

УДК: 615.1:159.9.072:37.06

**Резюме:** В статті проаналізовані причини виникнення синдрому «професійного вигорання» у працівників, діяльність яких пов'язана з наданням допомоги людям, зокрема, у працівників аптек.

**Ключеві слова:** синдром професійного вигорання, стрес, провізор, фармацевція, аптека.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ САМОСОХРАНОЇ ПОВЕДІНКИ ЛЮДИНИ ЯК ОСНОВИ ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ В КОНТЕКСТІ ЇЇ ГЕНДЕРНОЇ НАЛЕЖНОСТІ**

***Котвіцька А.А., Чмихало Н.В.***

***Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна***

***socpharm@niph.edu.ua***

### **ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ**

Глобальною стратегією ВООЗ проголошено здоров'я нації як один з головних пріоритетів держави. Враховуючи те, що держава не в змозі повністю взяти на себе турботу про стан здоров'я своїх громадян, людина, як структурна одиниця соціуму, повинна відповідально ставитись до свого здоров'я, що передбачає можливість або готовність відповідати за наслідки своїх дій (профілактичний прийом лікарських препаратів, раціональне харчування, достатня фізична активність та інші аспекти здорового способу життя). Сучасний спосіб життя людей і доступність інформаційних джерел щодо методів та фармакології лікування підвищують як рівень самозбереження людини, так і його відповідальність за своє здоров'я, а також виступають основою формування такого напрямку самопомоги як самолікування. Таке положення дозволило Європейській асоціації виробників безрецептурних

препаратів ще в 1996 р трансформувати термін «самолікування» (self-medication) у «відповідальне самолікування» (responsible self-medication).

## **АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ**

Звернення до наукових джерел показує, що введення в обіг категорії «відповідальність» пов'язане з іменем англійського філософа А.Бена, який розглядав її у розумінні обвинувачення, засудження, покарання. Інший англійський філософ – Д. Міль детермінував його як «підзвітність» певній соціальній ролі, вираження свободи і необхідності, а Ж. - Ж. Руссо одним із перших впровадив у науковий обіг поняття «індивідуального обов'язку особистості». Видатний український філософ-просвітитель Г.Сковорода розглядав процес формування відповідальності як перетворення відповідальних почуттів і відповідальної поведінки у звичку.

У сучасних наукових дослідженнях таких авторів як Т. Колесіна, Т. Морозкіна, В. Остринська, І. Уледова розкриваються психологічні механізми формування у людини відповідальності, яка розуміється як особливий мотив людських вчинків та смисловий принцип регуляції поведінки. У зарубіжних концепціях відповідальність розуміється як одна із сторін процесу адаптації людини до соціуму. У контексті нашої роботи заслуговують на увагу думки, висловлені з цього приводу у працях таких вчених як Гала Л. О., Зупанець І. А., Міщенко О. Я., Немченко А. С., Толочко В. М. та ін., які розширили поняття терміну «відповідальність» стосовно його значення відносно відповідальності людини за своє здоров'я.

## **ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ**

Разом з тим, аналіз публікацій показав, що в комплексі проведених раніше досліджень питання самосохранної поведінки людини як основи відповідального самолікування в контексті її гендерного розподілу не

розглядалися. Все вищевикладене обумовило актуальність вибору теми, визначило доцільність дослідження та дозволило сформулювати його мету.

## ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

**Метою роботи** стало обґрунтування запровадження концепції відповідального самолікування в Україні з урахуванням підходу людини до власного здоров'я за гендерною ознакою.

**Матеріали і методи дослідження:** дана проблема була досліджена на основі літературних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів, національних та міжнародних звітів та програм з оптимізації здорового способу життя та впровадження концепції ВООЗ з відповідально самолікування. При цьому були застосовані наступні методи аналізу: логічний, системний та графічний.

## ВИКЛАДАННЯ ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Тлумачення слова “відповідальність” в українській, французькій, німецькій, англійській та російській мовах майже співпадає та тісно пов'язане з поняттями “обов'язок”, “підзвітність”, “угода”, свободою прийняття рішень людиною, внутрішнім усвідомленням відповідальності за свої вчинки. Так, згідно з Великим тлумачним словником української мови, **відповідальність** – це взятий на себе або покладений на іншого обов'язок відповідати за певну справу, дії, вчинки, слова. Згідно з Оксфордським словником англійської мови, іменник “responsibility” трактується достатньо широко, але нами обрано одне з трактувань, яке, на наш погляд, повністю відповідає темі дослідження, а саме: **відповідальність** - це можливість або здатність особи діяти самостійно чи приймати рішення за власною ініціативою (під свою відповідальність).

