

СОЦИАЛЬНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТРУДОСПОСОБНЫМ НАСЕЛЕНИЕМ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

© 2020 г. Т. Г. Светличная, *Е. А. Смирнова

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск;
*БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1», г. Череповец

Цель работы – на основе результатов эмпирического исследования дать характеристику и выявить факторы формирования социальных стереотипов использования лекарственных средств трудоспособным населением крупного промышленного центра Российской Федерации. *Методы.* Базой исследования послужил г. Череповец как типовой крупный промышленный центр России. Сбор материала проводился в сентябре 2017 года путем анкетирования граждан, обратившихся в четыре городские аптеки Череповца. Выборку составили 400 респондентов. Методика исследования представлена «Анкетой для изучения социальных стереотипов использования лекарственных средств». Предметом исследования явились социальные стереотипы использования лекарственных средств как контролируемый социально-психологический феномен. Объектом исследования послужило трудоспособное население промышленного города. *Результаты.* Показано, что рациональное использование лекарственных средств только в случае возникновения нарушений в состоянии здоровья, практикуемое большинством (75,2 %) трудоспособных граждан, сочетается с низким лекарственным комплаенсом. Каждый второй (50,0 %) либо часто нарушает лекарственные назначения врача (43,8 %), либо полностью их не соблюдает (6,2 %). Отсутствие доверия к врачу проявляется в нерациональных мотивах выбора лекарственных средств, среди которых рекомендациям врача принадлежит 36,4 %. Основной причиной негативных индивидуальных практик использования лекарственных средств является широкое распространение в социальной среде ложных представлений о лекарствах как о плацебо, пустышке, яде, отраве (38,5 %). *Выводы.* В основе негативных социальных стереотипов использования лекарственных средств лежит низкая медицинская грамотность населения и отрицательный опыт взаимодействия с системой здравоохранения. Ситуацию усугубляет отсутствие у большинства осознания непреходящей ценности здоровья и понимания необходимости личного участия в его сохранении и укреплении. Формирование рациональных социальных стереотипов, обуславливающих готовность населения к самосохранительным действиям, может стать эффективным механизмом выработки медицинского поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья.

Ключевые слова: социальные стереотипы, использование лекарственных средств, трудоспособный возраст, городское население

SOCIAL STEREOTYPES ABOUT THE USE OF MEDICATIONS AMONG THE WORKING-AGE RESIDENTS OF AN INDUSTRIAL CITY

T. G. Svetlichnaya, *E. A. Smirnova

Northern State Medical University, Arkhangelsk; *Vologda Regional Psychoneurological Dispensary #1, Cherepovets, Russia

The aim of this research is to identify the factors of related to social stereotypes about the use of pharmaceuticals by the working age population of an industrial Russian city. *Methods.* The study was performed in Cherepovets - a typical industrial Russian city. Altogether, 400 visitors of four randomly selected pharmacies filled out an anonymous questionnaire on the attitudes towards the use of medications, compliance to medical prescriptions etc. *Results.* The rational use of medicines only when health problems appear, as practised by the majority (75.2 %) of the work-age citizens, is combined with the low medicinal compliance. Every second individual (50.0 %) either frequently violates the medical prescriptions (43.8 %), or completely disregards them (6.2 %). The absence of doctor's credibility is manifested in the irrational motives in the choice of the medicinal products, amongst which the recommendations of the doctor constitute 36.4 %. The main reason of poor compliance in using the pharmaceuticals is the wide spread in the social medium of the misconception with regards to medicines viewed as placebo, pacifier, poison and toxic (38.5 %). *Conclusions.* The existing social stereotypes in using the medicines reflect low health literacy of the population and sometimes negative experience of interaction with the health-care system. The situation is aggravated by the lack of understanding of the patients' cooperation in health promotion and disease prevention. Measures aiming at increasing health literacy and forming rational attitudes towards medicines are needed to a change health-related behaviour and increase compliance to medical treatment.

