женский	61,9	52,1
Финансовое положение	Крайне низкое	3,6	1,8
	Низкое	14,6	12,5
	Среднее	43,9	42,9
	Выше среднего	34,8	39,6
	Высокое	3,2	3,3
Пенсионер, %		23,6	17,1
Наличие в окружении людей с заболеваниями, которые требуют постоянного ухода и лечения, %		40,3	30,9

Примечание: $p < 0,05$ для всех сравнений

Ценности в жизни. Если респонденты относили любовь, семью, детей, дом (69,6%, $n = 1\ 892$) и здоровье (64,9%, $n = 1\ 765$) к самым важным жизненным ценностям, шансы нерационального медицинского поведения снижались на 18,8%. Если респонденты относили свободу, социальный статус, самореализацию в работе и досуг, хобби, развлечения к важным ценностям в жизни, шансы нерационального медицинского поведения повышались на 58,1%, 66,9%, 27,0% соответственно.

Другой важной ценностью для большого числа респондентов оказалось материальное благополучие (42,6%, $n = 1\ 157$) – Рисунок 1.



Рисунок 1. Самые важные ценности в жизни респондентов, %

Чувство стыда. Отсутствие чувства стыда при обращении к врачу в два раза снижало шансы нерационального медицинского поведения (ОШ = 0,501; 95%ДИ: 0,352–0,713). По результатам анализа 35,9% (n = 976) респондентов сообщили, что при определенных заболеваниях им стыдно обращаться к врачу (Рисунок 2).

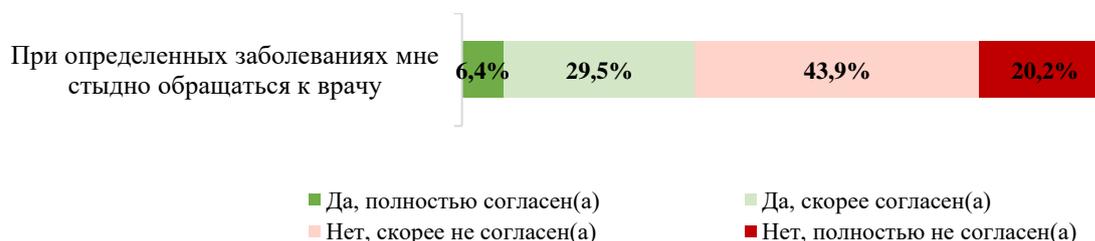


Рисунок 2. Распределение респондентов по отношению к утверждению «При определенных заболеваниях мне стыдно обращаться к врачу», %

Статистически значимо большая доля лиц, которым было стыдно обращаться к врачу при определенных заболеваниях, регистрировалась среди группы со средним финансовым положением (38,3%), которым было некомфортно находиться в медицинских организациях (37,9%), относивших здоровье к самой важной жизненной ценности (61,8%, $p < 0,05$ для всех сравнений).

Умение распознавать симптомы возникающих у респондентов заболеваний и знание, что с ними делать. Если респонденты не знали, что нужно делать, чтобы облегчить симптомы возникающих заболеваний, шанс нерационального медицинского поведения снижался на 49,6% (ОШ = 0,504; 95%ДИ: 0,273–0,889). При этом подавляющее большинство

опрошенных считали, что знают, что нужно делать, чтобы облегчить симптомы возникающих у них заболеваний (75,2%, $n = 2\ 045$ – Рисунок 3). Среди данной группы респондентов отмечалось больше женщин (56,9%), самозанятых (8,4%), исповедовавших какую-либо религию (52,0%), имевших в окружении людей с заболеваниями, которые требуют постоянного ухода и лечения (25,8%) и с медицинским образованием (51,9%), пользовавшихся советами по лечению заболевания из сети Интернет (25,5%), газет/журналов (8,1%), telegram-каналов (5,3%), а также близких/родственников/друзей (32,6%, $p < 0,05$ для всех сравнений) по сравнению с остальными респондентами. По остальным параметрам статистически значимой разницы не обнаружено ($p < 0,05$) – Рисунок 3.



Рисунок 3. Распределение респондентов по отношению к утверждениям «Я знаю, что нужно делать, чтобы облегчить симптомы возникающих у меня заболеваний», «Я знаю и умею распознавать симптомы возникающих у меня заболеваний», %

Вера в астрологию. Несмотря на то, что более трети респондентов (37,4%, $n = 1\ 020$) согласились с утверждением, что здоровье и жизнь человека предопределены заранее (фатализм), а 26,5% ($n = 720$) – что положение планет и звезд влияет на судьбу и здоровье человека (астрология), данные параметры не были связаны с медицинским поведением (ОШ = 1,056; 95%ДИ: 0,963–1,160 и ОШ = 1,007; 95%ДИ: 0,918–1,104 соответственно).