Серед широкого кола моральних характеристик особистості важливе місце посідає почуття відповідальності за своє здоров'я. Ступінь важливості здоров'я для кожної людини визначає його активність у ставленні до власного здоров'я і валентність цієї активності має певні відмінності залежно від його (людини) гендерної приналежності.

За статистичними даними станом на 1 березня 2015 року чисельність наявного населення України становила 42895,7 тис. осіб (без врахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя). У структурі населення України 53,8% складають жінки і 46,2% – чоловіки. На формування статевої структури населення країни в першу чергу має вплив рівень народжуваності та смертності. Останніми роками в Україні хлопчиків народилося більше, ніж дівчаток (співвідношення складає 51,6% до 48,4%), або ж на 100 дівчаток народжується 106 хлопчиків. Однак смертність дітей віком до 1 року має статеві відмінності: на 1000 живонароджених відповідної статі помирає 8,8 хлопчиків та 7,0 дівчаток. Із віком різниця в рівнях смертності зростає. Так, починаючи з віку 20–24 роки смертність чоловіків перевищує показник для жінок майже втричі. Індикатором суттєвої статевої диспропорції у рівнях смертності населення є гендерна різниця показників середньої очікуваної тривалості життя при народженні: у 2014 році середня очікувана тривалість життя при народженні для чоловіків становила 66 років, для жінок – 76 років. Тобто різниця середньої очікуваної тривалості життя при народженні між чоловіками та жінками становила 9,88 року, тоді як, наприклад, у Швеції та Нідерландах – 4 роки, у Німеччині – 5 років. Чисельна "перевага" жінок над чоловіками у складі населення спостерігається із 35 років (у міського населенні починається з 28 років, у сільського – з 49 років) та з віком збільшується. Як відомо, гендерні відмінності стану здоров'я є головною причиною нерівності у сфері охорони здоров'я та медичного обслуговування, ліквідація яких можлива за умов визнання існування та дослідження специфічних проблем та потреб чоловіків та жінок у цій сфері. З метою досягнення більш високого рівня здоров'я чоловіків і жінок та покращення можливостей для них у сфері медицини, ВООЗ у 2007 р. прийнято Стратегію включення гендерного аналізу та дій в роботу організації та рекомендовано обов'язкове враховування гендерного аспекту при плануванні та розробці програм та заходів у сфері охорони здоров'я.

За результатами загальнонаціонального опитування, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС) від початку 2000-х років спостерігається зростання динаміки самооцінки стану здоров'я населенням України в розрізі його статевої структури, рис. 1.

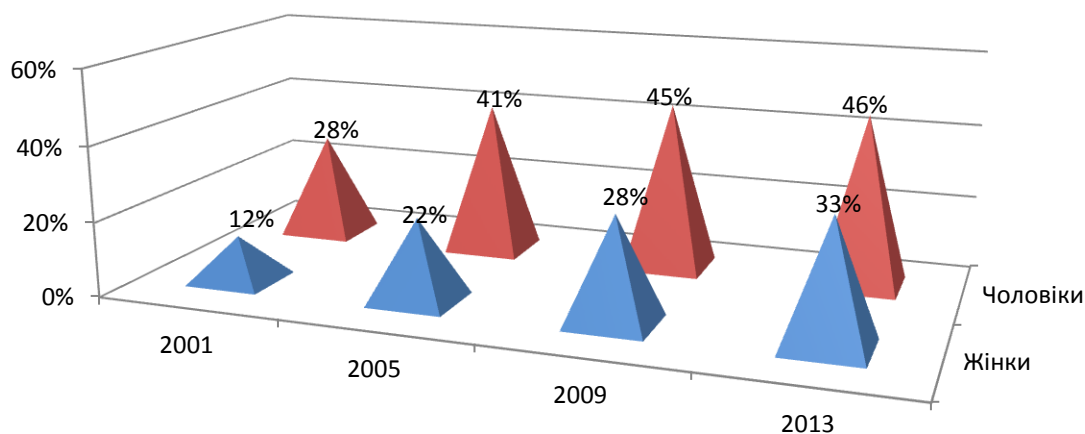


Рис. 1. Частка здорових серед різних статевих груп населення України (2001-2013).

