

Саратовский государственный медицинский университет имени
В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Юрова Инна Юрьевна

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ:
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
(НА МАТЕРИАЛАХ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

14.02.05 – социология медицины

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Научный руководитель:
доктор социологических наук, доцент
Чернышкова Елена Вячеславовна

Волгоград 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Здоровьесбережение сельского населения как предмет изучения социологии медицины	15
1.1. Методология исследований здоровьесбережения сельского населения...15	
1.2. Институционализация системы медицинской помощи сельскому населению с профессиональными заболеваниями.....	45
Глава 2. Эмпирическое исследование здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями	79
2.1. Барьеры здоровьесбережения в репрезентации экспертов и сельских пациентов, имеющих профессиональные заболевания.....	79
2.2. Ценностные ориентации сельского населения в сфере охраны здоровья.....	110
Заключение. Выводы и практические рекомендации	140
Список литературы	144
Приложения	166

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Реформирование российской системы здравоохранения, осуществлявшееся в последние годы, было направлено на реструктуризацию государственного финансирования сельского здравоохранения за счет перемещения части расходов на оказание медицинской помощи с федерального уровня на региональный. Несмотря на то, что состояние здоровья является важнейшим показателем человеческого капитала, дифференциация социально-экономических условий жизни населения стала причиной снижения уровня здоровья населения. Многие медицинские услуги, основанные на современных технологиях, оказались недоступны определенным слоям населения.

В отечественном здравоохранении проблема профессиональных заболеваний – это та сфера, которой в советский период всегда отводилась значительная роль в плане профилактики, лечения и реабилитации. Особое внимание уделялось сельскому населению, поскольку аграрный сектор являлся ведущей отраслью в экономике страны. Медицинские работники, выступавшие неотъемлемым элементом централизованной системы здравоохранения, основанной на модели Н.А. Семашко и предполагавшей доступность и обязательность медицинской помощи, формировали у сельского населения ценностную ориентацию на собственное здоровье. Последняя базировалась на убеждении в высокой ответственности государства за здоровье граждан, что, в свою очередь, привело к отчуждению функции заботы о собственном здоровье от индивида и ее трансляции на органы государственной власти. Современная система здравоохранения, основываясь на новых принципах, сталкивается с существующими и укоренившимися стратегиями здоровьесбережения сельского населения, сформировавшимися в советский период. Результатом является снижение

социальной активности сельского населения в связи со снижением уровня здоровьесбережения.

В сельском хозяйстве количество выявляемых случаев профессиональных заболеваний неуклонно растет; по этому показателю данная отрасль является лидирующей среди других отраслей экономики страны¹. Это обусловлено высокой рискогенностью сферы труда для здоровья работников сельскохозяйственных предприятий. Одним из факторов, вызывающих формирование профессиональных заболеваний, является необходимость сельских жителей трудиться на устаревшей в процессе длительной эксплуатации сельскохозяйственной технике. Обновление техники и технологий в сельскохозяйственной деятельности в отечественном аграрном комплексе происходит крайне медленно в силу отсутствия необходимого финансирования со стороны государства.

Таким образом, разработка проблемы здоровьесбережения применительно к современным условиям жизни в сельской местности и привлечение внимания к сложившейся ситуации в отношении профессиональных заболеваний сельского населения является одной из актуальных задач социологии медицины.

Степень разработанности проблемы.

Проблема здоровьесбережения сельского населения выступает объектом исследования различных отраслей научного знания, таких как социология, психология, педагогика, медицина.

Концептуализация проблемы здоровья в отечественной исследовательской традиции осуществляется в работах Академика РАН Решетникова А.В., Брехмана Е.Е., Гольдсмита Е., Деларю В.В.,

¹ О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году [Электронный ресурс] // Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области. URL: http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209 (дата обращения: 15.05.2014).

Добролюбова Н.А., Иванюшкина А.Я., Лебедевой-Несеври Н.А., Тихвинского С.Б., Царегородцева Г.И., Эртель Л.А.

В отношении проблемы здорового образа жизни сформировались три теоретико-методологических подхода: философско-социологический, представленный работами таких авторов как Андриянова Е.А., Виноградов П.А., Мильштейн О.А., Петрова И.А., Пономарчук В.А., Седова Н.Н., Столяров В.И., Филиппова Л.Ф., Чернышкова Е.В. и др.; медико-биологический, который использовался Амосовым Н.М., Брехманом И.И., Карасевым А.В., Куценко Г.И., Лисицыным Ю.П., Маслак Е.Е., Петленко В.П., Степановым А.Д., Царегородцевым Г.И. и др.; психолого-педагогический, в развитие которого внесли особый вклад Виленский М.Я., Ключник П.И., Лабский В.М., Ломов Б.Ф.

Социологический анализ специфики уклада жизни сельского населения, а также вопросы социодинамики села находят отражение в исследованиях Бочаровой Е.В., Великого П.П., Виноградского В.Г., Морехановой М.Ю.

В социологии медицины сформирована категория самосохранительного поведения, которая в содержательном и концептуальном отношении наиболее близка понятию здоровьесбережения, а в некоторых исследованиях напрямую отождествляется с ним. Разработкой концепции самосохранительного поведения занимается ряд авторов во главе с профессором Антоновым А.И., а также Журавлева И.В., Иванова Л.Ю., Кашуркина С.С., Чижова В.М., Шилова Л.С. В психологическом аспекте самосохранительное поведение рассматривается в работах Уляевой Л.Г.

Понятие «здоровьесбережение» выступает предметом исследования в рамках нескольких подходов. Например, в социально-психологическом оно представлено в трудах Летуновской С.В., Новиковой Н.В., Яковлевой Н.В. Исторической ретроспективе формирования категории «здоровьесбережение» посвящено исследование Юговой Е.А.

Особое значение приобретает такое направление исследования как «здоровьесберегающая педагогика», основы которой развиваются Борисовой Л.Е., Быковым В.С., Евстифеевой О.Е., Касаткиным В.Н., Кругловой И.В., Трещевой О.Л. Подробное исследование здоровьесберегающих технологий проведено в работе Смирнова Н.К. Основные аспекты и принципы здоровьесберегающей деятельности, которые носят методологический характер, рассматриваются в исследованиях Митяевой А.М., Соколовой И.Ю.

Вопросы заболеваемости, травматизма и смертности сельского населения подробно освещены такими авторами как Варшамов Л.А., Евсюкова А.А., Калининская А.А., Спирин В.Ф., Трубецков А.Д., Шарафутдинова Н.Х.

Общественная оценка медицинской помощи сельскому населению представлена в работах Татарникова М.А. Вопросы организации медицинской помощи сельскому населению и медико-социальной реабилитации сельских жителей с профессиональными заболеваниями подробно исследуют Данилов А.Н., Щепин О.П.

Проблемы сельского здравоохранения в правовом ракурсе отражены в трудах Лакунина К.Ю., Филатова В.Б.

Обзор степени разработанности проблемы позволяет сделать вывод, что здоровьесбережение сельского населения с профессиональными заболеваниями остается на периферии исследовательского интереса в отечественной научной литературе. В основном, акцент делается на исследование самосохранительного поведения городского населения, а также на здоровьесбережение в рамках образовательного пространства учебного заведения. Таким образом, возникает необходимость в глубоком и планомерном исследовании здоровьесбережения сельских жителей.

Цель исследования – разработка комплементарных направлений медицинской и социальной помощи сельскому населению с

профессиональными заболеваниями на основе социологического анализа состояния и перспектив здоровьесбережения в данной социальной группе.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **научные задачи:**

✓ провести методологический анализ основных теоретических подходов к изучению проблемы здоровьесбережения сельского населения в отечественной научно-исследовательской традиции;

✓ проанализировать особенности институционализации системы медицинской помощи сельскому населению с профессиональными заболеваниями;

✓ выявить на основе эмпирических данных специфику барьеров здоровьесберегающего поведения сельского населения с профессиональными заболеваниями;

✓ определить ценностные ориентации пациентов с профессиональными заболеваниями и установки работодателей на здоровьесбережение по результатам эмпирических исследований;

✓ разработать рекомендации по медико-социальному сопровождению здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями.

Объект исследования – здоровьесбережение сельского населения на региональном уровне.

Предмет исследования – деятельность агентов здоровьесбережения сельских жителей и условия ее эффективности.

Гипотеза исследования. Институционализация здоровьесберегающей среды сельского населения находится на начальном этапе оптимизации. Региональные практики здоровьесбережения имеют явно выраженный архаичный и патерналистский характер, сводящий к минимуму социальную ответственность пациента и работодателя. Потребности здоровьесбережения приходят в конфликт с доминирующими моделями образа жизни сельского

населения. Социально-идентификационные установки и роли сельских пациентов не сформированы, основным агентом медико-социального сопровождения выступают специализированные медицинские учреждения, не готовые выполнять социальные функции по формированию ценностных ориентаций здоровьесберегающего поведения.

Существующее нормативно-правовое поле организации медико-социальной помощи данному контингенту больных игнорирует работодателей как активного агента здоровьесбережения. Медико-организационные мероприятия, реализуемые специализированными учреждениями, носят локальный формальный характер в ситуации несформированности установок здоровьесберегающего поведения пациентов и отсутствия ответственности работодателя.

Барьеры здоровьесбережения сельских жителей с профессиональными заболеваниями могут выступать социологическими индикаторами, определяющими их ценностные ориентации в отношении здоровья. В сложившихся условиях наиболее рациональной является оптимизация патерналистской парадигмы здоровьесбережения за счет расширения полномочий медицинских организаций в сфере контроля ответственности работодателя за здоровьесбережением. Расширение полномочий медицинских организаций, интеграция их усилий с другими заинтересованными социальными институтами будут способствовать формированию здоровьесберегающей среды.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

- представлен анализ теоретико-методологических подходов к проблеме здоровьесбережения и осуществлена концептуализация проблемного ряда медико-социологических исследований;

- осуществлен ретроспективный анализ развития профпатологических служб и системы сельского здравоохранения в России;

- на основе эмпирического исследования эксплицирована специфика социальных факторов, выступающих в качестве барьеров в практике здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями;

- установлен патерналистский характер ценностных ориентаций сельских жителей с профессиональными заболеваниями в отношении здоровьесбережения;

- разработаны рекомендации по повышению эффективности деятельности социальных агентов в сфере здоровьесбережения сельского населения.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. Существующие теоретические подходы к проблеме здоровьесбережения сельского населения характеризуются дифференциацией объектов исследования медицины, психологии, педагогики и социологии, оставляя на периферии исследовательских интересов изучение здоровьесбережения сельских жителей с профессиональными заболеваниями как особой социальной группы. Здоровьесбережение сельских пациентов с профессиональными заболеваниями проецируется на социальную сферу, спецификой которой является неравный доступ к медицинской помощи, неблагоприятные условия труда и ограниченный набор жизненных практик для поддержания здоровья. Здоровьесбережение как социальная практика базируется на принятии субъектом норм и требований здоровьесбережения и действиях по поддержанию здоровья.

2. Существующая систематизация медико-санитарного, профилактического, гигиенического и профпатологического направлений медицинской помощи в рамках сложившейся нормативно-организационной базы здравоохранения ориентирована на ответственного пациента и прописывает алгоритм действий работодателя в процессе здоровьесбережения сельских жителей с

профессиональными заболеваниями. Конфликт архаичного уклада жизни сельского населения и субъекториентированной модели оказания медико-социальной помощи поддерживает патерналистские установки сельских жителей с профессиональными заболеваниями к собственному здоровью.

3. На основании проведенного эмпирического исследования «Отношение больных с профзаболеваниями, проживающих в сельской местности, к практикам здоровьесбережения» 26% респондентов отказывались от планового лечения или госпитализации. 78% опрошенных констатировали несоответствие условий труда их соматическому состоянию, 69% участников опроса не применяют профилактические меры, режим труда и отдыха, личной гигиены, игнорируют санитарные требования. При этом в реабилитационные мероприятия включены 95% респондентов. Полученные данные свидетельствуют о низкой субъектности сельских пациентов с профзаболеваниями, их принципиальной неготовности к превентивным мерам здоровьесбережения.

4. Данные проведенного анкетирования и полуструктурированного интервью с врачами позволили выделить различные барьеры здоровьесберегающего поведения сельского населения с профессиональными заболеваниями. Наиболее значимыми на уровне взаимодействия с социальными институтами являются: 1) территориальная удаленность от областного центра прямо пропорциональная частоте постановки первоначального диагноза «профессиональное заболевание»; 2) низкий уровень дохода, снижающий возможность получения медицинской помощи; 3) низкая информационная культура; 4) специфика сельского уклада жизни.

5. Участники полуструктурированного интервью – средний медицинский персонал, как агенты оказания медицинской помощи пациентам с профессиональными заболеваниями, единодушны в выводах о низкой значимости ценности здоровья у данной категории пациентов; их неготовности к деятельности по сохранению здоровья, что обусловлено

особенностями образа жизни, а также завышенными ожиданиями и переносом ответственности на учреждения здравоохранения.

По данным фокус-группы, руководители крестьянско-фермерских хозяйств не считают своей задачей быть включенными в процесс здоровьесбережения работников с профзаболеваниями, считая здоровье «личным делом каждого»; формально относятся к контролю за соблюдением санитарных требований к условиям труда; избегают приема на работу «легкотруidников» из-за необходимости создания им специфических условий работы.

Методология исследования. Работа выполнена в категориальном поле социологии медицины; в основу положен, системный подход с акцентом на институционализм, принципы компаративного, логического и структурно-функционального анализа, а также методы конкретных социологических исследований – анкетирование, полуструктурированное интервью, фокус-группа, статистический анализ.

Эмпирическая база исследования.

Основу исследования составили следующие эмпирические данные:

1. Авторское исследование на основе разработанной анкеты «Отношение больных с профзаболеваниями, проживающих в сельской местности к практикам здоровьесбережения». Исследование проводилось в 2013 году (12.01.2013-12.06.2013 г.) на базе стационара клиники профзаболеваний ФБУН «Саратовский научно-исследовательский институт сельской гигиены» Роспотребнадзора в один этап в течение пяти месяцев. Выборочная совокупность – 326 человек (215 мужчин и 111 женщин) в возрасте 35-60 лет, с профессионально обусловленными заболеваниями: болезни опорно-двигательного аппарата, вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость, хроническая обструктивная болезнь легких, бруцеллез.
2. Полуструктурированное экспертное интервью (2013-2014 гг.). Выборку для исследования составили 10 экспертов, являющихся практикующими

врачами различных специальностей терапевтического, неврологического и консультативно-поликлинического отделений Клиники профессиональных заболеваний ФБУН Саратовского Научно-исследовательского института сельской гигиены Роспотребнадзора. Гендерная характеристика выборки: 6 мужчин, 4 женщины. Стаж работы в качестве практикующего врача: 10-35 лет.

3. Полуструктурированное экспертное интервью (2014-2015 гг.). В качестве экспертов выступили 12 руководителей сестринских служб, работающих в различных районных больницах Саратовской области. Респонденты представлены женщинами. Стаж работы: 2-27 лет.

4. Фокус-группа (2015 г.) с руководителями 8 типовых крестьянско-фермерских хозяйств Саратовской области.

Основные методы исследования – анкетирование, полуструктурированное экспертное интервью (представленное на базе 2-х групп респондентов), фокус-группа.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием прикладных программ Microsoft Excel и пакета программ SPSS Statistics 17.0 for Windows.

Теоретическая и практическая значимость исследования.

Полученные результаты проведенного исследования могут представлять интерес для специалистов в сфере организации здравоохранения, врачей, социологов в связи с формированием нового подхода к организации медицинской помощи, профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий для сельских жителей с профессиональными заболеваниями.

Разработанная методология исследования и категориальный аппарат в рамках изученной темы могут быть применимы для выработки и углубления курсов по социологии медицины, общественного здоровья и здравоохранения.

Разработанный социологический инструментарий (анкета) «Отношение больных с профзаболеваниями, проживающих в сельской местности к практикам здоровьесбережения» может быть использован для дальнейших научных исследований в области социологии медицины и практической деятельности в работе лечебно-профилактических учреждений, организаторов здравоохранения.

Результаты и выводы исследования могут быть полезны при создании комплексных региональных программ организации медицинской помощи и профилактических мероприятий для сельского населения с профессиональными заболеваниями.

Апробация диссертации. Материалы диссертации прошли апробацию на научных форумах разных уровней (Москва, 2015; Пятигорск, 2015; Омск, 2015; Вена, 2014; Санкт-Петербург, 2014; Белгород, 2014; Саратов, 2014, 2013; Новосибирск, 2014; Краснодар, 2013).

Автором разработаны и применяются в учебном процессе два методических пособия: для системы повышения квалификации социальных работников в Институте социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове («Медицинская информированность сельских жителей и пути ее повышения», Саратов, 2014), закреплено актом внедрения; для системы повышения квалификации врачей СГМУ им. В.И. Разумовского («Сельские жители с профессиональными заболеваниями как специфическая социальная группа», Саратов, 2015), закреплено актом внедрения. Работа прошла экспертизу комитета по этике СГМУ им. В.И. Разумовского.

По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 4 в изданиях, определенных Перечнем ВАК РФ.

Структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 165 страницах машинописного текста, иллюстрирована 30 рисунками, состоит из введения, двух глав (по два параграфа в каждой главе) – обзора литературы, изложения методики и методологии исследования, собственных

результатов, заключения, выводов, списка литературы, включающего 181 источник, 4 приложения. Структура диссертации обусловлена поставленными целью и задачами.