Key words: social stereotypes, using of medicines, working age, urban population

Библиографическая ссылка:

Светличная Т. Г., Смирнова Е. А. Социальные стереотипы использования лекарственных средств трудоспособным населением промышленного города // Экология человека. 2020. № 1. С. 59–64.

For citing:

Svetlichnaya T. G., Smirnova E. A. Social Stereotypes about the Use of Medications among the Working-Age Residents of an Industrial City. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2020, 1, pp. 59–64.

Одной из основных задач социальной политики российского государства является обеспечение граждан доступными и качественными лекарственными средствами. Ее решение осуществляется в условиях действующей системы лекарственного обеспечения населения, построенной на сочетании рыночных принципов с мерами государственного регулирования. Государственный сектор устанавливает правила деятельности для всех субъектов фармацевтического рынка. В негосударственном секторе действуют законы рыночной экономики.

В последние десятилетия российский фармацевтический рынок характеризуется устойчивой тенденцией к росту спроса на лекарственные средства. Он происходит в условиях высоких цен, чрезмерных торговых наценок, широкого ассортимента импортных и небольшого количества дешевых лекарственных препаратов [7]. Крупнейшим покупателем фармацевтической продукции является государство, определяющее объемы и структуру закупок за счет бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования. Одновременно большие личные расходы несет население вследствие ограниченных возможностей возмещения стоимости лекарственных средств. И если в этот период «физическая доступность лекарственных средств для широких слоев населения возросла, то их экономическая доступность для многих слоев уменьшилась» [7]. Низкий уровень доходов населения не позволяет приобретать для лечения оригинальные лекарственные средства, что вынуждает российский фармацевтический рынок оставаться дженериковым [1].

Формирование индивидуальных практик использования лекарственных средств происходит в условиях низкого уровня самосохранительного поведения россиян: распространения табакокурения и злоупотребления алкоголем, позднего обращения за медицинской помощью, низкой медицинской грамотности, отсутствия навыков и привычки профилактики заболеваний [10, 11]. Доля тех, кто в повседневной жизни действительно бережет свое здоровье, не превышает 25 % [9]. Одновременно растут негативные оценки населением всех видов медицинской помощи [6] и снижается доверие к социальному институту медицины как «результативной практике поддержания здоровья» [3].

Цель работы — на основе результатов эмпирического исследования дать характеристику и выявить факторы формирования социальных стереотипов использования лекарственных средств трудоспособным населением крупного промышленного центра России (на примере г. Череповца).

Методы

Предметом исследования явились социальные стереотипы использования лекарственных средств как контролируемый социально-психологический феномен. Объектом исследования послужило трудоспособное население промышленного города.

В качестве базы его избран г. Череповец как типовой крупный промышленный центр России, уровень качества жизни в котором является наиболее высоким. По объему промышленной продукции, произведенной в 2010 году, Череповец занял 11 место среди 250 городов России [8], а по качеству жизни в 2018 году — 8 место среди 78 городов с населением более 250 тыс. человек [5].

Программа исследования представлена авторским 16-пунктным опросником «Анкета для изучения социальных стереотипов использования лекарственных средств». Разработанная методика валидизирована в ходе пилотного исследования. Структура анкеты представлена двумя блоками: социально-экономическим (6 вопросов) и основным (10 вопросов). Тип выборки пропорциональный; контроль репрезентативности осуществлялся по полу и возрасту. Сбор материала проводился независимыми интервьюерами, имеющими незаконченное высшее социологическое образование, в сентябре 2017 года путем анкетирования граждан, обратившихся в четыре городские аптеки Череповца. После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов программы в исследование было включено 400 анкет.

По характеру проведения исследование являлось не экспериментальным, аналитическим, с использованием индивидуальных данных, по времени — поперечным, одномоментным.

Для изучения социальных стереотипов потребления лекарственных средств как результата действия нескольких групп факторов использовались переменные, отражающие социально-демографические характеристики индивидов (пол, возраст, семейный статус, образование, род занятий), ресурсные возможности (доход, место жительства), обеспечивающие доступность лекарственных средств, а также осознаваемую потребность в медицинской помощи и лекарственных средствах (самооценка здоровья) и индивидуальные практики поддержания здоровья.