Фатализм. Статистически значимо большая доля респондентов, веривших в фатализм, обнаружена среди лиц старше 65 лет (50,2%) и вдовцов (вдов) – 46,2%, наименьшая – среди группы 35–44 лет (32,1%) и сожительствующих (31,1%, $p < 0,05$). По уровню образования и финансовому положению респондентов статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$).

В Таблице 4 представлен свод личностных факторов, связанных с нерациональным медицинским поведением.

Таблица 4

Личностные факторы, связанные с нерациональным медицинским поведением (%)

<i>Фактор</i>	<i>Распространённость в общей популяции</i>	<i>ОШ (95%ДИ)</i>	<i>Влияние</i>
Не принадлежит к какому-либо вероисповеданию	36,7%	1,289 (1,086–1,530)	↑ на 28,9%
Отсутствие ипохондрии	17,9%	1,856 (1,196–2,938)	↑ на 85,6%
Отсутствие чувства стыда при обращении к врачу	20,2%	0,501 (0,352–0,713)	↓ на 49,9%
Не знали, что нужно делать, чтобы облегчить симптомы возникающих заболеваний	2,6%	0,504 (0,273–0,889)	↓ на 49,6%
Самая важная ценность в жизни:			
любовь, семья, дети, дом	69,6%	0,815 (0,688–0,966)	↓ на 18,5%
свобода	15,0%	1,581 (1,276–1,957)	↑ на 58,1%
социальный статус и положение в обществе	3,7%	1,669 (1,115–2,491)	↑ на 66,9%
здоровье	64,9%	0,616 (0,523–0,725)	↓ на 38,4%
самореализация в работе	12,0%	1,270 (1,001–1,608)	↑ на 27,0%
досуг, хобби, развлечения	6,8%	1,477(1,090–1,996)	↑ на 47,7%

Исследование Росстата. В исследовании Росстата (2022) приняли участие 98 335 человек (41,6% мужчин и 58,4% женщин) старше 18 лет, опрошенных по форме федерального статистического наблюдения №1-здоровье населения. Средний возраст респондентов – 43,57 ± 27,0 лет. Большая доля участников проживала в городе (68,5%, n = 67 401) и состояла в браке (56,1%, n = 54 784).

В группу риска нерационального медицинского поведения входили граждане, имевшие чувство тревоги и депрессии (31,8%), не имевшие проблем со здоровьем (13,9%), проводившие свободное время за распитием алкогольных напитков (23,2%) и не проводившие – 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. По остальным параметрам статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$).

При сравнении доли лиц с нерациональным медицинским поведением выявлено, что большая доля вышеуказанных граждан регистрировалась в группе лиц, оценивавших состояние своего здоровья как очень хорошее (16,4%) и которых не тревожило чувство неопределенности будущего (14,3%), $p < 0,05$ для всех сравнений.

Личностным параметром, снижавшим шансы рационального медицинского поведения, оказалось проведение свободного времени за бездельничеством.

К параметрам рационального медицинского поведения относились проведение свободного времени за посещением зрелищных мероприятий, походами в кино, просмотром телепередач общением с друзьями, наличие проблем со здоровьем.

Обсуждение. В ходе исследования был подтвержден ряд гипотез: люди, имевшие признаки ипохондрии, обращались в медицинские организации при наличии проблем со здоровьем, однако такое поведение также является нерациональным, так как ипохондрия – чрезмерная озабоченность состоянием собственного здоровья, проявляющаяся в повышенной мнительности, восприятии любых обычных ощущений как проявлений опасного и тяжелого заболевания. Это одно из распространенных соматоформных заболеваний, которое необходимо вовремя распознавать и лечить [7,8,9].

Также выявлено, что нерациональное медицинское поведение характерно для лиц, уверенных в том, что они знают и умеют распознавать симптомы возникающих заболеваний, а также имеют понимание, что нужно делать, чтобы их облегчить [10]. В связи с этим необходимо информировать данную группу населения о том, что имеется ряд состояний, при которых самолечение может являться опасным для здоровья. Излишняя самоуверенность в собственных знаниях в данном случае может являться негативным фактором, приводящим к усугублению проблем со здоровьем.

Одним из важных выявленных в исследовании факторов нерационального медицинского поведения оказалось чувство стыда при обращении за медицинской помощью, что коррелирует с рядом проведенных ранее исследований. Так, например, по данным

американского исследования Darby et al. (2009: n = 915) около половины респондентов (n = 456) сообщили о наличии чувства стыда при взаимодействии с врачами, а 45% заявили, что прекратили или избегали лечения, а также лгали своему врачу, чтобы избежать дальнейшего стыда. Решение проблемы подобной стигматизации лежит в плоскости информирования, а также повышения уровня медицинской грамотности среди населения, изменению парадигмы восприятия болезней и отношения к ним в обществе [11].