ГЛАВА 1. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

В главе представлен анализ основных теоретических подходов к исследованию вопросов здоровьесбережения сельского населения в отечественной научно-исследовательской традиции. Раскрываются особенности институционализации системы медицинской помощи сельским жителям с профессиональными заболеваниями, рассматривается содержание реформ и факторы, препятствующие успешному внедрению их в практику современного здравоохранения.

1.1. Методология исследований здоровьесбережения сельского населения

Проблема повышения уровня здоровья и качества жизни сельского населения входит в разряд важнейших государственных задач на современном этапе развития Российского общества. С 2006 г. в нашей стране реализуется приоритетный национальный проект, направленный, в том числе, и на решение данной социальной проблемы. Как показывают современные отечественные исследования, качество жизни и здоровья сельского населения гораздо ниже городского и характеризуется устойчивой тенденцией к ухудшению^{2,3}. Однако проблема сохранения здоровья сельского населения до сих пор не является предметом специальных исследований. И это несмотря на то, что в сельской местности по данным последней переписи населения 2002 г. проживает более 38,3 млн. граждан, в

² Национальный проект «Здоровье»: итоги и перспективы // Медицина и Здоровье. – 2008. – № 12. – С. 10-11.

³ Евсюков, А. А. Медико-демографические показатели здоровья сельского населения в Республике Башкортостан / А. А. Евсюков, Н. Х. Шарафутдинова, А. А. Калининская. – Уфа : Здравоохранение Башкортостана, 2010. – 250 с.

том числе 22 млн. трудоспособных жителей РФ⁴. Ряд исследователей признает, что сельские жители представляют собой одну из наиболее уязвимых социальных групп населения нашей страны из-за множества специфических особенностей. Сельская территория является важнейшим ресурсом жизнеобеспечения (производство продовольствия), жизнедеятельности (условия и качество жизни в сельской местности), жизнеустройства (степень освоенности среды обитания) и воспроизводства населения. Ее отличает целый ряд особенностей национальной культуры и менталитета^{5,6}.

Вопросы, связанные с поддержанием здоровья сельского населения и системой его охраны, стоят достаточно остро на протяжении последних десятилетий, что во многом определено существующими демографическими, экономическими, территориальными, культурными, медицинскими организационно-управленческими условиями жизни в сельской местности⁷. Значительной по актуальности проблемой, рассматриваемой в отечественной научной литературе, является организация медицинской помощи сельскому населению. Одной из причин можно считать изменение уровня здоровья сельского населения (конец XX – начало XXI века) с выраженной негативной тенденцией. Поэтому проблема охраны и улучшения состояния здоровья сельских жителей является приоритетной в сфере социально-экономической политики государства. В рамках данного направления исследования, особое значение приобретают медико-демографические показатели здоровья сельского населения, организация медицинской помощи, различные

⁴ Итоги Всероссийской переписи населения 2002 года [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.perepis2002.ru/?id=7> (дата обращения: 14.06.2014).

⁵ Юрова, И. Ю. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества / И. Ю. Юрова, Е. А. Андриянова, Л. М. Федорова, В. В. Масляков // *Фундаментальные исследования*. – № 7, ч. 5. – 2014. – С. 1065-1069.

⁶ Великий, П. П. Динамика формирования многоканальности источников выживания сельской семьи / П. П. Великий, Е. В. Бочарова // *Известия Саратовского университета. Новая серия: Социология. Политология*. – 2014. – Т. 14. – № 1. – С. 30-37.

⁷ Великий, П. П. Социально-экономические факторы устойчивости жизненного пространства села: локальное измерение / П. П. Великий, В. Л. Шабанов // *Региональные агросистемы: экономика и социология*. – 2015. – № 2 (2). – С. 21.

профилактические меры. Анализ уровня заболеваемости, травматизма и смертности сельского населения представлен в работах А.А. Евсюкова, Н.Х. Шарафутдиновой, А.А. Калининской⁸.

К важнейшим задачам современного отечественного здравоохранения в контексте его реформирования относятся следующие: повышение доступности медицинской помощи для широких слоев населения; повышение приоритета здоровья в системе социальных ценностей общества; усиление профилактической направленности здравоохранения. Вопросам реформирования и модернизации системы здравоохранения на региональном уровне, а также общественной оценки медицинской помощи посвящены публикации М.А. Татарникова⁹. В исследованиях О.П. Щепина и В.А. Медик уделяется внимание аспектам реорганизации медицинской помощи сельскому населению – сокращению числа сельских участковых больниц, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов, усилению оттока медицинских кадров, износу основных фондов, прекращению планового обеспечения сельских учреждений здравоохранения медицинским оборудованием и автотранспортом. Кроме того, авторы подчеркивают изменение социального отношения к значимости диспансеризации в профилактике заболеваний у данной группы населения, что, безусловно, влияет на ухудшение состояния здоровья сельских жителей¹⁰.

Здоровье современного сельского населения детерминировано заболеваемостью, которая в последние годы увеличивается по большинству классов. Однако некоторые авторы указывают на более низкий уровень заболеваемости жителей сельской местности, что зачастую связано с

⁸ Евсюков, А. А. Медико-демографические показатели здоровья сельского населения в Республике Башкортостан / А. А. Евсюков, Н. Х. Шарафутдинова, А. А. Калининская. – Уфа : Здравоохранение Башкортостана, 2010. – 250 с.

⁹ Татарников, М. А. Общественная оценка медицинской помощи населению Московской области / М. А. Татарников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 7 - 11.

¹⁰ Щепин, О. П. Комплексное изучение здоровья населения Новгородской области: методология, основные результаты и перспективы / О. П. Щепин, В. А. Медик // Проблемы социальной гигиены, здоровья и истории медицины. – 2007. – № 4. – С. 3-7.

меньшей доступностью медицинской помощи в сельских районах и более редкой обращаемостью – число посещений медицинских учреждений сельскими жителями в 2,5 раза меньше, чем городскими¹¹.

Изучение вопросов, связанных со здоровьесбережением сельского населения осуществляется в рамках медицинских, социологических, психологических и педагогических наук. И ключевым понятием является понятие «здоровье». Рассмотрим несколько определений здоровья, которые, на наш взгляд, являются наиболее методологически важными для заявленной темы исследования. На сегодняшний день исследователи насчитывают более 300 определений понятия «здоровье». Наиболее распространенным и часто используемым является определение ВОЗ, согласно которому здоровье представляет собой не столько отсутствие болезней или физических дефектов, сколько состояние полного физического, психического и социального благополучия человека. В последнее время такие категории, как нравственное и духовное благополучие дополняют данное определение. Таким образом, модель здоровья может быть представлена как совокупность нескольких составных элементов психологической, биологической (физической) и социальной систем. Физическое здоровье рассматривается в двух аспектах – медицинском и педагогическом. В первом случае здоровье исследуется как состояние роста и развития органов и систем организма человека, в основе которого определяются морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции. Во втором случае здоровье анализируется через призму высокого сознания, развитого мышления, большой внутренней и моральной силы человека, побуждающей его к созидательной деятельности¹².

¹¹ Проблемы здравоохранения села / В. И. Стародубов [и др.] – Москва: Академия Естествознания, 2012. – 207 с.

¹² Федосеева, Н. А. Анализ ключевых категорий образа жизни / Н. А. Федосеева // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 5 – С. 93-95.

Е. Гольдсмит определяет здоровье как особое состояние организма, которое даёт возможность сохранять здоровье, как длительную способность к восстановлению после химических, физических, инфекционных, психологических и социальных воздействий. По И.И. Брехману, здоровье – это способность сохранять, в соответствии с возрастом, определенную устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров потоков сенсорной, вербальной и структурной информации¹³.

А.Я. Иванюшкин выделяет три уровня ценностного смысла понятий «здоровье» и «болезнь»: биологический, социальный и личностный (психологический). Под биологическим уровнем понимается здоровье изначальное, то есть совершенство саморегуляции организма, гармония физиологических процессов и окружающей среды и, как следствие, максимум адаптации. Социальный уровень здоровья, по мнению исследователя, представляет собой меру социальной активности индивида, его трудоспособности, форму деятельного отношения к миру. Социальная составляющая здоровья отражает социальные связи, ресурсы, межличностные контакты. Личностный (психологический) уровень здоровья – это не отсутствие, а отрицание болезни, в некотором смысле преодоление. Развитие самосознания личности, осознания ценности собственного здоровья и здорового образа жизни. Это состояние душевного комфорта, благополучия, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Поскольку здоровье есть не просто состояние организма, но жизненная стратегия человека¹⁴.

С точки зрения Г.И. Царегородцева, здоровье – это гармоничное функционирование организма, дающее возможность неограниченного участия человека в различных видах общественной и производственной

¹³ Брехман, И. И. Валеология - наука о здоровье / И. И. Брехман. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва : Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.

¹⁴ Иванюшкин, А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека / А. Я. Иванюшкин // Валеология. – 1982. – № 1. – С. 49-58 ; № 4. – С. 29-33.

трудовой жизни, позволяющее ему оптимально реализовать физические, психические, биологические и трудовые функции¹⁵.

По мнению С.Б. Тихвинского, здоровье человека, в конечном итоге, определяется мощностью его адаптационных резервов¹⁶. Н.М. Амосов акцентировал внимание на отношении к здоровью как к совокупности резервных мощностей основных функциональных систем организма: биологической, физической и социальной¹⁷. Н.А. Добролюбов отмечал, что болезни и патологические состояния не дают возможности человеку «исполнять своего назначения» и осуществлять «возвышенную духовную деятельность»¹⁸. Таким образом, здоровье относится к универсальному, имеющему и материальный и духовный аспекты, феномену.

Важнейшая роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит человеку, при этом особое значение имеет образ жизни, ценностные установки, степень гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. Так, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье на 50% зависит от того образа жизни, который ведет человек, на 20% – от окружающей среды, на 20% – от наследственности, и лишь на 7-10% здоровье обусловлено функционированием системы здравоохранения¹⁹.

Исследования, связанные с различиями в состоянии здоровья сельского и городского населения, начали проводиться в конце XIX века в Западной Европе и их результаты убедительно свидетельствуют о более низких

¹⁵ Царегородцев, Г. И. В век прогресса без болезней / Г. И. Царегородцев // Коммунист. – 1987. – № 14. – С. 2.

¹⁶ Лихницкая, И. И. Что надо знать о возрастных и физиологических резервах организма : в помощь лектору / И. И. Лихницкая. – Ленинград : Знание, 1987. – 31 с.

¹⁷ Амосов, Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – Москва : АСТ ; Донецк : Сталкер, 2005. – 288 с.

¹⁸ Вайнер, Э. Н. Валеология : учеб. для вузов / Э. Н. Вайнер. – 9-е изд. – Москва : Флинта : Наука, 2011. – 448 с.

¹⁹ Трушкина, Л. Ю. Гигиена и экология человека : учеб. пособие / Л. Ю. Трушкина, А. Г. Трушкин, Л. М. Демьянова. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : Проспект, 2006. – С.221.

показателях физического и психического здоровья сельских жителей. Сложившаяся ситуация может быть объяснена с нескольких позиций:

- Условия труда и быта сельского населения сложнее, чем городского. Трудовая деятельность на селе часто связана с минимальной защищенностью от воздействия неблагоприятных факторов. В сельских поселениях часто отсутствует централизованная система водопровода, канализации, сбора и утилизации мусора.
- Территориальная удаленность поселений осложняет доступ к квалифицированной медицинской помощи.
- Консервативность взглядов и наличие сильного традиционализма в действиях и отношениях сельских жителей способствуют укоренению и распространению недоверия к официальной медицине, выбору практик самолечения с использованием «народных средств». Кроме того, особенности менталитета сельского населения позволяют им интерпретировать некоторые патологические состояния через призму бытовых представлений, а не как проявления болезни, а жесткая ориентация на социальные нормы, принятые именно в определенном поселении санкционируют нарушающее здоровье девиантное поведение (например, алкоголизацию). Широко распространены практики сокрытия заболеваний, в частности, психических болезней, из-за боязни общественного осуждения или непонимания.

Как указывает А. Филипс, проблема доступности медицинской помощи остается важнейшим вопросом сельского здравоохранения во всем мире, даже в экономически развитых странах. Подчеркивается, что в странах с высокой долей сельского населения и развитым аграрным сектором основные и высокотехнологичные медицинские ресурсы сконцентрированы в городах. Большинство государств испытывают трудности в сфере транспорта и средствах связи, и практически все страны сталкиваются с проблемой нехватки лекарственных препаратов, врачей и младшего

медицинского персонала в сельских и территориально отдаленных районах. Условия жизни этой социальной группы зачастую приводят к ухудшению здоровья и снижению производительности труда. Но, по мнению автора, данная тенденция особенно ярко выражена в развивающихся странах²⁰.

Вопросы народонаселения и гигиены окружающей среды – это критические факторы, связанные с бедностью и здоровьем. Большинство жителей села вынуждены мигрировать из сельской местности в города. Однако это не способствует решению проблемы, поскольку, по данным исследователей, более одного миллиарда человек живет без возможности пользоваться централизованной системой канализации, утилизации мусора, а также дышат загрязнённым различными промышленными газами воздухом^{21,22}.

Уровень жизни сельского населения наряду с другими социально-экономическими факторами играет определяющую роль при анализе жизнедеятельности населения сельских районов, отодвигая исследовательский интерес к поиску возможностей решения проблем сельского здравоохранения на второй план. Однако современные медицинские исследования свидетельствуют о том, что хорошее здоровье является одним из возможных выходов из состояния бедности. Здоровье приводит к большему чувству благополучия и способствует повышению социальной и экономической производительности²³. Низкий статус здоровья связан не только с бедностью. В целом, смертность в сельских и отдаленных районах выше, чем в городах²⁴. Как правило, производственные травмы

²⁰ Phillips, A. Health status differentials across rural and remote Australia / A. Phillips // Aust. J. Rural. Health. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 2-9.

²¹ Boulle, A. Rural Health Care and Rural Poverty – inextricably linked / A. Boulle // Health Systems Trust Dept. of Health. – 1997. – Iss. 28. – P. 6-7.

²² Юрова, И. Ю. Сельское здравоохранение как международная проблема / И. Ю. Юрова // Международный научно-исследовательский журнал. – Екатеринбург, 2013. – № 11, ч. 3.– С. 88-89.

²³ World Health Organization. Global Forum for Health Research [Electronic resource]. – URL: http://www.who.int/oral_health/events/gf8/en/ (дата обращения: 21.10.2013).

²⁴ Кудрявцев, А. А. Особенности смертности сельского населения в Республике Башкортостан [Электронный ресурс] / А. А. Кудрявцев, В. М. Воробьев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/265/27/> (дата обращения: 23.04.2014).

среди работников, занятых в сельском хозяйстве на предприятиях агропромышленного комплекса гораздо серьезнее. Кроме того, среди сельского населения более распространены алкоголизм и табакокурение, а также отличные от городских стандарты питания. Рост и спад экономических циклов, как правило, отражаются непосредственным образом на населении сельских районов, что значительно повышает риски снижения уровня психического здоровья. Однако психологическое консультирование и другие службы психической помощи жителям села, в большинстве случаев, отсутствуют.

Другой особенностью сельских общин является четкое представление о поведенческих нормах, которые связаны с социальными ролями и функциями различных членов общества. Во многих странах социальные роли и функции поддерживаются традициями и религиозными практиками. Люди в сельской местности часто самодостаточны, самостоятельны и независимы, их отличает стоицизм, источником которого является земледельческая культура. Здоровью отводится незначительная роль, а приоритет отдается труду. Медицинские услуги зачастую воспринимаются как последнее средство в решении проблем со здоровьем.

Поиском путей решения проблем сельской медицины на международном уровне активно занимается Всемирная организация национальных колледжей, академий и академических ассоциаций врачей общей практики/семейных врачей (WONCA), начало деятельности которой относится к 1972 г. В рамках организации создана специальная рабочая группа по сельской врачебной практике, в состав которой входят 20 представителей из Азии, Африки, Северной и Южной Америки, Австралии и Европы. Данная организация активно сотрудничает с Всемирной организацией здравоохранения по вопросам сельской медицины. Результатом сотрудничества стала разработка меморандума, в котором важная роль отводилась семейным врачам в системе первичной медико-санитарной

помощи, а также обсуждались инициативы в области здравоохранения в сельской местности. В апреле 2002 г. ВОЗ совместно с WONCA провели конференцию по проблемам здравоохранения в сельских районах, на которой были рассмотрены важнейшие вопросы, связанные с повышением уровня здоровья народонаселения отдаленных сельских районов в разных странах и инициирован конкретный план действий, главной идеей которого является глобальная оптимизация здравоохранения села. Однако подобная инициатива может быть реализована только путем совместных усилий международных и национальных органов здравоохранения, действующих совместно с работниками здравоохранения в сельских районах по всему миру^{25,26}.

Анализируя подходы к исследованию здоровьесбережения сельского населения, нельзя обойти вниманием категории «образ жизни» и «здоровый образ жизни». В отечественной и зарубежной научной литературе проблему здорового образа жизни исследовали многие известные врачи и мыслители (Ибн-Сина, Ф. Бэкон, Б. Спиноза, Ж. Ламетри, П. Ж. Ж. Кабанис, М. Ломоносов, А. Радищев). В современных академических трудах под образом жизни наиболее часто понимается биосоциальная категория, определяющая тип жизнедеятельности человека в духовной и материальной сферах его жизни²⁷. Ю.П. Лисицын указывает, что образ жизни представляет собой исторически обусловленный вид деятельности в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности людей. То есть, образ жизни интегрирует в себе наиболее типичные представления о материальной и духовной жизнедеятельности человека в единстве с природным и социальным²⁸. Ряд западных ученых рассматривает образ жизни как более широкую категорию, которая характеризуется определенными

²⁵ WONCA. Global family doctor [Electronic resource]. – URL: <http://www.globalfamilydoctor.com/> (дата обращения: 21.10.2013).