Статистический анализ проводился с помощью расчета количественных и качественных переменных. Расчет 95 % доверительных интервалов (ДИ) проводился методом Fisher. Обработка статистических данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ SPSS ver.17.

Результаты

Социально-демографическая характеристика потребителей лекарственных средств представлена в табл. 1.

В группе участников исследования мужчин (44,5 %) несколько меньше, чем женщин (55,5 %). Возрастной состав ограничен трудоспособным возрастом: 18–55 лет. Группировка по возрасту являлась равномерной интервальной: 18–24 года — 29,2 %; 25–34 года — 24,3 %; 35–44 года — 25,3 %; 45–55 лет — 21,2 %. Средний возраст составил $(34,1 \pm 5,8)$ года. Каждый второй участник исследования (52,5 %) являлся семейным человеком. По уровню

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика потребителей лекарственных средств

Признак и его группа	Значение показателя, %	95 % ДИ
Пол:		
мужской	44,5	39,7–49,4
женский	55,5	50,6–60,3
Возраст, лет:		
18–24	29,2	25,0–33,9
25–34	24,3	20,3–28,7
35–44	25,3	21,2–29,7
45–55	21,2	17,5–25,5
Семейное положение:		
семейные	52,5	47,6–57,4
одинокие	47,5	42,7–52,4
Образование:		
среднее общее	40,8	36,0–45,6
среднее профессиональное	22,2	18,5–26,6
высшее	37,0	32,4–41,8
Занятость:		
работающий, в том числе:	63,3	58,4–67,8
служащий	23,9	19,8–28,2
рабочий	27,5	23,4–32,1
индивидуальный предприниматель	11,9	9,2–15,6
неработающий	36,7	32,2–41,6
Доход:		
на уровне или ниже прожиточного минимума	26,5	22,4–31,0
выше прожиточного минимума	73,5	69,0–77,6
Всего	100,0	

образования респонденты распределились следующим образом: среднее общее образование имели 40,8 %, среднее профессиональное – 22,2 %, высшее – 37,0 %. Работающие составили 63,3 %, в том числе: служащие (23,8 %), рабочие (27,5 %) и предприниматели (11,9 %). Доля малообеспеченных, доходы которых на одного члена семьи не превышали размера прожиточного минимума – 11 578 руб./мес. [4], равнялась 26,5 %.

Осознаваемая потребность населения в медицинской помощи и лекарственных средствах определялась на основании показателя индивидуального восприятия здоровья. Всеобъемлющий характер данной оценки N. Au, D. W. Johnston [14], I. Eriksson, A. L. Unden, S. Elofsson [15], M. Jylha [16] объясняют тем, что она отражает не только физическое и психологическое состояние индивида, но также его социальное благополучие. Индивидуальное восприятие здоровья и практики его поддержания представлены в табл. 2.

Показатели самооценки здоровья трудоспособного населения промышленного города распределились следующим образом: «хорошее» – 42,0 %, «удовлетворительное» – 49,5 % и «плохое» – 8,5 %. При этом хронические заболевания имелись лишь у каждого третьего (36,3 %) респондента. У большинства либо не было хронических заболеваний (51,7 %), либо о них опрошенные ничего не знали (12,0 %).

При появлении первых признаков заболевания сразу обращается к врачу лишь каждый третий (33,0 %) человек. Большинство (59,5 %) вначале пытается

Таблица 2

Самооценка здоровья и практики его поддержания трудоспособным населением промышленного города