Интересно, что отсутствие вероисповедания у респондентов повышало шансы нерационального медицинского поведения, что не соответствует общепринятой парадигме о том, что верующие люди склонны заниматься самолечением. Так, в работах Wreen et al. (1991), Niebroj et al. (2006), Swan et al. (2020) раскрывается смысл религиозных убеждений против одного или нескольких методов лечения, авторы исследования показали, что некоторые группы верующих респондентов пропагандируют исключительное использование молитв и ритуалов для исцеления почти всех заболеваний [12,13,14].

Возможно, выявленная нами взаимосвязь объясняется ассоциацией вероисповедания и наличия доминирующих ценностей – «любовь, семья, дети, дом» и «здоровье», которые имели сильнейшую корреляцию с рациональным медицинским поведением.

Необходимо усиливать эти ценности, расширять меры по повышению их распространенности через социальные проекты и программы, в том числе в сфере медиа и просвещения.

Стоит отметить, что выявление ряда социально-экономических факторов, ассоциированных на наличие тех или иных личностных особенностей, влияющих на медицинское поведение, позволяет приоритизировать вышеуказанные мероприятия для отдельных групп населения.

Заключение. Личностные факторы, выявленные в ходе проведения настоящего исследования нерационального медицинского поведения людей, представляют ценность для разработки мероприятий, способствующих рациональному медицинскому поведению.

Разработка мер по устранению личностных факторов, негативно влияющих на рациональное поведение граждан, а также постоянная проработка данных вопросов, даст возможность повысить выявляемость заболеваний у людей своевременно, а значит, и позволит оказывать своевременную медицинскую помощь.

Список литературы

1. Moser R.P., Arndt J., Han P.K., Waters E.A., Amsellem M. Perceptions of cancer as a death sentence: prevalence and consequences. *J Health Psychol.* 2014;19(12):1518–1524. Doi:10.1177/1359105313494924
2. Persoskie A., Ferrer R.A., Klein W.M. Association of cancer worry and perceived risk with doctor avoidance: an analysis of information avoidance in a nationally representative US sample. *J Behav Med.* 2014;37(5):977–987. Doi:10.1007/s10865-013-9537-2
3. 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. Doi:10.1080/17437199.2013.840954
4. Scott S., Walter F. Studying help-seeking for symptoms: The challenges of methods and models. *Social and Personality Psychology Compass.* 2010;4(8):531–547. Doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00287.x
5. Можем, но не хотим: почему граждане России до последнего тянут с визитом к врачу URL: https://tsargrad.tv/articles/mozhem-no-ne-hotim-pochemu-rossijane-do-poslednego-tjanut-s-vizitom-k-vrachu_194600
6. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения [Электронный ресурс]. Росстат: Федеральная служба государственной статистики. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor22/PublishSite_2022/index.html
7. Byrne S.K. Healthcare avoidance: a critical review. *Holist Nurs Pract.* 2008;22(5):280–292. Doi:10.1097/01.HNP.0000334921.31433.c6
8. Carrillo J.E., Carrillo V.A., Perez H.R., Salas-Lopez D., Natale-Pereira A. Defining and targeting health care access barriers. *J Health Care Poor Underserved.* 2011;22(2):562-575. Doi:10.1353/hpu.2011.0037
9. Barbour J.B., Rintamaki L.S., Ramsey J.A., Brashers D.E. Avoiding health information. *J Health Commun.* 2012;17(2):212–229. Doi:10.1080/10810730.2011.585691
10. Taber J.M., Leyva B., Persoskie A. Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *J Gen Intern Med.* 2015;30(3):290–297. Doi:10.1007/s11606-014-3089-1
11. Vanderpool R.C., Huang B. Cancer risk perceptions, beliefs, and physician avoidance in Appalachia: results from the 2008 HINTS Survey. *J Health Commun.* 2010;15 Suppl 3:78–91. Doi:10.1080/10810730.2010.522696

12. Wreen M.J. Autonomy, religious values, and refusal of lifesaving medical treatment. *J Med Ethics*. 1991;17(3):124–130. Doi:10.1136/jme.17.3.124
13. Ohl M., Tate J., Duggal M. Rural residence is associated with delayed care entry and increased mortality among veterans with human immunodeficiency virus infection. *Med Care*. 2010;48(12):1064–1070. Doi:10.1097/MLR.0b013e3181ef60c2
14. Niebrój L.T. The influence of religious beliefs on health care: between medical futility and refusal of treatment. *J Physiol Pharmacol*. 2006;57 Suppl 4:241–249