²⁶ Юрова, И. Ю. Сельское здравоохранение как международная проблема / И. Ю. Юрова // Международный научно-исследовательский журнал. – Екатеринбург, 2013. – № 11, ч. 3. – С. 88-89.

²⁷ Степанов, А. Д. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования / А. Д. Степанов, Д. А. Изуткин // Советское здравоохранение. – 1981. – № 5. – С. 6.

²⁸ Лисицын, Ю. П. Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицын. – Москва : Знание, 1982. – 246 с.

индивидуальными формами поведения и активности в труде, повседневной жизни и культурных традициях, свойственных тому или иному социально-экономическому укладу²⁹.

В современных исследованиях, посвященных здоровому образу жизни, можно выделить два альтернативных подхода, один из которых традиционный, а второй – индивидуальный. Традиционный подход базируется на идее следования нормам одинакового, общепризнанного поведения, например, отказ от табакокурения и употребления алкоголя и наркотиков, приверженность физической активности, соблюдение правил диетического/рационального питания, поддержание оптимальной массы тела в зависимости от индивидуальных половозрастных показателей. Эффективность здорового образа жизни в данном случае оценивается по числу индивидов, придерживающихся данной поведенческой модели. Однако, показатели заболеваемости могут оказаться различными при одинаковом поведении людей с разными гено- и фенотипом. Недостатком данного подхода является то, что одинаковое поведение не всегда является гарантией одинакового конечного результата.

Индивидуальный подход исходит из понимания здорового образа жизни как возможности достижения желаемой продолжительности и качества жизни, при этом учитываются индивидуальные модели поведения. Критерием эффективности в процессе формирования и поддержания здоровья становится не количественный, а качественный показатель, т.е., реальное достижение человеком высокого уровня здоровья. Возможность оценки этого показателя предоставляется самому человеку по специальной методике, дающей возможность с учетом индекса здоровья и его положения в шкале здоровья самому принимать решение, какое поведение считать здоровьесберегающим. Таким образом, здоровый образ жизни определяется

²⁹ Здоровье, образ жизни и обслуживание пожилых / ВОЗ. Европ. регион. бюро ; ред.: W. E. Waters, E. Heikkinen, A. S. Dontas. – Москва : Медицина, 1992. – 212 с. – (Общественное здравоохранение в Европе ; [вып.] 29).

исходя из индивидуальных критериев, личного выбора наиболее предпочтительных мер оздоровления и контроля за их эффективностью^{30,31,32,33}.

В изучении вопросов здорового образа жизни существует три базовых направления: философско-социологическое, медико-биологическое и психолого-педагогическое.

В рамках философско-социологического направления (П.А. Виноградов, О.А. Мильштейн, В.А. Пономарчук, В.И. Столяров, Л.Ф. Филиппова и др.) здоровый образ жизни трактуется как глобальная социальная проблема, составная часть образа жизни, как отдельного человека, так и всего общества. О.А. Мильштейн определяет здоровый образ жизни как объективную потребность современного общественного развития, выступающего важной характеристикой образа жизни личности и общества, одним из интегральных показателей культуры и социальной политики общества³⁴.

Представители медико-биологического направления (Н.М. Амосов, И.И. Брехман, А.В. Карасев, Г.И. Куценко, Ю.П. Лисицын, В.П. Петленко, А.Д. Степанов, Г.И. Царегородцев и др.) рассматривают здоровый образ жизни как комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающих гармоническое развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности людей и продление их творческого долголетия³⁵. Данное

³⁰ Варламова, С. Н. Здоровый образ жизни - шаг вперед, два назад / С. Н. Варламова, Н. Н. Седова // Социологические исследования. – 2010. – № 4. – С. 75-88.

³¹ Ефименко, С. А. Влияние образа жизни на здоровье / С. А. Ефименко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 1. – С. 8.

³² Кокоткин, И. Ю. О состоянии охраны здоровья жителей села и мерах, принимаемых Минздравсоцразвития России для улучшения качества оказания медицинской помощи сельским жителям / И. Ю. Кокоткин // Аналитический вестник. – 2009. – № 3: Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты. – С. 13-17.

³³ Яппаров, К. С. Социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья работающего населения, проживающего в сельской местности / К. С. Яппаров, А. А. Евсюков // Санитарный врач. – 2012. – № 2. – С. 35-39.

³⁴ Мильштейн, О. А. Олимпийская сага: олимпионики, жрецы, пилигримы. В 3 кн. Кн. 1. Олимпионики / О. А. Мильштейн. – Москва : Терра-Спорт, Олимпия Пресс, 2001. – С. 46-48.

³⁵ Лаптев, А. П. Физическая культура и спорт в формировании духовных основ образа жизни / А. П. Лаптев // Теория и практика физ. культуры. – 1986. – С. 7-13.

определение, главным образом, фокусирует исследовательское внимание на необходимости профилактических медицинских мероприятий.

Психолого-педагогическое направление (М.Я. Виленский, П.И. Ключник, В.М. Лабский, Б.Ф. Ломов, и др.) позволяет связать сохранение здоровья с мотивацией к здоровому образу жизни, выделяя при этом главный фактор – сознание человека, его психологию. При этом понятие здоровьесбережения связывается с процессом образования и воспитания.

Следует отметить, что между этими направлениями не существует четкой границы, поскольку все они связаны с теми или иными аспектами внедрения здорового образа жизни в повседневную жизнь.

В социологии медицины заслуживает внимания направление, посвященное разработке понятия «самосохранительное поведение», активное использование которого в медико-социальных исследованиях обусловлено значимостью поведенческой составляющей в структуре отношения человека к своему здоровью и качеству собственной жизни. Понятие самосохранительного поведения, на наш взгляд, методологически достаточно близко соприкасается с понятием здоровьесбережения, несмотря на то, что представляет иной аспект рассматриваемого феномена.

Лидирующая роль и наибольшая заслуга в исследовании проблем самосохранительного поведения в отечественной научной традиции принадлежит группе ученых во главе с профессором А.И. Антоновым. Авторами было не только введено, но и впервые раскрыто содержание понятия на результатах эмпирических исследований, доказавших детерминирующую роль гендерного аспекта самосохранительного поведения. Однако, по мнению А.И. Антонова, вопросы структуры самосохранительного поведения личности, классификация основных результатов подобного поведения с точки зрения здоровья, а также показатели заболеваемости и продолжительности жизни различных

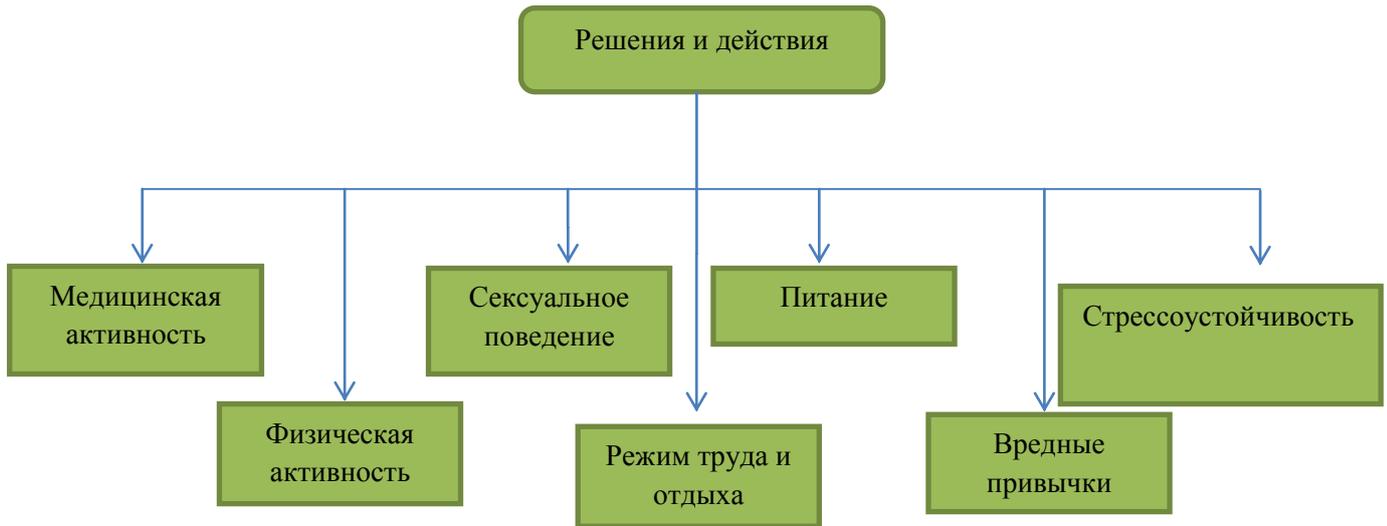
социальных групп до сих пор остаются неразработанными и представляются актуальными для исследования в рамках таких отраслей научного знания как социальная демография, социология здоровья и социология медицины³⁶.

Существует ряд подходов к проблеме самосохранительного поведения, которые предоставляют целый спектр различных структурных компонентов этого понятия. В схеме, предложенной О.Н. Калачиковой и С.П. Корчагиной, предпринята попытка отражения общей структуры самосохранительного поведения.

Схема структуры самосохранительного поведения
(по О.Н. Калачиковой, П.С. Корчагиной).



³⁶ Антонов, А. И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов) / А. И. Антонов. – Москва : Nota Bene, 1998. – 360 с.



В работах А.И. Антонова, В.И. Журавлевой, Л.Ю. Ивановой, С.С. Кашуркиной, Л.С. Шиловой выделяются следующие индикаторы самосохранительного поведения:

- место здоровья в системе ценностей;
- самооценка состояния здоровья;
- мотивы, побуждающие заниматься здоровьем;
- изменение отношения к здоровью на протяжении жизни и его причины;
- представления о факторах, влияющих на здоровье;
- самооценка понятия здорового образа жизни;
- намерения по улучшению своего образа жизни;
- понимание того, что мешает вести более здоровый образ жизни;
- действия, оказывающие влияние на целый ряд компонентов самосохранительного поведения (питание, физическая нагрузка, устойчивость к стрессовым ситуациям, медицинская активность, вредные привычки, профилактика наследственных заболеваний);
- проявление интереса к информации о здоровье и/или здоровом образе жизни;

- мнения о желаемой и ожидаемой продолжительности жизни^{37,38}.

Следует отметить, что самосохранительное поведение является более широким понятием, включающим в себя здоровьесбережение. Однако некоторые исследователи отождествляют данные понятия, рассматривая здоровьесберегающее (самосохранительное) поведение как совокупность действий, нацеленных на формирование и сохранение здоровья, на снижение показателей заболеваемости и смертности, на увеличение продолжительности жизни. На наш взгляд, подобное отождествление методологически не совсем верно, поскольку порождает смешение понятий, которые требуют четкой категоризации и разделения.

Анализ самосохранительного поведения как объекта исследования в предметном поле психологии позволяет выделить три его базовых компонента: когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий. Л.Г. Уляева полагает, что когнитивный компонент интегрирует знания о собственном здоровье, о его роли в процессе жизнедеятельности индивида, о негативных и позитивных факторах, воздействующих на здоровье. Эмоциональный компонент самосохранительного поведения отражает эмоциональную сторону поведения: чувства и переживания, связанные с ухудшением или улучшением физического и психического самочувствия человека. Третий, мотивационно-поведенческий компонент, определяет роль и место здоровья в системе ценностей человека, мотивацию индивида к сохранению и поддержанию своего здоровья, а также варианты изменения поведения при ухудшении здоровья³⁹. Подчеркнем, что в предложенной автором классификации основополагающих компонентов самосохранительного поведения отсутствует ценностная составляющая

³⁷ Калачикова, О. Н. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона / О. Н. Калачикова, П. С. Корчагина // Проблемы развития территории. – 2012. – № 5 – С. 72-82.

³⁸ Условия формирования здоровьесберегающего поведения подростков / С. В. Мальцев [и др.] // Практическая медицина. – 2011. – № 5. – С. 77-78.

³⁹ Уляева, Л. Г. Психологический индикатор здоровьесбережения личности / Л. Г. Уляева // Теория и практика физической культуры. – 2006. – № 6. – С. 55.

здоровьесбережения, следовательно, теряется важный аспект данного вида деятельности.

Заслуживает внимания разработанная Н.В. Яковлевой социально-психологическая модель здоровьесберегающего поведения, в которой выделяется три ведущих аспекта: акт принятия решения, стадийный процесс и собственно деятельность. Здоровьесбережение как акт принятия решения рассматривается сквозь призму двух возможных моделей поведения индивида. Первая модель объединяет индивидуальные когниции субъекта, связанные со здоровьем, в том числе восприятие риска, представление о серьезности проблемы, возможные положительные и отрицательные результаты принятого образца поведения. Вторая оценивает самоэффективность, т.е. понимание личностью «стоимости» отказа от неадаптивного поведения. Подобные «одномерные» модели принятия решения в рамках когнитивно-ориентированной модели здоровья, по мнению исследователя, эффективны при анализе простых форм социального поведения.

Здоровьесбережение как деятельность обеспечивает «воспроизводство индивидуальных жизненных ресурсов, необходимых для освоения личностью жизненного пространства». Здоровьесберегающая деятельность, как и любая другая деятельность, структурирована и включает в себя мотивацию, определенную цель, систему действий и контроль результата⁴⁰.

Одним из основных условий здоровьесберегающего поведения, с точки зрения С.В. Летуновской, является наличие у человека потребности к сохранению здоровья, возникающей в результате дисбаланса систем организма или в случае возможной опасности. Для функционирования здоровьесберегающего поведения человеку необходимо знать о положительных и отрицательных факторах, воздействующих на него, а также

⁴⁰ Яковлева, Н. В. Здоровьесберегающее поведение человека: социально-психологический дискурс / Н. В. Яковлева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2013. – № 1. – С. 70-79.

о действиях, которые могут привести к неблагоприятным последствиям для всего организма в целом. Знание о признаках нарушения здоровья, путях его восстановления и профилактики, субъектах помощи, источниках получения недостающей информации и т.д. также является одним из условий функционирования здоровьесберегающего поведения⁴¹. Социальные нормы, правила и стандарты, выработанные обществом, регулируют здоровьесберегающее поведение. Их реализация обусловлена социальными установками, состоящими из трех компонентов: когнитивного – получения информации (знания), аффективного – отношения к получаемой информации, поведенческого – намерения поступать тем или иным образом. Следует отметить, что значительным фактором становится также наличие у индивида соответствующих умений и навыков.

Обращение к проблематике здоровьесбережения населения в нашей стране имеет достаточно давнюю историю. Как указывает Е.А. Югова, до появления понятия «здоровьесбережение» в России активно обсуждалась тема санитарной и гигиенической пропаганды. Эти вопросы интересовали не только представителей медицинских профессий, но и ученых, работающих в различных областях науки, купцов, промышленников, известных писателей. Причиной подобного интереса была, главным образом, практическая значимость и недостаток квалифицированных специалистов-медиков, что вынуждало многих заниматься самопомощью (самолечением).

Основным средством просвещения населения была система пропаганды естественнонаучного знания, которая возникла и развивалась с первой четверти XVIII века, благодаря активной политике царя Петра I. Особый интерес вызывали науки, связанные с изучением строения человеческого тела, прежде всего анатомия и физиология. Именно в тот период возникла острая необходимость в печатных медицинских изданиях.

⁴¹ Летуновская, В. С. Здоровьесберегающее поведение детей с ОВЗ: основные задачи формирования [Электронный ресурс] / В. С. Летуновская // Психология и социология/8. Педагогическая психология. – URL: http://www.rusnauka.com/14_ENXXI_2012/Psihologia/8_110395.doc.htm (дата обращения: 12.01.2013).

Высказывалась точка зрения, что не только городским жителям, но и сельскому населению необходимы краткие и простые советы, каким образом поступать в случае серьезных или менее серьезных заболеваний.

В процессе распространения медицинских знаний особая роль отводилась помещикам, которые руководствовались своими экономическими интересами. Содержание врача представлялось финансово затратным, поэтому часто ответственность за здоровье крестьян возлагалась либо на приказчиков, либо на них самих. Потребность в медицинских знаниях ощущалась наиболее остро в связи с частыми эпидемиями. В большинстве случаев средством просвещения становилась периодическая печатная литература (месяцесловы), в которых содержались статьи с советами по сохранению и укреплению здоровья, а также сведения по анатомии, физиологии и гигиене.

К концу XVIII века спектр печатных изданий, по мнению Е.А. Юговой, значительно расширился, появился ряд сочинений, содержащих элементы медицинского знания в области возрастного развития. Существенным недостатком печатных средств пропаганды мер по сохранению и поддержанию здоровья являлась низкая грамотность населения, в особенности сельского. Новой для того времени формой распространения знаний стали публичные лекции профессоров Московского университета, среди которых особо отмечались выступления профессора медицинского факультета С.Г. Зыбелин и профессора кафедры физики И.И. Рост. Современная концепция здоровьесбережения окончательно сформировалась в 1904 г. после рассмотрения на съезде российских врачей вопроса о вредном влиянии школы на здоровье и физическое развитие учащихся⁴².