Признак и его группа	Значение показателя, %	95 % ДИ
Самооценка здоровья:		
хорошее	42,0	37,3–46,9
удовлетворительное	49,5	44,6–54,4
плохое	8,5	6,2–11,6
Хронические заболевания:		
есть	36,3	31,7–41,1
нет	51,7	46,9–56,6
не знаю	12,0	9,2–15,6
Действия, предпринимаемые при ухудшении здоровья:		
своевременное обращение к врачу	33,0	28,6–37,8
самостоятельное лечение, а затем (при отсутствии лечебного эффекта)		
обращение к врачу	59,5	54,6–64,2
самостоятельное лечение	6,0	4,1–8,8
обращение к услугам альтернативной медицины	1,5	0,7–3,2
Выполнение лекарственных назначений врача:		
строгое выполнение	50,0	45,1–54,9
частое нарушение	43,8	39,0–48,7
полное несоблюдение	6,2	4,3–9,1
Практика использования лекарственных средств:		
постоянное применение	19,8	16,1–23,9
в случае необходимости	75,2	70,8–79,2
никогда	5,0	3,3–7,6
Мотивы выбора лекарственных средств:		
врачебные рекомендации	36,4	31,9–41,3
советы фармацевта	20,0	16,4–24,2
собственный прошлый опыт	24,8	20,8–29,2
рекомендации друзей и знакомых	10,5	7,9–13,9
научные публикации	4,3	2,7–6,7
реклама	4,0	2,5–6,4
Всего	100,0	

лечиться самостоятельно и обращается к врачу лишь при ухудшении состояния здоровья. Самолечением занимается 6,0 % трудоспособного населения, а 1,5 % предпочитают пользоваться услугами альтернативной медицины. В процессе лечения полностью доверяет врачу, следуя всем его лекарственным назначениям, только каждый второй (50,0 %) человек. При этом значительное число (43,8 %), несмотря на старания тщательного выполнения всех лекарственных назначений врача, часто их нарушает. А 6,2 % даже и не пытаются их соблюдать. Большинство (75,2 %) прибегает к лекарственным средствам лишь в случае необходимости, при возникновении заболевания. При этом каждый пятый (19,8 %) их принимает постоянно, а 5,0 % стараются не использовать лекарственные средства ни при каких обстоятельствах.

При выборе лекарственных средств чуть более половины (56,4 %) граждан основываются на рекомендациях специалистов: чаще врача (36,4 %) и реже фармацевта (20,0 %). Однако для каждого третьего (35,3 %) определяющим фактором выбора является прошлый опыт: собственный (24,8 %) или ближайшего окружения (10,5 %). Очень небольшое число

людей ориентируются на информацию, почерпнутую либо из научных медицинских изданий (4,3 %), либо из рекламы (4,0 %).

В восприятии большей части (61,5 %) населения лекарственные препараты являются основным средством лечения заболеваний и восстановления здоровья (табл. 3). Однако значительное количество граждан (38,5 %) имеют о них весьма искаженные представления, варьирующие от понятия «плацебо» (20,8 %) и «средства, от которого нет ни пользы, ни вреда» (7,5 %) до «яда» и «отравы» (10,2 %). Чуть более половины (57,2 %) потребителей наиболее эффективными считают лекарственные средства синтетического происхождения. Однако каждый четвертый (26,5 %) отдает предпочтение природным веществам: травяным сборам (20,2 %) и гомеопатическим средствам (6,3 %). А для 16,3 % эффективных лекарственных средств вообще не существует.

Таблица 3

Представления трудоспособных граждан о назначении и эффективности лекарственных средств

Признак и его группа	Значение показателя, %	95 % ДИ
Лекарственное средство — это:		
основное средство для лечения болезней	61,5	56,6–66,1
плацебо (пустышка), помогает только при наличии веры	20,8	17,1–25,0
средство, от которого нет ни пользы, ни вреда	7,5	5,3–10,5
яд, отравы	10,2	7,7–13,6
Наиболее эффективные лекарственные средства — это:		
средства синтетического происхождения	57,2	52,4–62,0
травяные сборы	20,2	16,6–24,5
гомеопатические препараты	6,3	4,3–9,1
нет эффективных лекарственных средств	16,3	13,0–20,2
Наиболее важные потребительные свойства лекарственных средств:		
эффективность (фармакологическая активность)	39,8	39,2–48,9
отсутствие побочных эффектов	27,3	23,1–21,8
удобная лекарственная форма	5,5	3,7–8,2
доступный способ применения	13,3	10,3–16,9
низкая кратность приема	7,8	5,5–10,8
небольшая дозировка	2,3	1,2–4,2
Наиболее значимые товароведческие характеристики лекарственных средств:		
низкая стоимость	37,0	32,4–41,8
понятная информация на упаковке и в инструкции	29,1	25,0–33,9
производитель	13,3	10,3–16,9
привычное название	11,3	8,5–14,7
способ хранения	6,0	4,1–8,8
привлекательность упаковки	3,3	1,9–5,5
Всего	100,0	

В совокупности потребительных свойств фармакологическая активность лекарственных средств является наиболее важной характеристикой лишь для 39,8 % населения. Из товароведческих характеристик самой значимой является низкая цена (37,0 %).