Результати дослідження КМІС показали, що ці значення типові для всіх вікових груп, причому, чоловіки, у порівнянні з жінками, надають значно вищу самооцінку свого здоров'я. Подальший аналіз статистичних даних показав, що майже 40% о дорослого населення у 2013 році назвали своє здоров'я добрим або навіть дуже добрим, що вдвічі перевищує відповідний показник 2001 р. (19%). Паралельно відбувається скорочення частки тих, хто негативно оцінює стан свого здоров'я: з 31,4% у 2001-му році до 17,7% у 2013-му, в тому числі відсоток респондентів, які вважають своє здоров'я дуже поганим становить лише 3,3%.

У наші часи люди стикаються з гострою необхідністю взяти на себе більше відповідальності за стан власного здоров'я, особливо при використанні ними медикаментозного самолікування.

Згідно з визначенням Всесвітньої федерації зміцнення здоров'я за допомогою відповідального самолікування (WSMI: Мир, самолікування, промисловість), *медикаментозне самолікування* - це лікування поширених

(тривіальних) проблем зі здоров'ям за допомогою лікарських засобів, спеціально призначених і маркованих для використання поза лікарської участі, схвалених як ефективні та безпечні при такому застосуванні

За даними Всесвітньої федерації фармацевтичних виробників практично у всіх країнах світу люди використовують самолікування при таких типових недугах як застуда (Великобританія – 66%, США – 60%, Індія – 69%, Австралія – 85%, Іспанія – 73%), головні болі (Великобританія – 59%, США – 61%, Індія – 48%, Австралія – 63%, Іспанія – 71%), проблеми травлення (Великобританія – 57%, США – 59%, Індія – 36%, Австралія – 58%, Іспанія – 45%), міальгії різного походження (Великобританія – 52%, США – 37%, Індія – 42%, Австралія – 38%, Іспанія – 40%). Тобто від 35 до 85% населення країн світу самостійно використовує лікарські препарати для самолікування. Комплексний аналіз літературних джерел показав, що основними складовими самолікування виступають: *здоровий спосіб життя; відповідальне використання ліків; самопрофілактика; самоспостереження* (що припускає зіставлення ознак і симптомів на предмет погіршення або поліпшення) та *самодопомога*.

Ключовою характеристикою самолікування є відповідальність хворого за своє здоров'я, тому для конкретизації вищезазначеного нами були проведені соціологічні дослідження за тест - методикою доктора психології, ад'юнкта кафедри Люблінського католического університету (Польща) - Сухоцької Л. Дана методика дозволяє визначити значення показника *«Почуття відповідальності за здоров'я» (ПВЗ)* за трьома показниками:

ПВЗ-1 – *Відповідальне ставлення до здоров'я - безвідповідальне ставлення до здоров'я.*

ПВЗ-2 – *Активна турбота про здоров'я - недбале ставлення до здоров'я*

ПВЗ-3 – *Адекватна турбота про здоров'я - надмірна турбота про здоров'я.*

Враховуючи гендерне співвідношення у структурі населення України (жінок: 53,8% до 46,2% чоловіків) респондентами виступили 200 осіб з аналогічним розподілом, а саме: 108 жінок та 92 чоловіки. Опитування

проводилось методом вибіркового анкетування на анонімно - добровільних засадах. Параметри опитування оцінювались за п'ятибальною шкалою та приймалися за основу при колективному оцінюванні 51%, або при паритетному оцінюванні - 50 на 50. Результати розрахунків комплексного показника ПВЗ – «Почуття відповідальності за здоров'я» представлено в табл. 1.