В отечественной научной литературе проблема здоровьесбережения наиболее детально рассматривается в рамках психолого-педагогической

⁴² Югова, Е. А. К вопросу об истории развития здоровьесбережения в России / Е. А. Югова // Вестник ТюмГУ. – 2011. – № 9. – С. 167-172.

традиции, что породило особое понятие «здоровьесберегающая педагогика», представленное в работах таких авторов как Л.Е. Борисова, В.С. Быков, О.Е. Евстифеева, В.Н. Касаткин, И.В. Круглова, О.Л. Трещева, В.И. Харитонов. Роли мониторинга степени здоровья населения и анализа возможных путей повышения его уровня посвящены труды М.В. Антроповой, В.В. Зайцева, В.Д. Сонькина.

В.С. Быков и Д.В. Викторов дают определение здоровьесбережению как сущностному динамическому параметру жизнедеятельности индивида, для которого характерно наличие знаний, умений и навыков, необходимых в здоровьесберегающей деятельности и устанавливающего приоритеты личности в образовательном микросоциуме⁴³. По утверждению О.Р. Кокориной, здоровьесбережение представляет собой особый вид деятельности, направленный на передачу последующему поколению накопленного опыта в отношении оценки собственного здоровья и здоровья окружающих на основе личной ответственности⁴⁴.

Н.К. Смирнов выделяет различные группы здоровьесберегающих технологий в системе образования, которые опираются на разные подходы к охране здоровья и используют разные методы и формы работы. К первой относятся, в частности, медико-гигиенические технологии, поскольку вопросы здоровья представляют собой сферу деятельности медицинских работников и системы здравоохранения в целом. Вторая группа технологий включает комплекс физкультурно-оздоровительных мероприятий, подчеркивается важность физического развития посредством закаливания, развития силы, гибкости и выносливости, то есть всего того, что отличает здорового человека от больного. В третью группу входят экологические здоровьесберегающие технологии, которые, по мнению исследователя,

⁴³ Быков, В. С. Здоровьесбережение студенческой молодёжи технического вуза в условиях поиска новой образовательной парадигмы / В. С. Быков, Д. В. Викторов // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 9 – С. 154-156.

⁴⁴ Кокорина, О. Р. Здоровьесбережение личности в условиях высшего педагогического образования : автореф. дис. ... д-ра пед. наук / О. Р. Кокорина. – Москва, 2012. – 41 с.

недостаточно оценены и задействованы. Цель данной технологии – сформировать оптимальные, с экологической точки зрения, условия жизни и деятельности населения, построенные на гармоничных отношениях с природой. В основе четвертой группы технологий лежит понятие безопасности жизнедеятельности, которое реализуется через практики охраны труда, защиты в чрезвычайных ситуациях, благодаря работникам коммунальной и инженерно-технической службы, гражданской обороны, пожарной инспекции и т.д. В данном случае задача сохранения здоровья интегрируется в более общую цель – сохранение жизни, следовательно, данный компонент необходимо учитывать при изучении проблемы здоровьесбережения.

И, наконец, здоровьесберегающие образовательные технологии могут быть дифференцированы на организационные, психологические и воспитательные. Организационные технологии определяют структуру деятельности учащихся с целью предотвращения переутомления, снижения двигательной активности и других негативных состояний. Психологические связаны с межличностным взаимодействием. Воспитательные направлены на обучение правильной заботе о себе, формируют культуру здоровья, мотивируют к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек⁴⁵.

Особое место отводится двум видам технологий, которые, по мнению Н.К. Смирнова, носят иной характер и выходят за рамки образовательного пространства института или школы. К таким технологиям относятся социально-адаптирующие и личностно-развивающие, в том числе те, которые формируют и укрепляют психологическое здоровье человека, повышают адаптационные ресурсы личности, а также, лечебно-

⁴⁵ Смирнов, Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. – Москва : АПК ПРО, 2002. – 121 с.

оздоровительные технологии, предполагающие восстановление физического здоровья человека⁴⁶.

В работах А.М. Митяевой предлагается трактовка понятия здоровьесбережения в контексте педагогической деятельности. Под здоровьесберегающей деятельностью автор понимает последовательный и целенаправленный процесс сотрудничества учителей, социальных педагогов, родителей и учащихся, которые в совокупности приводят к формированию культуры здоровья личности у обучающихся. Сформулированные базовые аспекты жизнедеятельности человека можно рассматривать как основу методологии здоровьесберегающей деятельности. К ним относятся: физическое развитие, отражающее степень выраженности и сочетание гено- и фенотипических признаков; физическая подготовленность как составной фактор адекватной адаптации и поддержания гомеостаза; психическое состояние, определяющее жизнеспособность человека в определенных условиях существования; функционирование вегетативных систем жизнеобеспечения человека и иммунитета; социальная характеристика личности как отражение его адаптивности к конкретно-историческим условиям жизни; духовность человека как мера адекватности сформированных у него потребностей и условий их реализации в социуме⁴⁷.

Анализ широкого спектра научной литературы и опыт изучения проблемы сбережения здоровья населением, а также исследования отечественных и зарубежных авторов по проблемам развития личности и сохранения здоровья в процессе непрерывного образования, позволили И.Ю. Соколовой определить следующие основополагающие направления:

- основные закономерности становления и индивидуального развития личности (Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, Д.Б. Эльконин и др.);

⁴⁶ Там же.

⁴⁷ Митяева, А. М. Здоровьесберегающие педагогические технологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. М. Митяева. – Москва : Академия, 2008. – 192 с.

- современные концепции физиологического развития детей (И.И. Аршавский, Л.И. Божович, Д.И. Фельдштейн);
- современные концепции валеологического образования, которое предполагает наличие саморефлексирующей индивидуальной философии здоровья (В.П. Казначеев, В.В. Колбанов, Л.Г. Татарникова, Г.А. Пешкова)⁴⁸;
- проблемы здорового образа жизни (В.И. Брехман, Т.П. Васильева, И.В. Пичугина);
- здоровье как интегративная характеристика личности человека (О.С. Васильев, В.В. Колбанов, В.П. Казначеев, Г.С. Никифоров, Ф.Р. Филатов);
- взаимосвязь психологического и физиологического здоровья человека с духовностью (Б.С. Братусь, М. Люшер, А. Маслоу, Г. Оллпорт, К. Роджерс, В.М. Розин, В.И. Слободчиков, В. Франкл, Э. Фромм);
- развитие активного человека-субъекта, преобразующего окружающий мир и самого себя (К.А. Абульханова-Славская, Л.И. Анцыферова, С.Л. Рубинштейн)⁴⁹.

Опираясь на данные большого количества исследований, И.Ю. Соколова формулирует следующие принципы здоровьесбережения⁵⁰:

1. Следование «основным законам развития природы», создающим условия для формирования в процессе человеческой жизнедеятельности потенциальных, творческих возможностей, посредством которых достигаются цели в жизни человека. Организм включает все функциональные системы, которые работают по своим универсальным законам, мобилизуя все обменные процессы таким образом, чтобы достигнуть поставленной задачи.

⁴⁸ Пешкова, Г. А. Валеологическое развитие учащихся на уроках музыки [Электронный ресурс] / Г. А. Пешкова // Педагогика online : электронный журнал. – URL: <http://aneks.spb.ru/index.php/publikacii/84-preschool-music/2669-2014-11-18-19-32-40> (дата обращения: 15.05.2014).

⁴⁹ Соколова, И. Ю. Теоретико-методологические основания развития и сохранения здоровья личности в системе непрерывного образования / И. Ю. Соколова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 6. – С. 169-175.

⁵⁰ Там же.

2. Гармония с окружающей средой. Данный принцип созвучен с взглядами А.А. Чижевского, понимающего жизнь как космическое явление, изменяющееся в физическом, психическом и социальном плане под воздействием космоса. Таким образом, причиной возникновения болезней становится дисгармония во взаимодействии человеческого организма, нашей планеты, природы и всей Вселенной. Поскольку Вселенная, по мнению ученых, наполнена движущейся энергией, болезнь можно рассматривать и как нарушение потока этой энергии.

3. Гармоничное сочетание телесной, душевной и духовной природы человека. В данном случае болезнь представляется как результат нереализованных человеческих способностей, а, соответственно, здоровье – это не только постоянная гармонизация души и тела, но и гармония с природой.

4. Поисковая активность, необходимость которой объясняется обеспечением устойчивости организма к многочисленным вредным влияниям, что способствует здоровьесбережению. Ссылаясь на мнение В.С. Ротенберга, исследователь считает, что низкая поисковая активность не только делает жизнь пустой и бесцельной, но и не гарантирует здоровья и долголетия.

5. Аксиологический принцип здоровьесбережения подразумевает, что каждый человек обладает своей системой ценностей, сформированной в процессе жизнедеятельности и определяющей его поведение. Интегральной ценностной функцией сознания является цель и смысл жизни. Высшие ценности, будучи осознанными, представляют собой источник здоровья человека.

6. Самоактуализация и самореализация, по А. Маслоу, связаны со стремлением человека к наиболее полной реализации своих способностей и являются высшей потребностью личности. С позиции Б.Ф. Ломова, жизнь самоактуализирующейся личности представляет собой процесс постоянного

выбора: продвижение вперед, преодоление препятствий, неизбежно возникающих на пути к высокой цели, или отступление, отказ от борьбы и сдача позиций. В контексте здоровьесбережения, самоактуализация как саморазвитие и реализация собственного потенциала – это полноценная жизнь и хорошее здоровье, а недостаточная (по тем или иным причинам) самореализация неизбежно вызывает заболевания.

7. Принцип самоидентификации связан, по мнению автора, с соответствующей потребностью. Данная потребность является стержневой для формирования всего человеческого поведения. Если она не удовлетворена, то может стать причиной неврозов и затрагивать глубинные слои личности, сопряженные с представлением о самом себе⁵¹.

Все эти принципы, по мнению И.Ю. Соколовой, являются основополагающими в культуре здоровья личности. И для сохранения здоровья личности необходимо следовать им в процессе всей жизнедеятельности. На наш взгляд, такая позиция имеет важное теоретико-методологическое значение при разработке конкретных направлений и технологий здоровьесбережения, поскольку они ориентированы на развитие личности и сохранения ее физического, психического здоровья, а также социального благополучия. Все принципы могут быть реализованы в конкретных видах деятельности и поведения личности, особенно, если они носят творческий поисковый характер.

Важную роль при анализе существующих теоретических подходов к изучению здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями играют исследования, посвященные мониторингу и оценке здоровья сельского населения. Условно их можно разделить на два направления:

⁵¹ Соколова, И. Ю. Теоретико-методологические основания развития и сохранения здоровья личности в системе непрерывного образования / И. Ю. Соколова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 6. – С. 169-175.

- первое направление дает оценку состояния здоровья населения, основываясь на медико-социальных и демографических показателях, таких как уровень рождаемости, заболеваемости, смертности, физического развития и средней продолжительности жизни;
- второе направление связано с самооценкой собственного здоровья и самочувствия населения, удовлетворенностью условиями и качеством жизни, желанием человека придерживаться здорового образа жизни.

В академической литературе широко распространено деление здоровья на индивидуальное и общественное. Индивидуальное здоровье – это здоровье каждого отдельно взятого человека, которое находится в органической взаимосвязи с популяционным здоровьем. Следовательно, факторы здоровья каждого человека определяют здоровье всего населения.

К ключевым факторам, которые непосредственно влияют на состояние здоровья человека, можно отнести возраст, условия, уровень и образ жизни, наличие и состав семьи, число детей, уровень образования, наличие работы, уровень благосостояния, жилищные условия, а также компоненты социального капитала – доверие к властям, активность в общественных организациях, масштабы социальных связей – общение с родственниками, друзьями, соседями.

Большинство исследователей рассматривают здоровье населения как статистическое понятие, характеризующееся комплексом демографических показателей, которые зависят от определенных условий существования: особенностей окружающей среды, условий труда и его интенсивности, продолжительности рабочего дня, величины заработной платы, обеспеченности продуктами питания, одеждой и жильем, удовлетворенности

санитарным состоянием территории и уровнем развития здравоохранения^{52,53,54,55}.

Отдельного внимания заслуживают природно-климатические факторы, поскольку они также оказывают большое влияние на здоровье населения и благосостояние каждого человека. При оценке влияния климата на хозяйственную, бытовую и рекреационную жизнедеятельность человека необходимо учитывать качество этого ресурса, его объем и территориальные различия, эффективность воздействия на здоровье и производство.

В данном диссертационном исследовании для оценки здоровья населения мы используем следующие медико-социальные показатели: уровень смертности, рождаемости, наличие заболеваний и продолжительность жизни человека; самооценку собственного самочувствия, удовлетворенность в своем благосостоянии, желание трудиться и вести здоровый образ жизни. основополагающими факторами, влияющими на индивидуальное здоровье человека и здоровье населения, являются: социально-экономические (к ним можно отнести уровень доходов, наличие/отсутствие работы, обеспеченность достойным жильем, возможность получения качественной медицинской помощи и др.) и экологические (химический состав и качество воды и почвы, территориальные особенности распространения заболеваний и др.).

Одним из ключевых направлений политики государства в отношении здоровьесбережения сельского населения является развитие восстановительной медицины. Восстановительная медицина – это

⁵² Ефименко, С. А. Влияние образа жизни на здоровье / С. А. Ефименко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 1. – С. 8.

⁵³ Журавлева, И. В. Новые подходы к развитию сферы общественного здоровья / И. В. Журавлева // Социология медицины. – 2008. – № 2. – С. 19-23.

⁵⁴ Кокоткин, И. Ю. О состоянии охраны здоровья жителей села и мерах, принимаемых Минздравсоцразвития России для улучшения качества оказания медицинской помощи сельским жителям / И. Ю. Кокоткин // Аналитический вестник. – 2009. – № 3: Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты. – С. 13-17.

⁵⁵ Чернышкова, Е. В. Конструирование социального отношения к здоровью в позднем возрасте: ретроспективный анализ / Е. В. Чернышкова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2008. – № 10. – С. 181-186.

относительно новое перспективное направление, сформировавшееся в XXI веке в нашей стране в рамках практической медицины. В фокусе данного направления решение двух актуальных вопросов – оздоровление лиц, входящих в группу риска и реабилитация больных с распространенными заболеваниями. В настоящее время оба эти направления в большей степени реализуются через систему оказания санаторно-курортной помощи населению.

Другим перспективным направлением, важным для оптимизации системы сельского здравоохранения, является телемедицина. Подобные интернет-технологии позволяют обеспечить информационно-телекоммуникационную связь и консультативную помощь врачам в сельской местности. Использование автоматизированной системы ИНЕТ дает возможность сельским жителям дистанционно использовать возможность самооценки состояния и резервов здоровья, технологии выявления лиц групп риска и получать рекомендации по здоровьесбережению.

Помимо этого, стратегическим направлением развития здоровьесберегающих практик в сельской местности является создание отделений восстановительной медицины на базе центральных районных больниц с соответствующим технологическим обеспечением. В данном случае можно говорить о развитии системы восстановительного лечения после травм, операций, острых патологий, непосредственно после интенсивной терапии. Не вызывает сомнений эффективность подобного направления, которое оценивается нами как достаточно важное.

В рамках профилактической медицины существует положительный опыт индивидуального и группового воздействия на пациентов – школы здоровья, решение о создании которых было принято в 1990 г. на Страсбургской конференции ВОЗ и Европейского экономического

сообщества⁵⁶. Основными целями школ здоровья являются: повышение уровня медицинской информированности пациентов; получение некоторых практических навыков по рациональному лечению того или иного заболевания; повышение мотивации пациентов к лечению для профилактики осложнений; улучшение прогноза заболевания и повышение качества жизни в целом. Традиционно используются термины «Школа артериальной гипертонии», «Школа диабета», «Школа бронхиальной астмы» и т.д. Школы здоровья должны способствовать повышению приверженности пациентов к лечению, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повысить ответственность пациента за здоровье. При достижении этих целей школы обеспечивают качество профилактической помощи населению, что содействует реализации профилактической направленности деятельности службы здравоохранения и является основополагающим принципом ее реформирования.

Еще одной значимой для здоровьесбережения сельского населения практикой можно считать воссоздание системы санаторно-курортного лечения и оздоровления лиц, работающих на селе, с использованием возможностей дополнительного социального страхования для этой категории граждан.

Таким образом, проведенный анализ основных методологических подходов к изучению проблемы здоровьесбережения сельского населения, позволяет сделать следующие заключения.

В отечественной научно-исследовательской традиции понятия здоровьесбережения и самосохранительного поведения рассматриваются как тождественные, что, на наш взгляд, является безосновательным, поскольку данные понятия представляют два важных исследовательских направления: здоровьесбережение используется в рамках психолого-педагогической

⁵⁶ World Health Organization. Global Forum for Health Research [Electronic resource]. – URL: http://www.who.int/oral_health/events/gf8/en/ (дата обращения: 21.10.2013).

концепции, в то время как самосохранительное поведение традиционно относится к сфере исследования социологии медицины.

Концептуализация понятия «здоровьесбережение» в рамках социологии медицины возможна на микро социологическом уровне исследования. При этом следует учитывать, что самосохранительное поведение в данном контексте может быть использовано в качестве элемента категориальной матрицы социологии медицины, на основе которого осуществляется введение понятия здоровьесбережения в сферу медико-социального исследования.

Изучение вопросов здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями в современной исследовательской практике носят фрагментарный характер и часто касаются отдельных регионов или обращаются к общим демографическим и медико-социальным показателям. При этом на периферии научного интереса оказывается ряд важных проблем здоровьесбережения, связанных со спецификой уклада жизни сельских жителей, неблагоприятными условиями труда, ограничениями возможностей получения квалифицированной медицинской помощи, а также определенным набором жизненных практик для поддержания здоровья данной социальной группы.