Обсуждение результатов

В социологии категория «социальный стереотип» означает упрощенный, схематизированный образ социального явления или объекта, разделяемый достаточно большим числом членов социальных групп. В его основе лежит психологический феномен обобщения и схематизации собственного и чужого опыта [12]. Основными характеристиками социального стереотипа являются высокая устойчивость и непосредственное влияние на направленность поведения субъекта социальной активности [13]. Е. А. Андрияновой, Ю. А. Поздновой понятие «социальный стереотип» использовано в качестве исследовательского инструмента для выявления «социальных и социально-психологических детерминант медицинской активности субъектов медико-социального взаимодействия» [2]. Данный подход нами применен для определения факторов формирования поведенческих намерений в отношении использования лекарственных средств трудоспособным населением промышленного города. Он основан на научных положениях теории обоснованного действия [17] и модели убеждений в отношении здоровья [18], объясняющей поведение человека имеющейся у него системой убеждений. Их характер опосредован совокупностью внутренних и внешних факторов. К первой группе относятся социально-демографические характеристики индивида и состояние здоровья, ко второй — вся получаемая им извне информация.

Формирование социальных стереотипов использования лекарственных средств происходит под влиянием двух видов социальных факторов: внутренних и внешних. Их неравнозначное соотношение определяет «полярность» индивидуальных практик использования лекарственных средств, варьирующих от постоянного приема лекарств (19,8 %) до полного отказа от них (5,0 %). К внутренним факторам, формирующим социальные стереотипы использования лекарственных средств, относятся: 1) социально-демографические характеристики индивидов; 2) самооценка здоровья как осознаваемая потребность в медицинской помощи и лекарственных средствах. К внешним факторам нами отнесены такие элементы социальной среды, как: 1) индивидуальные практики обращения за медицинской помощью; 2) отношение к врачебным рекомендациям как результат медико-социального взаимодействия; 3) собственный и чужой опыт использования лекарственных средств.

При оценке состояния своего здоровья им удовлетворены 91,5 % трудоспособных граждан Череповца. Таких граждан в г. Саратове было немногим больше — 94,0 % [2]. Однако своевременно обращаются за медицинской помощью только 33,0 % от количества обследованных граждан Череповца. Е. А. Андриянова, Ю. А. Позднова [2] приводят аналогичные показатели: при первых симптомах недомогания к врачу обращаются лишь 13,0 % трудоспособных граждан, а 34,0 % — в связи с необходимостью оформления

листка нетрудоспособности. Наряду с поздней обращаемостью за медицинской помощью широко распространенной является практика самолечения: 59,5 % граждан обращаются к врачу только после попыток самостоятельного лечения, а 6,0 % начинают и заканчивают лечение полностью самостоятельно. В Саратове самолечением занимается примерно такое же количество населения — 69,0 % [2].

Рациональное использование лекарственных средств только в случае возникновения нарушений в состоянии здоровья, практикуемое большинством (75,2 %) трудоспособных граждан, сочетается с низким лекарственным комплаенсом. Каждый второй (50,0 %) либо часто нарушает лекарственные назначения врача (43,8 %), либо полностью их не соблюдает (6,2 %). Отсутствие доверия к врачу проявляется и в нерациональных мотивах выбора лекарственных средств, среди которых рекомендациям врача принадлежит лишь 36,4 %.