References

1. Moser R.P., Arndt J., Han P.K., Waters E.A., Amsellem M. Perceptions of cancer as a death sentence: prevalence and consequences. *J Health Psychol*. 2014;19(12):1518–1524. Doi:10.1177/1359105313494924
2. Persoskie A., Ferrer R.A., Klein W.M. Association of cancer worry and perceived risk with doctor avoidance: an analysis of information avoidance in a nationally representative US sample. *J Behav Med*. 2014;37(5):977–987. Doi:10.1007/s10865-013-9537-2
3. 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. Doi:10.1080/17437199.2013.840954
4. Scott S., Walter F. Studying help-seeking for symptoms: The challenges of methods and models. *Social and Personality Psychology Compass*. 2010;4(8):531–547. Doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00287.x
5. Mozhem, no ne hotim: pochemu grazhdane Rossii do poslednego tyanut s vizitom k vrachu [We can, but we don't want to: why do Russian citizens delay visiting a doctor until the last moment]. URL: https://tsargrad.tv/articles/mozhem-no-ne-hotim-pochemu-rossijane-do-poslednego-tjanut-s-vizitom-k-vrachu_194600 (in Russian)
6. Vyborochnoe nablyudenie sostoyaniya zdorov'ya naseleniya [Elektronnyj resurs]. Rosstat: Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki [Selective monitoring of the health status of the population [Electronic resource]. Rosstat: Federal State Statistics Service]. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor22/PublishSite_2022/index.html (in Russian)
7. Byrne S.K. Healthcare avoidance: a critical review. *Holist Nurs Pract*. 2008;22(5):280–292. Doi:10.1097/01.HNP.0000334921.31433.c6

8. Carrillo J.E., Carrillo V.A., Perez H.R., Salas-Lopez D., Natale-Pereira A. Defining and targeting health care access barriers. *J Health Care Poor Underserved*. 2011;22(2):562-575. Doi:10.1353/hpu.2011.0037
9. Barbour J.B., Rintamaki L.S., Ramsey J.A., Brashers D.E. Avoiding health information. *J Health Commun*. 2012;17(2):212–229. Doi:10.1080/10810730.2011.585691
10. Taber J.M., Leyva B., Persoskie A. Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *J Gen Intern Med*. 2015;30(3):290–297. Doi:10.1007/s11606-014-3089-1
11. Vanderpool R.C., Huang B. Cancer risk perceptions, beliefs, and physician avoidance in Appalachia: results from the 2008 HINTS Survey. *J Health Commun*. 2010;15 Suppl 3:78–91. Doi:10.1080/10810730.2010.522696
12. Wreen M.J. Autonomy, religious values, and refusal of lifesaving medical treatment. *J Med Ethics*. 1991;17(3):124–130. Doi:10.1136/jme.17.3.124
13. Ohl M., Tate J., Duggal M. Rural residence is associated with delayed care entry and increased mortality among veterans with human immunodeficiency virus infection. *Med Care*. 2010;48(12):1064–1070. Doi:10.1097/MLR.0b013e3181ef60c2
14. Niebrój L.T. The influence of religious beliefs on health care: between medical futility and refusal of treatment. *J Physiol Pharmacol*. 2006;57 Suppl 4:241–249

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Кабыш Мария Валерьевна – главный специалист управления стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: kabyshmv@mednet.ru, ORCID:0009-0001-8457-4604

Тюфилин Денис Сергеевич – начальник управления стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: tyufilinds@mednet.ru, ORCID:0000-0002-9174-6419, SPIN-код: 7995-1025

Чигрина Валерия Петровна – ведущий специалист управления стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и

информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: chigrinavp@mednet.ru, ORCID:0000-0002-5044-4836, SPIN-код: 5138-3084

Шибалков Иван Петрович – ведущий научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: shibalkovip@mednet.ru, ORCID:0000-0002-4255-6846, SPIN-код: 6341-3247

Information about the authors

Maria V. Kabysh – chief specialist of Department for Strategic Development in Healthcare of the Russian Research Institute of Health, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russia, e-mail: kabyshmv@mednet.ru, ORCID:0009-0001-8457-4604

Denis S. Tyufilin – Head of the Department for Strategic Development in Healthcare of the Russian Research Institute of Health, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russia, e-mail: tyufilinds@mednet.ru, ORCID:0000-0002-9174-6419, SPIN-код: 7995-1025

Valeriya P. Chigrina – leading specialist of Department for Strategic Development in Healthcare of the Russian Research Institute of Health, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russia, e-mail: chigrinavp@mednet.ru, ORCID:0000-0002-5044-4836, SPIN-код: 5138-3084

Ivan P. Shibalkov – leading researcher of the Department of Science Behind of Public health organization of the Russian Research Institute of Health, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russia, e-mail: shibalkovip@mednet.ru, ORCID 0000-0002-4255-6846, SPIN-код: 6341-3247

Статья получена: 15.08.2024 г.
Принята к публикации: 20.12.2024 г.