1.2. Институционализация системы медицинской помощи сельскому населению с профессиональными заболеваниями

Ретроспектива развития системы охраны здоровья и оказания медицинской помощи сельскому населению в России позволяет выделить наиболее плодотворный период организации здравоохранения и медицины, существовавший в СССР. Основными принципами были доступность медицинского обслуживания для всех граждан, централизация системы здравоохранения и социологизаторский подход к профилактике и лечению многих заболеваний. Одним из организаторов данной системы, совершенствовавшейся на протяжении нескольких десятилетий, является академик Н.А. Семашко.

В этот период было создано большое количество профилактических медицинских учреждений и организован ряд мероприятий профилактической направленности для различных социальных групп. В частности, для сельских жителей, такими учреждениями стали врачебные участки, наличие которых было обусловлено необходимостью контроля и предупреждения многих заболеваний инфекционно-социального характера. Основными функциями врачебных участков являлись: организация просветительской работы в области санитарии и гигиены; предупреждение распространения инфекционных заболеваний; осуществление систематического мониторинга в сфере охраны материнства и детства; формирование ценностной установки на собственное здоровье у населения⁵⁷.

В 1981 году вышел приказ Минздрава СССР «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений», в котором содержалось положение о фельдшерско-акушерских

⁵⁷ Профилактика // Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б. В. Петровский. – Москва : Сов. Энциклопедия, 1983. – Т. 21. – С. 250-254.

пунктах (ФАП) и определялись их функции и задачи⁵⁸. Согласно Положению, ФАП представляет собой амбулаторно-поликлиническое учреждение в сельской местности, осуществляющее профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на предупреждение заболеваний работников сельского хозяйства, в том числе инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний. Базовым медицинским учреждением сельского врачебного участка являлась участковая больница, к основной задаче которой относилось оказание первичной медицинской помощи сельским жителям.

Экономические, политические и социальные трансформации, происходящие в России в течение последних десятилетий, оказали деструктивное влияние на фундаментальные основы качества жизни населения, в частности, на процессы депопуляции населения, разрушение трудового потенциала, культурные изменения, состояние образования и здоровья. Особенно остро эти процессы отразились на жизни сельского населения. В результате реформирования резко сократилось производство сельскохозяйственной продукции, у большей части сельских жителей снизилась трудовая занятость и, соответственно, доход. Кроме того, в сельской местности сократилось число образовательных и медицинских учреждений. Все эти изменения сказались на маргинализации значительного количества сельских жителей, существовавших в основном за счет личного подсобного хозяйства, различных социальных пособий (по инвалидности или безработице), а также пенсионных выплат.

На современном этапе государственное финансирование социальной сферы и здравоохранения реструктурировано за счет перемещения части расходов на оказание медицинской помощи с федерального уровня на региональный. Несмотря на то, что состояние здоровья является важнейшим

⁵⁸ О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений : Приказ Минздрава СССР от 23.09.81 № 1000 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.zakonprost.ru/content/base/part/472424> (дата обращения: 15.06.2014).

показателем человеческого капитала, дифференциация социально-экономических условий жизни населения стала причиной снижения уровня здоровья населения. Многие медицинские услуги, основанные на современных технологиях, оказались недоступными для определенных слоев населения.

Еще с середины 50-х годов XX века благодаря возрождению идеи человеческого капитала в западной социально-экономической литературе, стало понятно, что здравоохранение наряду с образованием и накоплением производственного опыта является значительной инвестицией в человеческий капитал. Но, как указывает А.А. Хагуров, к 1990-м годам положение российского села достигло стадии системной социальной деградации. Так, в 8%-9% из 150 тысяч сельских населенных пунктов не проживало ни одного человека, еще в 20% проживало до 10 человек. Однако сельское хозяйство по-прежнему для многих регионов оставалось жизнеобеспечивающей отраслью, а Россия – аграрной страной⁵⁹.

Постепенно развивающиеся рыночные отношения в России способствовали укоренению социального неравенства между жителями города и сельских районов. Экономические и социальные условия жизнедеятельности сельского и городского населения существенно различаются, что отражается на доступности, уровне медицинского обслуживания и материальном положении граждан, и, как следствие – квалификации сельских жителей как одной из самых незащищенных категорий населения.

По данным Всероссийской переписи населения 2010 года, жители сельских районов составляют 26,3% от общего количества населения России (73,7% – городское население). Для большинства сельского населения основными источниками средств к существованию являются: личное

⁵⁹ Хагуров, А. А. Человеческий капитал современного российского села / А. А. Хагуров // Модернизация социальной структуры российского общества / отв. ред. З. Т. Голенкова. – Москва : Ин-т социологии РАН, 2008. – С. 195-220.

подсобное хозяйство (86,3%); различные пособия, в том числе по безработице (46,6% и 43,1% соответственно); пенсии, в том числе по инвалидности (28,8%, 36,2%); иждивение или помощь других лиц (28%)⁶⁰.

Низкая платежеспособность и социальная незащищенность сельских жителей является одной из важнейших проблем современного здравоохранения в России, поэтому реализация последовательной социально-ориентированной программы здравоохранения и социального развития села выступает важным показателем и условием эффективного функционирования сельского здравоохранения.

Актуальным вопросом современной системы медицинской помощи для сельского населения является вопрос о кадровом обеспечении, привлечении молодых специалистов и квалификации медицинских работников. Во многом это связано с низкой (с точки зрения специалистов) заработной платой медицинского персонала и/или с неудовлетворительными социально-бытовыми условиями. Проблема дефицита медицинских кадров в сельских учреждениях здравоохранения при отсутствии распределительной системы выпускников медицинских вузов в последние годы стала еще острее⁶¹. Ряд исследователей добавляет к этому фактору и необеспеченность сельских жителей скорой медицинской помощью в связи с постоянным недофинансированием сельского здравоохранения⁶².

Нехватка квалифицированных медицинских кадров, недостаточность технических возможностей районных поликлиник для диагностических исследований, неудовлетворенность пациентов работой врачей, территориальная удаленность медицинских учреждений, недостаток времени

⁶⁰ Социально-демографический портрет России : по итогам Всероссийской переписи населения 2010 года / Федеральная служба государственной статистики. – Москва : Статистика России, 2012. – С. 118-119.

⁶¹ Хагуров, А. А. Человеческий капитал современного российского села / А. А. Хагуров // Модернизация социальной структуры российского общества / отв. ред. З. Т. Голенкова. – Москва : Ин-т социологии РАН, 2008. – С. 195-220.

⁶² Иванинский, О. И. Экспертная оценка проблем неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи в сельских районах / О. И. Иванинский, И. В. Шарапов, М. А. Садовой // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 43-47.

у самих пациентов и низкий уровень их материального достатка, моральный и физический износ технического оборудования – все эти факторы способствуют значительному снижению медицинской активности сельского населения⁶³.

Важную роль в вопросах здоровьесбережения сельских жителей играет профилактика заболеваний, так как условия труда многих специалистов, занятых в сельском хозяйстве считаются вредными. Однако, как показал мониторинг условий труда и профессиональной заболеваемости работников Российской Федерации, профилактика заболеваний среди сельских жителей находится на низком уровне. Среди причин снижения профилактических мероприятий указываются специфика труда в сельской местности, удаленность медицинских учреждений, низкое материальное положение населения сельских районов, что сказывается на отказе многих жителей проходить регулярные медицинские осмотры в профилактических целях. Большая часть сельского населения прибегает к этим мерам профилактики только после установления факта заболевания⁶⁴.

Таким образом, социально-экономические проблемы обеспечения медицинской помощью жителей сельских районов, а также специфика трудовой деятельности в аграрном секторе экономики, приводящая к развитию различных профзаболеваний, являются основанием для реорганизации медицинской помощи, создания условий для ее доступности и возможности получения специализированных видов медицинских услуг, реализации мер по увеличению профилактической направленности медицинской деятельности в условиях сельской местности⁶⁵.

⁶³ Розенфельд, Л. Г. Медицинская активность населения, проживающего в сельской местности / Л. Г. Розенфельд, М. Г. Москвичева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 8-11.

⁶⁴ Онищенко, Г. Г. Состояние условий труда и профессиональной заболеваемости работников Российской Федерации / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2009. – № 1. – С. 29-33.

⁶⁵ Реформирование функционально-организационной структуры здравоохранения села / А. А. Калининская, В. В. Стрючков, А. К. Дзугаев, А. А. Кудрявцев // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 6. – С. 12-16.

С точки зрения Ю.Б. Паршукова, такая ситуация сложилась в результате реформы 1992 года, когда финансирование программы социального развития села в рамках программы «Возрождение русской деревни» было переведено с федерального уровня на местный⁶⁶. Кроме того, была упразднена Комиссия Правительства России по социальному развитию села, сокращены расходы Министерства сельского хозяйства на социальное обустройство сельских территорий. Все эти мероприятия были разработаны с учетом реалий кризисных тенденций развития российского села, происходящих в середине 80-х годов XX века⁶⁷. Низкий уровень качества жизни сельских жителей способствовал формированию значительных миграционных потоков, урбанизации сельского населения и снижению темпов обеспечения потребностей страны. В то время чувствовалась нехватка медицинских и образовательных учреждений, стали заметны проявления глубокого кризиса агропромышленного комплекса. В рамках реализации данных программ были приняты многочисленные постановления социального характера, в том числе по строительству объектов здравоохранения. Однако, несмотря на изменения, которые были внесены в закон «О социальном развитии села» в 1993 году, его положения практически не выполнялись. Региональные органы власти и местного самоуправления, не обладающие достаточными ресурсами, не смогли реализовывать или поддерживать предложенные Государством социально-экономические меры поддержки села.

В 1995 году был принят Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», определяющий основные задачи и функции местного самоуправления в обеспечении деятельности объектов социальной сферы: образовательных,

⁶⁶ Паршуков, Ю. Б. Государственная социальная политика в сельских поселениях современной России: политологический аспект : дис. ... канд. полит. наук / Ю. Б. Паршуков. – Ростов н/Дону, 2005. – 181 с.

⁶⁷ О социальном развитии села : закон РСФСР от 21.12.1990, № 438-1 (с изменениями от 28 апреля 1993 г.) [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4602/ (дата обращения: 13.03.2014).

культурных и медицинских учреждений. Но это не привело к положительным изменениям и положение сельского населения стремительно ухудшалось.

На современном этапе развития России приняты несколько социально-ориентированных федеральных и региональных программ развития села, в частности: Федеральные целевые программы «Социальное развитие села до 2010 года», «Социальное развитие села до 2013 года», «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года»; Федеральная программа «Земский доктор» (действует с 2011 г.); Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года (одна из главных целей – повышение доступности лекарственного обеспечения для жителей сельских поселений); Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года.

То есть, необходимые изменения в социальной политике были предприняты только в 2002 году с принятием Постановления Правительства Российской Федерации «О федеральной целевой программе «Социальное развитие села до 2010 г.». На первом этапе данная программа включала в себя совершенствование нормативно-правовой, организационно-управленческой и методической базы для создания условий и реализации социальных гарантий государства в отношении сельского населения. Второй этап Федеральной программы предусматривал переход к более высокому качеству жизни и созданию условий для устойчивого развития села. Необходимость принятия данной программы в отношении здравоохранения обосновывалась конкретными данными, в частности – сокращением фельдшерско-акушерских пунктов на 7%, участковых больниц на 41%. Была принята во внимание более низкая обеспеченность сельской местности амбулаторно-поликлиническими учреждениями в сравнении с городом (в 2,3 раза) и врачебными кадрами (в 4,7 раза).

К основной задаче федеральной целевой программы относится «улучшение состояния здоровья сельского населения путем повышения доступности и качества предоставления первичной медико-санитарной помощи, занятий физической культурой и спортом»⁶⁸. В качестве значимого индикатора выступает введение в действие районных и участковых больниц на 12 тыс. коек. Основным результатом реализации программы представляется в повышении доступности медико-санитарной помощи для сельских жителей и улучшение их здоровья. Реализация программы предполагала введение принципов развития общей врачебной практики, совершенствование материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений сельских районов и их кадрового потенциала, обеспечение скорой медицинской помощью, организацию выездных форм медицинской помощи. Наряду с этим, для организации и развития мероприятий профилактической направленности планировалась разработка программ развития физической культуры на муниципальном и региональном уровнях. В результате заболеваемость сельского населения должна была снизиться на 8-10%, обеспеченность больничными местами увеличиться до 69,5 койко-мест на 10 тысяч человек.

Реализация этих мероприятий требовала внесения изменений в финансирование программ. Согласно Постановлению Правительства РФ 2007 г. «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Социальное развитие села до 2010 года» на развитие здравоохранения в рамках реализации программы выделено 175 млн. руб. на первом этапе (2003-2005 гг.) и 1514 млн. руб. на втором этапе (2006-2010 гг.)⁶⁹. Так как программа предусматривает финансирование за счет средств федерального

⁶⁸ О Федеральной целевой программе «Социальное развитие села до 2013 года» : Постановление Правительства РФ от 3.12.2002 г. № 858 [Электронный ресурс]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64705/ (дата обращения: 15.03.2014).

⁶⁹ О внесении изменений в федеральную целевую программу «Социальное развитие села до 2010 года» : Постановление Правительства РФ от 17 сентября 2007 г. № 596 [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/2063081/> (дата обращения: 20.06.2014).

бюджета и бюджетов субъектов РФ, отдельные мероприятия программы реализовать не удалось, в том числе по развитию учреждений социального обеспечения села из-за дефицита бюджета на местах. В связи с недостаточным финансированием программы из местных бюджетов многие сельские поселения рассчитывали на поддержку общественных благотворительных организаций и частного бизнеса.

Другим барьером на пути реализации федеральной программы явилось отсутствие лицензий на оказание определенных медицинских услуг у некоторых медицинских учреждений в сельских районах, что не позволило им принять участие в национальных проектах. По данным К.С. Яппарова и А.А. Евсюкова, ряд проблем при проведении профилактических мероприятий возникает из-за отсутствия во многих сельских поселениях самих медицинских учреждений. В то время как условия трудовой деятельности на агропромышленных предприятиях предполагают проведение комплексной профилактики профессиональных заболеваний⁷⁰.

В рамках осуществления мероприятий, разработанных в федеральной целевой программе, в 2008 году состоялись парламентские слушания Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению, посвященные медико-социальным и правовым аспектам охраны здоровья сельских жителей. Участники слушаний в составе руководителей и членов Совета Федерации, представителей Минздравсоцразвития и Минсельхоза России, а также деятелей науки подчеркнули важность и своевременность обсуждения проблем здоровья сельских жителей, так как условия труда и проживания в сельских поселениях оказывают отрицательное воздействие на здоровье населения. Особого внимания заслуживает вопрос о необходимости дифференцированного подхода к развитию здравоохранения в разных регионах РФ с учетом специфики их развития, удаленности сельских

⁷⁰ Яппаров, К. С. Социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья работающего населения, проживающего в сельской местности / К. С. Яппаров, А. А. Евсюков // Санитарный врач. – 2012. – № 2. – С. 35-39.

поселений от районных поликлиник и центральных больниц и их труднодоступность⁷¹.

Данные ежегодного мониторинга Министерства сельского хозяйства РФ за 2007-2008 годы, проводимого совместно с Центром Всероссийского мониторинга социально-трудовой сферы села ВНИИЭСХ, свидетельствуют о наличии определенных позитивных изменений в демографической ситуации на селе, что, однако, не повлияло на изменение состояния здоровья сельских жителей. В аналитическом докладе «Состояние социально-трудовой сферы села и предложения по ее регулированию» констатируется, что 70,8% сельских жителей считают состояние своего здоровья удовлетворительным или плохим, 43% опрошенных отметили, что имеют хронические заболевания. Количество жителей, поступивших на лечение в областные, краевые и республиканские больницы, увеличилось. Результаты исследования выявили сокращение количества случаев оказания скорой помощи при выезде или амбулаторно в связи с износом техники и дефицитом кадрового состава. Отсутствие санитарного транспорта при участковых больницах или фельдшерско-акушерских пунктах и транспортного сообщения между отдаленными поселениями делает недоступной экстренную медицинскую помощь. Эти же причины служат препятствием обеспеченности лекарственными препаратами, кроме того, многие предприятия и частные предприниматели экономически не заинтересованы в открытии аптечных пунктов в отдаленных сельских поселениях. Однако, несмотря на низкий доход, увеличивается численность сельского населения, прибегающего к платным медицинским услугам. В целом отмечено, что для многих сельских жителей медицинское обслуживание по-прежнему недоступно из-за финансового положения и/или удаленности поселений, что

⁷¹ Аналитический вестник / [редкол.]: И. В. Михалёв (отв. ред.) [и др.] ; Совет Федерации Федерального собрания РФ. – Москва, 2009. – № 3 : Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты : (по материалам парламентских слушаний Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению). – 68 с. (Серия: Основные проблемы социального развития России ; [вып.] 110).

способствует снижению обращаемости за медицинской помощью и выбору сельским населением практик самолечения⁷².