Таблиця 1

**Модель сформованості ПВЗ – «Почуття відповідальності за здоров'я»**

Показники ПВЗ	Відповідальність позитивна (+)		Відповідальність негативна (-)	
	Середнє значення		Середнє значення	
	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки
<b>ПВЗ 1</b>				
Відповідальне ставлення до здоров'я	4,56	3,54		
Безвідповідальне ставлення до здоров'я.			-2,4	-4,1
<b>Оцінка ПВЗ 1</b>	<b>Жінки:+2,16; чоловіки:-0,56</b>			
<b>ПВЗ 2</b>				
Активна турбота про здоров'я	4,8	4,4		
Недбале ставлення до здоров'я			-2,7	-3,1
<b>Оцінка ПВЗ 2</b>	<b>Жінки:+2,1; чоловіки:+1,3</b>			
<b>ПВЗ 3</b>				
Адекватна турбота про здоров'я	4,5	5		
Надмірна турбота про здоров'я			-3,4	-2,7
<b>Оцінка ПВЗ 3</b>	<b>Жінки:+1,1; чоловіки:+2,3</b>			
<b>Комплексний показник ПВЗ</b>	<b>Жінки:+5,36; чоловіки:+2,79</b>			

Як видно з отриманих даних чоловіки та жінки за критерієм ПВЗ 1 мають значні відмінності в оцінюванні свого відношення до здоров'я у контексті відповідального або безвідповідального ставлення (різниця ПВЗ 1 – 1,6 балів), при оцінюванні параметру ПВЗ 2 відповіді респондентів зберігають позитивне значення, а розбіжність становить 0,8, при оцінюванні параметру ПВЗ 3 лідируючу позицію займають чоловіки з середньою оцінкою 2,3 (різниця у відповідях – 1,2). Результат комплексного показника ПВЗ «Почуття відповідальності за здоров'я» показав, що в цілому жінки майже вдвічі відповідальні ніж чоловіки по відношенню до свого здоров'я (5,36 балів проти 2,79).

Враховуючи отримані результати нами розширено поле соціологічного дослідження та здійснено додаткове анкетування, результати якого (за окремими питаннями анкети) наведені у табл. 2.

Таблиця 2

**Соціологічні дослідження відносно ставлення респондентів до самолікування (за гендерною ознакою)**

<b>Загальна характеристика респондентів</b>		
<b>Питання анкети</b>		
<b>№2 Чи застосовуєте Ви самолікування?</b>		
<b>Жінки</b>		<b>Чоловіки</b>
<b>92%</b>	Так	<b>72%</b>
<b>8%</b>	Ні	<b>28%</b>
<b>№2 Як часто Ви вдаєтеся до самолікування</b>		
47%	1 раз на рік	66%
36%	1 раз у квартал	32%
22%	1 раз у місяць	8%
<b>№3 Звідки берете інформацію відносно ЛЗ, які застосовуються при Вашому недугі</b>		
22%	Реклама у ЗМІ	11%
7%	Інтернет	32%
20%	Поради знайомих, колег	10%
27%	Поради провізора	35%
24%	Власний досвід	12%
<b>№4 Чи завжди Ви задоволені результатом самолікування</b>		
62%	Завжди	40%
30%	Іноді	31%
8%	Не задоволені	29%
<b>№5 Чи знайома Вам концепція ВООЗ «Відповідальне самолікування»</b>		
62%	Знайома	32%
38%	Ні	68%
<b>№6 Чи потребуєте Ви додаткової інформації відносно концепція ВООЗ «Відповідальне самолікування»</b>		
88%	Так	46%
12%	Ні	54%
<b>№7 Чи потребуєте Ви додаткової інформації відносно основних правил ВООЗ, що висуваються до оцінки лікарських засобів, які застосовуються у процесі самолікування</b>		
84%	Так	74%
16%	Ні	26%

Згідно з отриманими даними встановлено, що жінки частіше ніж чоловіки вдаються до самолікування (щомісячно 22% жінок проти 8% чоловіків), задоволеність від результату якого також превалює у жінок (62% та 40% відповідно), а факт повного незадоволення чоловіків результатами самолікування, про що зазначають 29% та 8% жінок, викликає певну тривогу



щодо застосування чоловіками правильних методів самолікування та вибору ЛЗ для усунення симптомів недугу та покращення здоров'я.

Таким чином, можна стверджувати, що відповіді респондентів чоловічої статі на питання №5 та №6 анкети показують: а) їх необізнаність відносно концепції ВООЗ «Відповідальне самолікування» - 68%; б) їх небажання отримання додаткової інформації відносно даної концепції. В той же час відповіді респондентів обох статей відносно їх бажання на отримання інформації щодо основних правил ВООЗ, що висуваються до оцінки лікарських засобів, які застосовуються у процесі самолікування склали 84% та 74% відповідно.