Основной причиной негативных индивидуальных практик использования лекарственных средств является широкое распространение в социальной среде ложных представлений: 38,5 % граждан считают лекарственные средства плацебо, «пустышкой», ядом, отравой; 26,5 % аллопатическим лекарствам предпочитают травяные сборы и гомеопатические средства, а 16,3 % вообще не верят в эффективность лекарственных средств; 32,8 % при оценке качества ориентируются на второстепенные характеристики — удобную лекарственную форму, доступный способ применения, низкую кратность приема, небольшую дозировку; для 37,0 % при определении значимости товароведческих характеристик наиболее важной является низкая стоимость.

Таким образом, в основе негативных социальных стереотипов использования лекарственных средств лежит отсутствие у большинства населения осознания непреходящей ценности здоровья и понимания необходимости личного участия в его сохранении и укреплении. Следствием неверно сформированных убеждений являются «неэффективные поведенческие стратегии относительно собственного здоровья» [3], выражающиеся в поздней обращаемости за медицинской помощью, отказе от лечения или самолечении, низком лекарственном комплаенсе. Негативные социальные стереотипы в отношении использования лекарственных средств представляют собой серьезное препятствие в решении проблемы повышения медицинской эффективности здравоохранения. И наоборот, рациональные социальные стереотипы, обуславливая готовность к самосохранительным действиям, могут стать эффективным механизмом формирования поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья.

Авторство

Светличная Т. Г. разработала концепцию и дизайн исследования, адаптировала инструмент исследования — анкету, окончательно утвердила представленную в редакцию

рукопись; Смирнова Е. А. проводила анкетирование, внесла существенный вклад в анализ, интерпретацию и обобщение данных, подготовила обзор литературы, подготовила первый вариант статьи.

Светличная Татьяна Геннадьевна — ORCID 0000-0001-6563-9604; SPIN 4011-8103

Смирнова Елена Алексеевна — ORCID 0000-0002-9383-0649; SPIN 1540-3581

Список литературы

1. *Аверина М. В., Шевкуненко М. Ю.* Российский рынок лекарственных средств как составляющая мирового фармацевтического рынка // Бизнес в законе. 2010. № 2. С. 179–181.
2. *Андрянова Е. А., Позднова Ю. А.* Семейное воспитание как фактор формирования социальных стереотипов медицинской активности // Фундаментальные исследования. 2012. № 2. С. 16–19.
3. *Андрянова Е. А., Позднова Ю. А.* Факторы формирования социальных стереотипов городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи // Известия Саратовского университета. 2012. Т. 12. Серия: Социология. Политология, вып. 1. С. 40–45.
4. Вологодская область — Прожиточный минимум URL: <https://www.assessor.ru/notebook/region/minimum-ologodskaja/> (дата обращения 28.02.2018).
5. Качество жизни в городах России URL: https://rg.ru/pril/article/162/11/08/73._Kachestvo_zhizni_v_gorodah_Rossii.pdf (дата обращения 29.12.2018).
6. *Решетников А. В.* Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 2000. № 12. URL: <https://medi.ru/info/1984> (дата обращения 19.03.2019).
7. *Салтман Р. Б., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / пер. с англ. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. 432 с.
8. Топ-250 промышленных центров России URL: <https://sdelanounas.ru/blogs/15588/> (дата обращения 27.12.2018).
9. Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения. Итоги выборочного исследования. М.: Росстат, 2008. URL: http://gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm (дата обращения 19.03.2019).
10. *Шилова Л. С.* О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социологические исследования. 2007. № 9. С. 102–109.
11. *Шилова Л. С.* Получение медицинских услуг и модернизация здравоохранения // Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики. М., 2009. С. 52–84.
12. *Шихирев П. Н.* Исследование стереотипа в американской социальной психологии // Вопросы философии. 1971. № 5. С. 168–175.
13. *Ядов В. А.* Стереотип социальный // Философский энциклопедический словарь. М. 1983. С. 654.
14. *Au N., Johnston D. W.* Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? // Social Science and Medicine. 2014. Vol. 121. P. 21–28.
15. *Eriksson I., Unden A.-L., Elofsson S.* Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study // International Journal of Epidemiology. 2001. Vol. 30. P. 326–333.
16. *Jylha M.* What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model // Social Science and Medicine. 2009. Vol. 69. Iss. 3. P. 307–316.