Еще одной проблемой организации доступной квалифицированной медицинской помощи жителям сельских районов является лекарственное обеспечение. Развитая сеть фельдшерско-акушерских пунктов предполагала обязательным наличие при них аптек, реализацию лекарственных средств осуществлял фельдшер. Длительное время деятельность аптечных пунктов при ФАПах регулировалась приказом Минздрава СССР 1950 г. (с изменениями и дополнениями 1969 года), согласно которому предоставление помещения и материально-технического оснащения, необходимого для работы с лекарственными препаратами, осуществлялось участковой больницей. Контроль деятельности аптечных пунктов возлагался на районный здравотдел⁷³. Многие аптечные пункты, которые существовали при ФАПах, после принятия Федерального закона 2001 г. (№ 128-ФЗ) «О лицензировании отдельных видов деятельности» не смогли продолжить свою работу из-за отсутствия материально-технического обеспечения. Большинство ФАПов не соответствовали требованиям, предъявляемым к организациям, реализующим лекарственные препараты: отсутствие квалифицированных кадров, отсутствие лицензии, несоблюдение требований по нормативной документации.

Аналитический доклад осветил данные, подтверждающие рассогласованность между декларируемыми и реализованными в ходе Федеральной целевой программы мероприятиями (до 2010 г.). Так, отмечается увеличение уровня ввода медицинских учреждений в Центральном, Сибирском и Уральском федеральных округах, в то время как

⁷² Состояние социально-трудовой сферы села и предложения по ее регулированию : ежегодный доклад по результатам мониторинга 2008г. – Москва : Росинформагротех. – 2009. – Вып. 10. – 189 с.

⁷³ Положение об аптечных пунктах аптекоуправлений системы министерства здравоохранения СССР : Приказ от 9 августа 1950 г. № 674 Министерства Здравоохранения СССР [Электронный ресурс] // Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик. – URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4788.htm (дата обращения: 24.06.2014).

в некоторых округах этот уровень сократился (Южный ФО – на 3%, Приволжский ФО – на 62%)⁷⁴. Констатируется, увеличение количества амбулаторно-поликлинических учреждений во всех федеральных округах. Но реструктуризация системы здравоохранения привела к ухудшению положения лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих сельское население. За 2008 год число медицинских учреждений сократилось на 25,6%: произошло уменьшение численности амбулаторно-поликлинических учреждений, участковых и специализированных больниц, фельдшерско-акушерских пунктов, станций скорой помощи, аптек. С точки зрения Д.И. Торопова, эти изменения напрямую связаны с реорганизацией маломощных сельских учреждений здравоохранения и структурных подразделений районных больниц, а также сокращением численности обслуживаемого контингента и отсутствием соответствующих кадров»⁷⁵. Постоянное недофинансирование определило ухудшение материально-технического состояния большинства ФАПов – необеспеченность автотранспортом и подъездными дорогами, связью, водопроводом, размещение в зданиях, не соответствующих санитарным требованиям. В целом, по всем перечисленным показателям разрыв между городом и сельской местностью резко увеличился.

Предпринятые меры по обеспечению кадровым составом сельского здравоохранения не способствовали успешному решению данной проблемы, существующий дефицит медицинских кадров был связан с уменьшением численности среднего медицинского персонала и нежеланием молодых специалистов работать на селе по причине социально-бытовой или материальной необеспеченности. В ряде регионов местные органы власти ввели дополнительные меры поддержки работников сельского

⁷⁴ Состояние социально-трудовой сферы села и предложения по ее регулированию : ежегодный доклад по результатам мониторинга 2008г. – Москва : Росинформагротех. – 2009. – Вып. 10. – 189 с.

⁷⁵ Торопов Д. И. Доступность медицинского обслуживания сельского населения как фактор устойчивого развития сельских территорий / Д. И. Торопов // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. – 2009. – № 3. – С. 7-13.

здравоохранения: доплаты к заработным платам, предоставление или оплата жилья, целевые направления на обучение молодежи. Так, в 2009 году согласно Постановлению Правительства Саратовской области устанавливались выплаты стимулирующего характера персоналу ФАПов, фельдшерам, врачам, медицинским сестрам муниципальной системы здравоохранения. Эти меры планировалось осуществлять при условии «расширения объемов оказываемой помощи» и заключения дополнительного соглашения⁷⁶.

В рамках реализации федеральных программ в различных субъектах России принимались нормативно-правовые акты по социальному развитию села. Значительная социально-экономическая дифференциация регионов и количество нереализованных постановлений определило принятие решения о дальнейшем финансировании и реализации федеральной целевой программы «Социальное развитие села до 2013 года»⁷⁷. К приоритетным целям были отнесены следующие:

- развитие и совершенствование первичной медико-санитарной помощи;
- формирование центров общей врачебной практики;
- совершенствование материально-технической и нормативно-правовой базы;
- развитие выездных форм предоставления медицинской помощи;
- кадровое обеспечение отделений общей врачебной практики (семейной медицины);

⁷⁶ О порядке, размере и условиях осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам (акушеркам) и медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи муниципальной системы здравоохранения, а при их отсутствии на территории муниципального образования - учреждений и подразделений скорой медицинской помощи Саратовской области : Постановление Правительства Саратовской области от 2 февраля 2009 г. № 38-П [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/saratov/191019/> (дата обращения: 14.06.2014).

⁷⁷ О Федеральной целевой программе «Социальное развитие села до 2013 года» : Постановление Правительства РФ от 3.12.2002 г. № 858 [Электронный ресурс]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64705/ (дата обращения: 15.03.2014).

- проведение профилактических мероприятий посредством разработки программ различного уровня по развитию физической культуры и спорта.

Важно отметить, что при осуществлении данных целей предполагалось открытие сети медицинских учреждений в сельской местности, прежде всего, фельдшерско-акушерских пунктов. В целом указанные цели и задачи были направлены на снижение уровня заболеваемости сельских жителей, что позволило бы существенно снизить потери рабочего времени и расходы на оплату больничных листов Фонда социального страхования РФ.

Важным шагом в процессе оптимизации системы отечественного здравоохранения считается внесение изменений в развитие и становление общей врачебной практики на региональном уровне и в рамках университетского образования. Так, в 2002 году в Саратовском государственном медицинском университете им. В.И. Разумовского была открыта и лицензирована специальность «Общая врачебная практика/ Семейная медицина» по программе обучение в ординатуре. С начала действия национального проекта «Здоровье» к 2009 году было подготовлено 39 клинических ординаторов⁷⁸. А с 2005 года в Саратовской области осуществляется областная целевая программа «Семейная медицина», в результате реализации которой в 33 районах Саратовской области было организовано 99 отделений общей врачебной практики. Открытые отделения оснащены современным медицинским и компьютерным оборудованием, санитарным транспортом, обеспечены сертифицированными специалистами.

Но, основным барьером при переходе к принципам общей врачебной практики оказался комплекс правовых, экономических и организационных проблем. Несмотря на признание необходимости развития общей врачебной практики, мнения многих специалистов относительно сбалансированности и эффективности планируемой модели здравоохранения неоднозначны и

⁷⁸ Общая врачебная практика: этапы развития и роль Саратовского государственного медицинского университета в ее становлении на региональном уровне / П. В. Глыбочко [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 4, № 2. – С. 9-12.

противоречивы⁷⁹. Выступая в поддержку реформирования системы здравоохранения посредством развития семейной медицины, исследователи и общественные деятели отмечают необходимость реструктуризации и коренных изменений в самой системе предоставления первичной медицинской помощи и в ее управлении.

Переход к многопрофильной медицинской помощи по принципу семейной медицины с целью адаптации системы здравоохранения к рыночным условиям и ускорения реформирования был предпринят еще в 1992 году Приказом Минздрава РФ «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»⁸⁰. Указанный документ регламентировал порядок деятельности семейного врача, определял его квалификационные характеристики, устанавливал учебный план и программу подготовки специалистов, содержал положения о работе и квалификационные требования к медицинской сестре общей практики, а также учебную программу подготовки медицинской сестры, описание медико-технической оснащённости кабинета семейного врача. Таким образом, с учетом соблюдения всех требований и предписанных регламентов, отделения общей врачебной практики с квалифицированными многопрофильными специалистами должны были решить проблему медицинского обеспечения жителей районных и сельских поселений. Но, как указывалось ранее, дальнейшая реорганизация учреждений здравоохранения не способствовала улучшению ситуации.

Благодаря принятым в 2000-х гг. мерам как на федеральном, так и региональном уровнях, произошли определенные изменения в социально-трудовой сфере жизни сельских жителей, которые, однако не могли

⁷⁹ Комаров, Ю. М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? / Ю. М. Комаров // Здравоохранение. – 2008. – № 5. – С. 19-28.

⁸⁰ О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) : Приказ Минздрава РФ № 237 от 26.08.1992 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.zdrav.ru/library/regulations/detail.php?ID=26344> (дата обращения 25.06.2014).

обеспечить устойчивое развитие сельских территорий. Многие проблемы в области охраны здоровья жителей сельской местности, несмотря на принятые и реализуемые в последние годы приоритетные национальные проекты «Здоровье» и «Развитие АПК», Федеральные целевые программы «Социальное развитие села до 2010 года» и «Социальное развитие села до 2013 года» остаются нерешёнными.

Рассматривая вопросы институционализации системы медицинской помощи сельскому населению, нельзя обойти вниманием следующие рекомендации по охране здоровья сельских жителей, принятые в 2008 году в ходе Парламентских слушаний:

- регламентировать соответствующими нормативными документами вопросы организации медицинской помощи работающим на сельскохозяйственных предприятиях;
- предусмотреть дополнительные выплаты сельским врачам общей практики;
- обеспечить дополнительные меры социального страхования для бюджетных работников сельских организаций;
- разработать нормативно-правовую базу по лекарственному обеспечению сельских жителей;
- проанализировать актуальность создания «Школ здоровья» на основе общеобразовательных школ сельских поселений (с целью проведения профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни)⁸¹.

Данные рекомендации представляются актуальной попыткой расширения ресурсного потенциала институтов, включенных в процесс здоровьесбережения одной из наиболее уязвимых социальных групп – сельских жителей.

⁸¹ Аналитический вестник / [редкол.]: И. В. Михалёв (отв. ред.) [и др.] ; Совет Федерации Федерального собрания РФ. – Москва, 2009. – № 3 : Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты : (по материалам парламентских слушаний Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению). – 68 с. (Серия: Основные проблемы социального развития России ; [вып.] 110).

Вопросам формирования основ здорового образа жизни сельского населения уделяется большое внимание, что находит отражение в Приказе Минздравсоцразвития России «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (2009 г.)⁸². Центры здоровья должны базироваться на основе государственных лечебно-профилактических учреждений муниципальных образований. Согласно Приказу предполагалось, что для сельских жителей в рамках муниципального образования может быть организован проезд до Центра здоровья, расположенного в участковом ЛПУ. В плановом порядке такими Центрами могут организовываться мероприятия, направленные на формирование активной позиции сельских жителей по отношению к собственному здоровью. Представляется, что, для городских жителей работа Центров здоровья может быть более целесообразной и эффективной, чем для жителей села. Удаленность от областных или районных центров, недостаточное количество времени, а также несформированная конструктивная позиция по развитию здорового образа жизни у сельского населения инициируют дополнительные трудности при оценке задач и практической деятельности Центров здоровья в отношении исследуемой категории населения. Так, например, по данным, приведенным ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ⁸³, в Саратовской области существует 8 подобных центров, причем 6 из них находятся в областном центре, 2 – в

⁸² Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака (с изменениями и дополнениями) : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. № 597н [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://base.garant.ru/12169847/#ixzz3690azzl8> (дата обращения 17.06.2014).

⁸³ Центры здоровья [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mednet.ru/ru/zdorovyj-obraz-zhizni/uchrezhdeniya-deyatelnost-kotoryx-napravlena-na-formirovanie-zozh/czentry-zdorovyia.html> (дата обращения: 25.06.2014).

крупных муниципальных образованиях (г. Энгельс, г. Балашов). Подобная ситуация складывается и в других регионах.

В 2011 с принятием закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», детализировавшего различные аспекты модернизации отечественного здравоохранения в 2011-2012 гг.⁸⁴, была запущена программа «Земский доктор», ориентированная на стимулирование притока медицинских работников с высшим образованием в сельские районы. Идея стимулирования проста – молодой специалист в возрасте до 35 лет получает 1 млн. рублей после работы в сельской местности в течение 5 лет. Во многих регионах данная программа оказалась очень перспективной, однако, как показали исследования, за 2-3 года ее реализации не удалось элиминировать кадровый дефицит. В 2013 году к сельской местности были добавлены рабочие поселки. Данный проект продолжает действовать и в 2014 году; это направление является одним из наиболее актуальных и перспективных в дальнейшем развитии страны.

Понимание необходимости пролонгации проектов и специфики их реализации в разных регионах России способствовало принятию в 2013 году решения о долгосрочной программе «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года»⁸⁵. В основном, данная программа рассчитана на развитие аграрного сектора экономики страны, сельскохозяйственного производства, повышение престижности трудовой деятельности в сельской местности (посредством поощрения частных инициатив граждан, грантовой поддержки и активизации участия

⁸⁴ О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» : Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. N 369-ФЗ [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12092450/> (дата обращения 26.06.2014).

⁸⁵ О федеральной целевой программе «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года» : Постановление Правительства РФ от 15 июля 2013 г. № 598 [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ: информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70319016/> (дата обращения: 20.06.2014).

сельских жителей в реализации общественно-значимых проектов), развитие самоуправления, повышение демографических показателей и улучшение комфортности условий жизнедеятельности в целом. На решение последних задач направлено и усовершенствование системы здравоохранения. Отмечена территориальная доступность медицинских учреждений лишь для 49,4% сельского населения, для остальных сельских жителей они труднодоступны или совсем недоступны. Целевым индикатором этого пункта программы является создание условий для улучшения показателей демографической ситуации. С целью профилактики и мотивации к здоровому образу жизни запланировано строительство спортивных объектов и проведение спортивно-массовых мероприятий по традиционным для России видам спорта, проведение зимних и летних сельских спортивных игр, а также введение в действие 858 фельдшерско-акушерских пунктов или кабинетов общей врачебной практики, обеспечивающих необходимой медицинской помощью примерно 557 тыс. человек.

Несмотря на детализированное описание финансово-экономических показателей программы, целевых количественных индикаторов, методик оценки эффективности реализации программы, предложений об участии органов местного самоуправления в софинансировании отдельных мероприятий и механизмов повышения инициативности граждан, федеральная целевая программа не конкретизирует специальные меры по развитию здравоохранения в сельской местности⁸⁶.

Уже до окончания действия Федеральной целевой программы, рассчитанной до 2013 года, в документах Парламентских слушаний о развитии села была указана необходимость разработки и принятия Концепции развития здравоохранения до 2020 года, предусматривающей меры по выработке эффективного функционирования здравоохранения на

⁸⁶ Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать? Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020» / Г. Э. Улумбекова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

селе. Были приняты отдельные нормативные документы, в частности, Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года. Одна из основных целей данной стратегии – обеспечить контроль исполнения субъектами РФ Федерального закона «Об обращении лекарственных средств», где одной из главных задач является обеспечение лекарственными средствами сельских жителей и разработка конструктивных механизмов, предоставляющих возможность получения лекарственной и медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах и сельских поселениях.

Концепция развития здравоохранения РФ⁸⁷ включает в себя анализ демографической ситуации в РФ, характера и уровня заболеваемости; актуальные аспекты государственной политики по регулированию в этой сфере; анализ факторов риска заболеваемости населения и причин неэффективности первичной санитарно-медицинской помощи; характеристику системы организации медицинской и лекарственной помощи; меры по информатизации здравоохранения; информацию о планируемом кадровом обеспечении здравоохранения; описание нормативных документов.

Согласно Концепции совершенствование первичной медико-санитарной помощи планируется осуществлять посредством участкового принципа на амбулаторно-поликлиническом уровне, особенно в сельской местности и труднодоступных районах. С этой целью отмечается необходимость проведения профилактической работы с помощью формирования мобильных медицинских бригад со всем необходимым оборудованием. Профилактика и пропаганда здорового образа жизни должны стать приоритетными целями амбулаторно-поликлинических учреждений, так как могут служить средством повышения ответственности за сохранение

⁸⁷ Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года // Федеральный справочник. – Т. 12. – С. 119-148.

здоровья самих сельских жителей. В этой связи к основным задачам амбулаторно-поликлинических учреждений добавляется осуществление консультирования по вопросам поддержания здоровья среди различных групп населения (дети, семья, трудовой коллектив).

В Концепции анализируются барьеры, препятствующие эффективному функционированию и использованию возможности скорой медицинской помощи в нашей стране. Так, несвоевременность оказания медицинской помощи в муниципальных районах часто связана с территориальным принципом, а также с недостаточной укомплектованностью бригад скорой медицинской помощи квалифицированными специалистами. При этом, данную проблему предполагалось решать за счет создания мобильных бригад скорой помощи и развития кабинетов общей врачебной практики (семейной медицины), предупреждающих случаи экстренного обращения граждан за медицинской помощью.

В докладе об устойчивом развитии сельских территорий РФ 2014 года⁸⁸ представлены количественные показатели реализации предыдущих программ и причины невыполнения заявленных целевых индикаторов. К примеру, за период 2002-2013 гг. было введено 70,4% от запланированного количества районных и участковых больниц, увеличение посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 45,8% от запланированного объема, открытие фельдшерско-акушерских пунктов выполнено на 62,8% (всего открыт 751 пункт). Главными причинами невыполнения запланированных показателей считаются отсутствие финансирования из федерального бюджета в 2003 и 2004 годах и недофинансирование в 2005 году, а также несбалансированные расчеты по объему финансовой помощи в целом⁸⁹. В то же время, целевые программы предусматривали и участие со стороны

⁸⁸ Доклад об устойчивом развитии сельских территорий Российской Федерации / Государственный совет РФ, Совет при президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. – Москва, 2014. – 173 с.