## **ВИСНОВКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗРОБОК**

Встановлено, що цінність самолікування полягає в тому, що воно вільно вибирається споживачами при станах, для яких цей метод терапії кращий, при цьому підвищується самооцінка пацієнтів, покращуючи та скорочується обсяг наданої медичної допомоги і, тим самим, заощаджуються ресурси охорони здоров'я.

Результати проведених соціологічних досліджень дозволяють стверджувати, що жінки, в порівнянні з чоловіками є більш відповідальними за власне здоров'я, вони більш ніж чоловіки, сприймають здоров'я як цінність та більшою мірою турбуються про здоровий стиль життя, виявляють самосохранну поведінку та потребують додаткової інформації відносно основних правил ВООЗ, що висуваються до оцінки лікарських засобів, які застосовуються у процесі самолікування.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть у продовженні впровадження основних складових концепція ВООЗ «Відповідальне самолікування», проведенні постійного моніторингу за станом здоров'я населення України, яке достатньо відповідально відноситься до свого здоров'я та активно використовує означену Концепцію.

## ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Аптека.ua / [Електронний ресурс]. – режим доступу: [http://www.apteka.ua/article/235648\](http://www.apteka.ua/article/235648).
2. 82% українців займаються самолікуванням при легкому нездужанні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unn.com.ua>.
3. Амстердамское заявление о доступности основных лекарственных средств: мнение сторон // Еженедельник АПТЕКА. – 2000. – №26. – С. 4–5.
4. Борисенко Т. Демографічна ситуація в світі та в Україні / Т. Борисенко // Чумацький шлях. — 2010. — № 2. — С. 2—5.
5. Гала Л.О. Розробка основних принципів та підходів до безрецептурного відпуску лікарських засобів населенню в Україні: Дис... канд. фармац. наук: 15.00.01 / Національна фармацевтична академія України. - Х., 2002. – 185 с.
6. Демографічний розвиток України: сучасне та майбутнє : (допов. директора Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України акад. НАН України С.І. Пирожкова) // Вісник Національної Академії наук України. — 2008. — № 1. — С. 59—64.
7. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ // Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6.- Копенгаген, ВОЗ ЕРБ, 1999. – 310 с.
8. Інформаційно-аналітичний центр - Info-light / [Електронний ресурс]. – режим доступу: <http://infolight.org.ua/content/demografiya-sumna-statistika>.
9. Исследование фармацевтического обеспечения населения в Украине и странах европейского союза А.А. Котвицкая, В.П. Ходаковская, А.А. Суриков.
10. Київський міжнародний інститут соціології / [Електронний ресурс]. – режим доступу: <http://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=212&page=1&t=7>.
11. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір (монографія). – К.: Цифра, 2009. – 50 с.
12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №769 від 13.09.2010 «Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України на 2011 – 2020 роки».

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №793 від 02.11.2009 «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів».
14. Наукове обґрунтування структури, завдань та заходів проекту загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко, Г. В. Іншакова // Східноєвроп. Журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 248–249.
15. Немченко А.С. Наукове обґрунтування принципів функціонування системи лікарського забезпечення населення та визначення її соціальної ефективності / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармаком. – 2007. – № 2. – С. 94–99. 14. Немченко А.С. Оцінка соціальних аспектів організації лікарського забезпечення населення згідно міжнародних норм та стандартів / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал – 2007. – № 5. – С. 11–19.
16. Офіційний сайт Державного комітету статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
17. Развитие фармацевтической практики: фокус на пациента. — СитиХоуп Интернешнл, Инк., 2008. —112 с. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeRU.pdf>
18. Сам себе доктор / Офіційний сайт телеканалу TRT [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [trt-tv.r](http://trt-tv.r)
19. Статистичний щорічник України за 2014 рік. - К. : Август Трейд, 2015. - 560 с.
20. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.euro/who/int/document/E91438r.pdf](http://www.euro.who/int/document/E91438r.pdf). – Название с экрана.
21. Цветкова А., Тодорова А. Почему мы все чаще прибегаем к самолечению с помощью безрецептурных лекарственных препаратов? Один вопрос – три ответа // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2015. №1(59). С. 70-76. URL: <https://yadi.sk/i/hnmXpyX5ciVH7>