17. Miller K. Communications theories: perspectives, processes and contexts. New York: McGraw-Hill, 2005. 289 p.

18. Rosenstock I. M. Prevention of illness and maintenance of health // Poverty and health: A sociological analysis / ed.: J. Kosa, I. K. Zola. Cambridge, 1975. P. 168–190.

References

1. Averina M. V., Shevkunenko M. Ju. Russian market of medicines as a component of the global pharmaceutical market]. *Biznes v zakone* [Business in law]. 2010, 2, pp. 179-181. [In Russian]

2. Andrijanova E. A., Pozdnova Ju. A. Family education as a factor in the formation of social stereotypes of medical activity. *Fundamental'nye issledovaniia* [Basic research]. 2012, 2, pp. 16-19. [In Russian]

3. Andrijanova E. A., Pozdnova Ju. A. Factors of formation of social stereotypes of the urban population in respect of outpatient care. *Izvestiia Saratovskogo universiteta* [News of Saratov University]. 2012, 12, pp. 40-45. [In Russian]

4. Vologda region - the subsistence minimum Available from: <https://www.assessor.ru/notebook/region/minimum-vologodskaja/> (accessed: 28.02.2018). [In Russian]

5. Quality of life in cities of Russia Available from: https://rg.ru/pril/article/162/11/08/73._Kachestvo_zhizni_v_gorodah_Rossii.pdf (accessed: 29.12.2018). [In Russian]

6. Reshetnikov A. V. Social portrait of the consumer of medical services. *Ekonomika zdravookhraneniya* [Health economics]. 2000, 12. Available from: <https://medi.ru/info/1984> (accessed: 19.03.2019). [In Russian]

7. Saltman R. B., Figejras Dzh. Reforms of the health care system in Europe. *Analysis of modern strategies*. Per. s angl. Moscow, GEOTAR Medicina Publ., 2000, 432 p.

8. Top-250 industrial centers of Russia. Available from: <https://sdelanounas.ru/blogs/15588/> (accessed: 27.12.2018). [In Russian]

9. The influence of behavioral factors on the health of the population. *Results of a sample study*. Moscow, Rosstat, 2008. Available from: http://gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm (accessed: 19.03.2019). [In Russian]

10. Shilova L. S. About the strategy of human behavior in the context of health care reform. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2007, 9, pp. 102-109. [In Russian]

11. Shilova L. S. Poluchenie meditsinskikh uslug i modernizatsiya zdravookhraneniya [Receiving medical services and modernizing healthcare]. In: *Natsional'nye proekty i reformy 2000 godov: modernizatsiya sotsial'noi politiki* [National projects and reforms of the 2000s: the modernization of social policy]. Moscow, 2009, pp. 52-84.

12. Shihirev P. N. A study of stereotype in American social psychology. *Voprosy filosofii* [Philosophy issues]. 1971, 5, pp. 168-175. [In Russian]

13. Yadov V. A. Stereotip sotsial'nyi [The stereotype is social]. In: *Filosofskii entsiklopedicheskii slovar'* [Philosophical Encyclopedic Dictionary]. Moscow, 1983, p. 654.

14. Au N., Johnston D. W. Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? *Social Science and Medicine*. 2014, 121, pp. 21-28.

15. Eriksson I., Unden A.-L., Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*. 2001, 30, pp. 326-333.

16. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science and Medicine*. 2009, 69 (3), pp. 307-316.

17. Miller K. Communications theories: perspectives, processes and contexts. New York, McGraw-Hill, 2005, 289 p.

18. Rosenstock I. M. Prevention of illness and maintenance of health. *Poverty and health: A sociological analysis*. ed.: J. Kosa, I. K. Zola. Cambridge, 1975, pp. 168-190.

Контактная информация:

Смирнова Елена Алексеевна — кандидат социологических наук, специалист БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1»

Адрес: 162624, Вологодская область, г. Череповец, ул. К. Белова, д. 44

E-mail: Smirnova56@yandex.ru