⁸⁹ Там же.

региональных и муниципальных образований. Но, в связи с дифференцированным развитием регионов и недостаточной информации в федеральных документах представляется затруднительными предположить степень участия региональных бюджетов в реализации Федеральных целевых программ. Реализуемые в настоящий момент программы не всегда учитывают специфику региональных географических и природных условий, демографическое положение, социальные факторы.

Кроме того, существуют значительные различия по степени активности участия регионов, т.к. не все они выполняют свои финансовые обязательства перед Федеральным центром. По данным доклада о состоянии села на 2014 год, этот факт не связан с финансовыми возможностями регионов, а, скорее, «определяется позицией регионального руководства»⁹⁰, вынужденной мерой явилась пролонгация проекта стратегий развития села до 2030 года⁹¹.

Кроме того, во всех сферах социального обслуживания сельского населения должны быть определенные многоуровневые нормативы и стандарты, которые устанавливаются органами государственной власти на федеральном, региональном и муниципальных уровнях. Эта многоуровневость предполагает, что различные регионы могут устанавливать более высокие нормативы и стандарты, обеспечиваемые собственными средствами, в том числе – при участии частного бизнеса и благотворительных организаций. Такие стандарты должны учитывать природное, территориально-географическое, социально-экономическое положение региона и являться «важным инструментом объективной оценки условий жизнедеятельности сельского населения и реализации его конституционных прав»⁹².

⁹⁰ Доклад об устойчивом развитии сельских территорий Российской Федерации / Государственный совет РФ, Совет при президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. – Москва, 2014. – С. 97.

⁹¹ Там же.

⁹² Доклад об устойчивом развитии сельских территорий Российской Федерации / Государственный совет РФ, Совет при президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. – Москва, 2014. – С. 162.

Исследователи проблем здравоохранения на селе считают, что одной из причин несовершенства организации медицинской помощи сельским муниципальным образованиям является недостаточная проработанность нормативно-методической базы, которая бы регламентировала принципы деятельности ФАПов и общей врачебной практики (ОВП) в сельском здравоохранении⁹³. В то же время, первичная медико-санитарная помощь, построенная по принципу ОВП, развивается практически всем мировым сообществом. В последние годы в нашей стране этот вид медицинской помощи внедрялся достаточно медленно, однако, число врачей общей практики все же увеличилось. В некоторых регионах кабинеты семейной медицины пока еще не получили достаточного развития – в основном, это территориально отдаленные регионы, в которых более целесообразно организовывать деятельность мобильных медицинских бригад.

Нормативное несовершенство компенсировалось вышедшим в 2012 г. Приказом, который признает утратившим силу более ранний приказ Минздравсоцразвития РФ (2006 г.) об организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу⁹⁴. В приложениях к Приказу подробно регламентируются правила и нормативы организации медицинской помощи, включая центры семейной медицины, кабинеты врача общей практики и медицинской профилактики, мобильных медицинских бригад, дневного стационара, поликлиники, врачебной амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта. Во многом эти нормативы имеют самое непосредственное отношение к сельским муниципальным образованиям, включая в себя не только лечение, диагностику, реабилитацию, но и мероприятия по формированию здорового образа жизни, санитарно-

⁹³ Чижикова, Т. В. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению сельского муниципального района : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Чижикова. – Москва : Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава, 2010 – 31 с.

⁹⁴ Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70095856/#ixzz3beqrlhhr> (дата обращения 01.07.2014).

гигиеническому просвещению и профилактике. Приказ Министерства здравоохранения квалифицирует первичную медико-санитарную помощь как включающую в себя несколько уровней – доврачебный, врачебный и специализированный, формируемых по территориально-участковому принципу (на первых двух уровнях). Первичная медико-санитарная помощь становится основой функционирования здравоохранения, позволяя в то же время сократить затраты населения на высокотехнологичное медицинское обслуживание на последующих этапах – тем самым сохраняется экономическая доступность медицины для сельских жителей.

Деятельность фельдшерско-акушерских пунктов организуется непосредственно для оказания первичной доврачебной помощи сельским жителям в населенных пунктах с численностью от 300 до 700 человек, включая детей. Согласно настоящему Приказу в числе многочисленных функций ФАПам разрешена реализация лекарственных средств при отсутствии аптечных пунктов на территории поселения. Исполняя Приказ Минздрава РФ, в Саратовской области уже в 2013 году построили 2 новых ФАПа, а в рамках реализации ФЦП «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года» планируется открыть еще 49 модульных фельдшерско-акушерских пунктов⁹⁵.

В большинстве проанализированных документов восстановление сельского здравоохранения и активизация позиции сельских жителей по формированию здорового образа жизни связываются с проведением лечебно-профилактическими учреждениями и кабинетами общей врачебной практики мероприятий профилактической направленности и пропагандой физической культуры и спорта. Важность просветительской и профилактической работы системы здравоохранения может быть аргументирована тем, что показатели здоровья определяются не только внешними условиями и факторами, но и

⁹⁵ В селах планируется построить 49 медпунктов [Электронный ресурс] – URL: <http://news.sarbc.ru/main/2014/01/29/148802.html> (дата обращения: 14.06.2014 г.).

образом жизни людей, системой взглядов и ценностей, реализующихся в различных поведенческих моделях по отношению к собственному здоровью⁹⁶. Чтобы здоровый образ жизни отдельного человека формировался как культурная традиция, необходимо выстраивать такую систему здравоохранения, которая базировалась бы не только на здоровьесберегающей медицине, но и на индивидуальных установках самих граждан. В связи с неблагоприятными условиями труда в сельскохозяйственном секторе экономики для работающего сельского населения это имеет особое значение.

Обратимся к Федеральному закону 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями)⁹⁷, определяющему правовые, экономические и организационные основы охраны здоровья граждан, их права и обязанности в данной сфере, гарантии их реализации. Важным моментом, на наш взгляд, является закрепление в законе полномочий и ответственности властей, прав и обязанностей медицинских и фармацевтических организаций, а также медицинских работников. Базовыми принципами охраны здоровья являются доступность и качество медицинской помощи, недопустимость отказа в ней, приоритет интересов пациента при ее оказании, а также охраны здоровья детей и меры профилактики. Итак, данный закон впервые закрепляет за гражданами обязанность заботиться о сохранении своего здоровья.

Кроме того, в рассматриваемом документе уделяется внимание правам и обязанностям работников, занятых в отдельных видах работ (в том числе с вредными и/или опасными производственными факторами), и работодателей в сфере охраны здоровья. К основным мероприятиям, направленным на охрану здоровья, сохранение способности к труду, предупреждение и

⁹⁶ Ефименко, С. А. Влияние образа жизни на здоровье / С. А. Ефименко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 1. – С. 8.

⁹⁷ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL:<http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1:1> (дата обращения 26.06.2014).

своевременное выявление профессиональных заболеваний сельских жителей относятся следующие:

- прохождение работниками медицинских осмотров, медицинского обследования и лечения, а также принятие мер по профилактике заболеваний (особенно для граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих);
- соблюдение режима лечения и правил поведения пациента в медицинских организациях в период временной нетрудоспособности и при прохождении курса лечения;
- обеспечение работодателем условий для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации;
- признание временной или постоянной профессиональной пригодности работника к выполнению отдельных видов работ по состоянию здоровья на основании результатов экспертизы врачебной комиссии;
- введение работодателем в штат должности медицинских работников и создание подразделений (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинскую часть и др.) для оказания медицинской помощи работникам.

Итак, мероприятия по профилактике различных заболеваний и формированию здорового образа жизни трудоспособного сельского населения должны осуществляться не только органами государственной власти, местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями и физкультурно-спортивными организациями, но и на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. Важное направление – предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление заболеваний, а также снижение риска их развития, устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, создание условий для формирования здорового образа жизни, в том числе занятий физической культурой и спортом.

В 2012 году специалистами «Центра гигиены и эпидемиологии в Саратовской области» и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека был представлен доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области в 2011 году». Согласно приведенным данным, в сельскохозяйственном производстве зафиксирован наибольший процент предприятий, соответствующих крайне неблагоприятным условиям для трудовой деятельности – 5,8% (при условии, что подавляющая часть относится к предприятиям с удовлетворительными или неблагоприятными условиями труда)⁹⁸. В первую очередь, речь идет о большой доле ручного труда и значительном недофинансировании, приводящем к износу сельскохозяйственной техники и ее несоответствию санитарным нормам. В результате это приводит к превышению допустимого уровня шума и вибрации на рабочих местах механизаторов и, как следствие, – к профессиональным заболеваниям. В последние годы фиксируется рост заболеваемости среди сельских жителей, в том числе уровень первичной заболеваемости, которая возросла на 13,6%.

В структуре профпатологии наибольший процент лиц, имеющих профзаболевания, – это трактористы-машинисты сельского хозяйства⁹⁹. В настоящий момент сократились объемы машиностроения в сельском хозяйстве, а поскольку сельскохозяйственная техника обновляется достаточно медленно, возрастает нагрузка на 1 единицу технического средства. Эти факты свидетельствуют о процессе деиндустриализации аграрного производства. Высокий износ техники повышает степень риска при ее эксплуатации для здоровья механизаторов сельского хозяйства.

⁹⁸ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области в 2011 году : государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Саратовской области, Центр гигиены и эпидемиологии в Саратовской области. – Саратов, 2012. – С.30.

⁹⁹ Райкин, С. С. Физиолого-гигиеническая оценка условий труда механизаторов сельского хозяйства / С. С. Райкин // Санитарный врач. – 2013. – № 9. – С. 55-57.

По данным Управления Роспотребнадзора Саратовской области «в 2011 году 17,32% обследованных рабочих мест не соответствовали гигиеническим требованиям по шуму, 19,46% – по вибрации, 10,4% – по микроклимату, 6,97% – по освещенности». Высокий процент профессиональных заболеваний регистрируется и среди женщин, занятых в сельском хозяйстве – 63,6% от общего числа женщин с установленным профзаболеванием¹⁰⁰. Основные причины: ручной труд; несоблюдение противоэпидемических и ветеринарных норм; отсутствие вспомогательных технических средств.

Отмечено сокращение числа впервые установленных диагнозов профессиональных заболеваний в последнее время. Это связано как с нежеланием сельского населения трудоспособного возраста «согласиться» с постановкой диагноза «профзаболевание» из-за риска потери материального источника существования (работы), так и с недостаточным количеством или низким качеством проводимых профилактических медицинских осмотров¹⁰¹.

Согласно 41 статье Конституции РФ каждый гражданин имеет право на оказание ему бесплатной медицинской помощи и охрану здоровья в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. При этом здоровье понимается как состояние, достигаемое мерами экономической, политической, правовой, медицинской, социальной, санитарно-гигиенической направленности.

Нормативное обоснование для создания многофункциональной эффективной системы медико-санитарной и профилактической помощи, обусловленное социально-экономической, демографической необходимостью, развивается и регулируется государством на протяжении двух последних десятилетий. Однако, и раньше (в конце 1980-х годов)

¹⁰⁰ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области в 2011 году : государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Саратовской области, Центр гигиены и эпидемиологии в Саратовской области. – Саратов, 2012. – С.32.

¹⁰¹ Там же.

охрана труда и здоровья сельского населения регулировалась нормами трудового законодательства или правилами внутреннего распорядка (в колхозах), определяя, таким образом, роль работодателя в вопросах здоровьесбережения персонала. Отдельные отрасли сельского хозяйства регламентировались специальными правилами, например, документами о безопасности при производстве и обработке продукции растениеводства и животноводства, при обслуживании технического оборудования, нормативами работы с пестицидами¹⁰². Одновременно законодательно запрещалось использование женского физического труда при тяжелой или опасной работе.

В 2001 году на основе Конвенции, разработанной в Женеве Международной организацией труда, о гигиене труда в сельском хозяйстве в нашей стране принята соответствующая Рекомендация, в которой отсутствует прямой запрет на женский труд в условиях вредных для здоровья, но указывается на необходимость принятия мер оценки рисков для безопасности и здоровья работниц.

Таким образом, разработка методов, механизмов и практических рекомендаций по минимизации профессионального риска здоровью работников аграрного производства представляется важнейшей задачей государства при формировании и развитии сельского здравоохранения, а также сельской гигиены, изучающей условия труда и разрабатывающей нормативные требования по санитарному состоянию сельских населенных пунктов с целью поддержания здоровья.

Научным обоснованием развития стратегий охраны и поддержания здоровья сельского населения занимается Федеральное бюджетное учреждение науки НИИ сельской гигиены, созданный еще в 1931 году на базе Саратовской городской санитарно-бактериологической лаборатории. На

¹⁰² Денисов, Л. А. Становление санитарного законодательства в России / Л. А. Денисов // Санитарный врач. – 2013. – № 10. – С. 14-28.

современном этапе данный институт является главным в РФ по формированию научного фундамента по охране здоровья жителей села. В рамках деятельности Саратовского НИИ сельской гигиены выполняются научно-исследовательские работы, направленные на совершенствование системы гигиенической безопасности, разработку мероприятий по мониторингу и управлению рисками для здоровья сельского населения, оптимизацию профпатологической помощи, совершенствование системы профилактики заболеваний сельскохозяйственных работников. Помимо этого, значительное внимание уделяется вопросам оптимизации условий труда в основных отраслях сельского хозяйства, систематизации и анализу данных о профессиональных заболеваниях работающих сельских жителей.

Кроме того, осуществляется подготовка научных кадров высшей квалификации, проводятся соответствующие научные мероприятия и конференции, направленные на обсуждение проблем охраны здоровья сельских жителей. Так, в 2011 году была проведена межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы гигиенической оценки и управления рисками здоровью сельского населения и работников сельского хозяйства»¹⁰³. Участники обсудили состояние здоровья сельского населения в результате воздействия природных и антропогенных факторов, организационные проблемы реабилитации работающих граждан села, имеющих профзаболевания, качество жизни и репродуктивное здоровье, необходимость проведения диагностики и профилактики профессиональных заболеваний.

В рамках многопрофильной работы специалистами Саратовского НИИ сельской гигиены разрабатываются и пересматриваются санитарные правила и нормы, устанавливающие гигиенические требования к условиям трудовой

¹⁰³ О проведении межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы гигиенической оценки и управления рисками здоровью сельского населения и работников сельского хозяйства»: Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 7 июля 2011 г. № 654 [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ: информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4093001/> (дата обращения: 15.05.2014).

деятельности женщин, использованию сельскохозяйственной техники и требования к организации труда в различных отраслях аграрного производства. Регулярно выпускаются методические рекомендации регионального и федерального уровней внедрения, создаются информационно-методические документы по вопросам профилактики заболеваний и совершенствования санитарно-гигиенических условий проживания сельского населения¹⁰⁴.

Кроме вышеупомянутых разработок и мероприятий, в докладе «О санитарно-гигиенической обстановке Саратовской области в 2011 году» представлены итоги деятельности Саратовского НИИ сельской гигиены в научно-производственной сфере, научно-методической и практической помощи учреждениям здравоохранения¹⁰⁵. Примером может служить проведение периодических медицинских осмотров и реабилитационных мероприятий среди работников сельского хозяйства; организация выездных семинаров и консультативная помощь первичному звену службы сельской профпатологии, научно-методическая помощь учреждениям Роспотребнадзора. То есть научно-исследовательская работа является важным направлением деятельности практического здравоохранения, включая в себя не только теоретические исследования, но и внедрение научных результатов в практическую работу медицинских учреждений, прежде всего, на региональном и муниципальном уровнях.

Таким образом, развитие научных, методических и нормативно-правовых форм организации медико-санитарной, профилактической, профпатологической помощи сельскому населению должно стать стимулом к изменению самой идеологии сельского здравоохранения, которая выступает

¹⁰⁴ Спирин, В. Ф. Гигиенические аспекты управления профессиональными рисками у работников сельского хозяйства / В. Ф. Спирин, Т. А. Новикова, Е. Г. Герштейн // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 1. – С. 19-20.

¹⁰⁵ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области в 2011 году : государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Саратовской области, Центр гигиены и эпидемиологии в Саратовской области. – Саратов, 2012. – С.375.

основой стабильности и сохранения человеческого капитала. Реализуя те же принципы, которые лежат в основе медицинской помощи городскому населению, при формировании системы сельского здравоохранения необходимо учитывать территориальные особенности и плотность расселения, специфику сельскохозяйственного труда, образ жизни сельских жителей. Эти аспекты отражаются на возможности получения специализированной медицинской помощи, обеспеченности квалифицированными кадрами, необходимости разработки специальных нормативов медицинского обеспечения (например, в зависимости от плотности населения и удаленности сельских поселений от муниципальных или региональных центров). Именно поэтому, на наш взгляд, в Федеральных программах и законах указываются минимальные и максимальные границы нормативов по организации медицинской помощи сельским жителям (например, нормативы о численности населения при создании фельдшерско-акушерских пунктов или центров общей врачебной практики).

По итогам главы можно сделать следующие выводы:

Основные теоретические подходы к изучению проблемы здоровьесбережения сельского населения характеризуются дифференциацией объектов исследования в таких областях научного знания как медицина, психология, педагогика, социология. При этом наблюдается отождествление понятий «здоровьесбережение» и «самосохранительное поведение».

Исследования вопросов поддержания здоровья сельских жителей с профессиональными заболеваниями фрагментарно представлены в работах, посвященных общим демографическим и медико-социальным проблемам населения. Важное значение для изучения здоровьесбережения данной социальной группы имеет учет таких специфических особенностей как уклад жизни сельского населения, неблагоприятные условия труда, неравный доступ к получению квалифицированной медицинской помощи,

существующие практики поддержания здоровья, часто приводящие к самолечению.

В процессе институционализации системы медицинской помощи сельскому населению с профессиональными заболеваниями выделяется наиболее плодотворный период организации здравоохранения и медицины, существовавший в СССР. Система медицинской помощи, основанная на принципах доступности для всех граждан, централизации здравоохранения и социологизаторском подходе к профилактике и лечению многих заболеваний, способствовала формированию у населения убеждения об ответственности государства за здоровье своих граждан, что привело к снижению ценности здоровья и перемещению ценности здоровья в разряд инструментальных.

Разнонаправленность социальных, экономических, нормативных и научно-методических положений и мероприятий по организации системы сельского здравоохранения привела к осознанию необходимости выработки интегрированного подхода, позволяющего контролировать сбалансированность теоретических разработок и практических действий не только на Федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Реализация реформ современного отечественного здравоохранения, осуществляемых на практике различными субъектами Российской Федерации с учетом региональной специфики, является основанием для формирования самостоятельной службы, которая бы осуществляла многочисленные функции, способствующие систематизации медико-санитарной, профилактической, гигиенической, профпатологической помощи сельским жителям.

Единая стратегия в организации оказания первичной медицинской помощи сельским жителям с профессиональными заболеваниями, в том числе на базе фельдшерско-акушерских пунктов, осуществление контроля за выполнением государственных программ, оптимизация кадрового

обеспечения сельского здравоохранения будут способствовать не только улучшению качества и доступности медицинской помощи данной социальной группе, но и изменению патерналистских установок сельского населения и работодателей в отношении здоровья.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В главе представлены результаты авторских эмпирических исследований современных барьеров здоровьесбережения (на институциональном и индивидуальном уровнях) и особенностей формирования ценностных ориентаций в отношении сохранения здоровья сельского населения с профессиональными заболеваниями.

2.1. Барьеры здоровьесбережения в репрезентации экспертов и сельских пациентов, имеющих профессиональные заболевания

Исследовательское внимание к проблеме здоровьесбережения сельского населения в процессе профессиональной деятельности объясняется необходимостью повышения общего уровня жизни жителей села. Это, в свою очередь, обусловлено острой необходимостью в экстренном возрождении предприятий агропромышленного комплекса по всей стране. Вопросы здоровьесбережения непосредственным образом связаны с уровнем профессиональных заболеваний сельских жителей, а также их своевременной диагностикой, профилактикой и лечением. Однако в данном направлении наметилась серьезная тенденция к формированию новых и усилению имеющихся факторов, затрудняющих оказание своевременной медицинской помощи сельскому населению, страдающему профессиональными заболеваниями. Данные факторы могут рассматриваться в качестве барьеров здоровьесбережения, препятствующих реализации здоровьесберегающих технологий и формированию у населения культуры поддержания собственного здоровья.

Необходимо отметить, что в отечественной исследовательской литературе проблеме барьеров здоровьесбережения рассматриваемой группы населения уделяется недостаточное внимание, в отличие, например, от западных исследований¹⁰⁶. В иностранных источниках отмечается, что сельские жители сталкиваются с уникальным сочетанием факторов, создающих неравенство в сфере здравоохранения, отсутствующее в городах¹⁰⁷. В частности, особый акцент делается на экономических и социальных факторах, образовательных и культурных различиях, а также отсутствии или слабости законодательной базы и явной изоляции населения, проживающего в отдаленных сельских районах¹⁰⁸. Все это становится основой барьеров здоровьесбережения сельского населения, тормозящих реализацию имеющихся практик поддержания здоровья.

Практически любой аспект социальной жизни способен детерминировать здоровье граждан и, таким образом, становится значимым и определяющим в формировании здоровьесберегающих стратегий населения. ВОЗ определила ключевые детерминанты здоровья, которые заслуживают особого внимания. Важное место среди них занимает социальный статус, который определяется, в первую очередь, сочетанием таких характеристик как благосостояние, образование, профессия и образ жизни. Во вторую очередь, оно может зависеть от таких факторов как этническая принадлежность, идентичность и случайность. Каждый из перечисленных факторов в отдельности или в комбинации может оказывать положительное или отрицательное влияние на здоровье человека. Независимо от того, какой маркер социального статуса (доход, образование, род занятий или власть), или какой индикатор здоровья (продолжительность жизни, смертность,

¹⁰⁶ Ababa, M. Health-Risk Behaviors in Agriculture and Related Factors, Southeastern Anatolian Region of Turkey // J. Agromedicine. – 2014. – № 19. – P. 364-372.

¹⁰⁷ Ensor, T. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side / T. Ensor, S. Cooper // Health Policy Plan. – 2004. – Vol. 19, № 2. – P. 69-79.

¹⁰⁸ Callahan, D. How much medical progress can we afford? Equity and the cost of health care / D. Callahan // J. Mol. Biol. – 2002. – Vol. 319, № 4. – P. 885-890.

заболеваемость или самооценка здоровья) используется, в ряде исследований доказывається, что люди с более высоким социальным статусом имеют более крепкое здоровье. То есть очевидной представляется тенденция укоренения социального неравенства в отношении здоровья населения^{109,110,111}.

Наиболее очевидным по своему воздействию на здоровье человека является такой фактор как доход, описываемый в относительных или абсолютных величинах. Абсолютная бедность предполагает отсутствие ресурсов для удовлетворения основных потребностей в жилье, пище, одежде, образовании. Людям, живущим в бедности, не хватает ресурсов и возможностей, чтобы сделать выбор в пользу здоровья. Бедность может повлечь за собой существование человека в опасной для здоровья окружающей среде. Абсолютная бедность является ведущим фактором, определяющим здоровье в странах с низким уровнем дохода населения. В развитых странах, однако, это не только бедные слои населения, которые страдают от социального неравенства в отношении здоровья. Существование градации в области здравоохранения по группам доходов показывает, что относительный доход, а не абсолютную бедность, следует использовать при анализе неравенства в отношении здоровья в странах со средним и высоким уровнем дохода населения. Относительная бедность означает уровень доходов, значительно более низкий, чем у других групп населения и выходит за рамки простого двоичного отличия богатого от бедного.

Образование – одна из многих характеристик, способствующих, с одной стороны, повышению социального статуса, а с другой – зависящих от него. Социальное положение человека в детстве влияет на его доступ к образовательным возможностям. В результате получение образования сказывается на социальном положении человека по-разному: открывает

¹⁰⁹ Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations / ed. by Robert G. Evans, Morris L. Barer, and Theodore R. Marmor. – New York : Aldine de Gruyter, 1994. – 378 p.

¹¹⁰ White, K. An introduction to the Sociology of Health and Illness / K. White. – SAGE Publishing, 2002. – 196 p.

¹¹¹ Phillips, A. Health status differentials across rural and remote Australia / A. Phillips // Aust. J. Rural. Health. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 2-9.

возможности для трудоустройства, определяет и/или влияет на доход, а также место и условия проживания. Каждый из этих факторов косвенно влияет на здоровье человека. Однако образование помогает человеку ориентироваться в системе здравоохранения, интерпретировать медицинскую информацию и эффективно общаться с врачами и другими специалистами. «Медицинская грамотность» предполагает способность пациента понимать полученную от врача информацию и следовать его рекомендациям. Уровень образования также может выступать в роли риска здоровьесбережения при определенных условиях.

Социальная поддержка также оказывает положительное влияние на здоровье человека. Это источник эмоциональной уверенности и возможности для человека обсудить свои проблемы, помочь ему справиться со сложными жизненными ситуациями. Согласно западным исследованиям, самооценка здоровья положительно связана с наличием сильных социальных контактов, с принадлежностью к организации, с взаимностью и добровольностью¹¹².

Та же взаимосвязь между социальной средой и здоровьем существует и на популяционном уровне: здоровые сообщества формируют социальные связи, которые помогают им решать многие социальные и экономические вопросы. Социальный капитал предполагает готовность людей сотрудничать в группах и участвовать в коллективной деятельности, которая усиливает доверие и уверенность в добрососедских отношениях. Напротив, отсутствие социального капитала характеризуется нежеланием сотрудничать с другими группами, которые рассматриваются как «отличающиеся», и, как правило, возникают там, где есть серьезные различия в доходах и восприятии социального неравенства. Исследование И. Кавачи с соавторами показало, что низкий социальный капитал связан с более высокой смертностью, в то время как участие в социальных группах и коллективной деятельности

¹¹² Lynam, M. Health as a socially mediated process: theoretical and practice imperatives emerging from research on health inequalities / M. Lynam // ANS Adv. Nurs. Sci. – 2005. – Vol. 28, № 1. – P. 25-37.

приводит к снижению показателей заболеваемости и смертности по причинам активизации социальных связей¹¹³.

ВОЗ признает роль трудовой занятости, достойной работы и справедливой заработной платы в проблемах здоровья и выступает за честную минимальную оплату труда, полную занятость и профессиональные стандарты здоровья и безопасности¹¹⁴.

Подчеркнем, что профессиональные заболевания представляют собой нарушения здоровья и являются результатом влияния на индивида условий производственной среды, формирующихся под воздействием физических, химических и психологических опасностей. Подобные риски, а также лечение и профилактика заболеваний, обусловленных трудовой деятельностью, образуют сферу профессиональной медицины. Профессиональные заболевания усугубляются условиями труда пациента. Но, помимо этого, сердечнососудистые нарушения или остеохондроз, например, могут развиваться в долгосрочной перспективе в отсутствие воздействия производственной среды, усиливающей данные заболевания. Важно также отличать профессиональные заболевания от профессиональных травм (переломы, растяжения, ожоги, ушибы и т.д.), приобретенных на рабочем месте. Производственный травматизм определен результатом воздействия механических факторов и связан с нарушением правил безопасности. Производственные травмы являются основными источниками инвалидности и смертности на сегодняшний день.

Сфера охраны труда включает в себя управление и профилактику профессиональных заболеваний и травм, а также улучшение параметров трудовой деятельности в целом. Она основана на идее взаимозависимости труда и здоровья.

¹¹³ Social determinants of health: the solid facts / ed. by R. Wilkinson, M. Marmot. – 2nd ed. – Geneva : World Health Organization, 2003. – 32 p.

¹¹⁴ Social capital, income inequality and mortality / I. Kawachi [et al.] // Am. J. Public Health. – 1997. – Vol. 87, № 9. – P. 1491-1498.

Влияние окружающей среды на здоровье может быть как положительным, так и отрицательным и охватывать широкий круг факторов, начиная с глобального изменения климата и заканчивая региональными проблемами, в том числе и факторами локальной антропогенной среды. Большинство медицинских исследований фокусируют внимание на негативных аспектах окружающей среды: воздействие загрязняющих веществ в воздухе, воде, почве, пище приводит к возникновению у людей множества хронических и инфекционных заболеваний. Так, D. Gautrin в своих исследованиях доказал, что во многих производственных помещениях воздух может содержать асбест, плесень, радон, окись углерода и метан, негативно влияющие на здоровье человека. Понятие «синдром больных зданий» описывает широкий спектр заболеваний, возникающих у людей, живущих и работающих в закрытых помещениях с низким качеством воздуха^{115,116}.

Еще одним немаловажным фактором, влияющим на здоровье человека, является архитектурная среда. Перенаселенность городов все чаще рассматривают в качестве риска возникновения хронических заболеваний, особенно, респираторных болезней, ожирения, стрессов, связанных с транспортными пробками и высоким уровнем шума.

Нельзя обойти вниманием гендерные особенности в здоровьесбережении: различия между биологическими полами наряду с разницей в распределении других детерминант здоровья (образ жизни, социальный статус, доступ к медицинским услугам) способствуют увеличению гендерной дистанции.

¹¹⁵ Gautrin, D. Risk factors, predictors, and markers for work-related asthma and rhinitis / D. Gautrin, J. L. Malo // *Curr. Allergy Asthma Rep.* – 2010. – Vol. 10, № 5. – P. 365-372.

¹¹⁶ Под термином «синдром больных зданий» (СБЗ) следует понимать появление различных жалоб и признаков нарушения здоровья у людей вскоре после вселения в законченные строительством новые административные или жилые здания. Считается, что основной причиной возникновения проблемы СБЗ является увеличение степени герметичности (уменьшение притока наружного воздуха) и широкое применение синтетических материалов при строительстве и мебелировке современных, в первую очередь офисных помещений.

Достижения в области здравоохранения значительно расширили возможности сохранения здоровья и достижения долголетия. Изобретение антибиотиков, антисептиков, развитие хирургии, а также стремительное развитие фармацевтики открыли новые перспективы в лечении широкого спектра заболеваний. На уровне населения меры общественного здравоохранения и профилактики болезней внесли значительный вклад в спасение жизней и улучшение здоровья людей. Частично снижение заболеваемости было достигнуто благодаря неспецифическим средствам, таким как улучшение жилищных условий, питания, введение новых законодательных мер, позволяющих уменьшить распространение ряда заболеваний.

Анализ современных барьеров здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями построен на результатах следующих эмпирических исследований.

1. Анкетный опрос с использованием авторской анкеты «Отношение больных с профзаболеваниями, проживающих в сельской местности, к практикам здоровьесбережения». Исследование проводилось в течение пяти месяцев 2013 года (12.01.2013-12.06.2013 г.) в один этап. В фокусе исследования находились пациенты с такими профессионально обусловленными заболеваниями как болезни опорно-двигательного аппарата, вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость, хроническая обструктивная болезнь легких, бруцеллез, проходившие лечение в стационаре клиники профессиональных заболеваний ФГУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора. Целевая выборка составила 326 респондентов: доверительная вероятность – 95%, доверительный интервал $\pm 3\%$. Гендерная характеристика выборки: 215 мужчин, 111 женщин. Возрастной диапазон респондентов: 35-60 лет. Статистический анализ полученных результатов исследования осуществлялся с использованием

прикладных программ Microsoft Excel и пакета программ SPSS Statistics 17.0 for Windows (*Приложение 1*).

2. Полуструктурированное экспертное интервью «Барьеры здоровьесбережения сельских пациентов с профессиональными заболеваниями», проведенное в период с 2013 по 2014 год. Выборку для исследования составили 10 экспертов – врачи различных специальностей терапевтического, неврологического и консультативно-поликлинического отделений клиники профессиональных заболеваний ФБУН Саратовского научно-исследовательского института сельской гигиены Роспотребнадзора. Гендерная характеристика выборки: 6 мужчин, 4 женщины. Стаж работы в качестве практикующего врача в сфере профпатологии: 10-35 лет (*Приложение 2*).

Согласно Аналитическому докладу «О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году» в области по состоянию на начало 2014 года общее количество профессиональных больных составляло 3727 чел., из них работников сельскохозяйственных предприятий – 1832 чел. (49,2%). Доля профессиональных заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, в 2013 г. увеличилась до 81,6% (в 2012 г. – 80,3%). Наиболее высокие показатели профессиональной заболеваемости регистрируются именно в сельском хозяйстве – 48,6%¹¹⁷.

По данным отчета ФБУН Саратовского НИИ СГ Роспотребнадзора, структура заболеваемости отражает следующее распределение основных профессионально обусловленных болезней среди работников АПК,

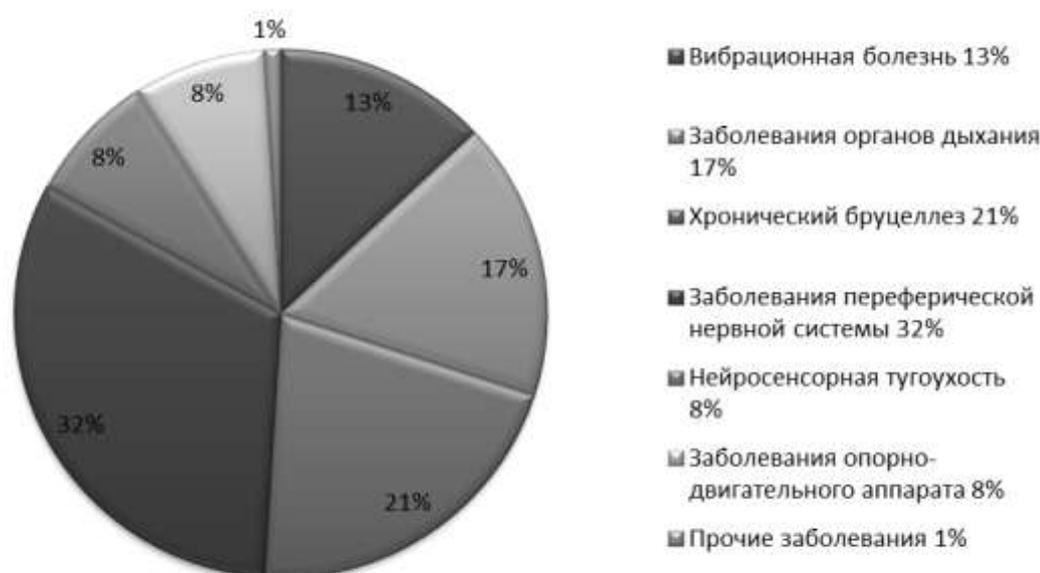
¹¹⁷ О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году [Электронный ресурс] / Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области. – URL: http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209 (дата обращения: 15.05.2014).

находящихся на лечении в данном медицинском учреждении на 01.01.2013 г.

(Рис. 1.):

- заболевания периферической нервной системы;
- хронический бруцеллез;
- заболевания органов дыхания;
- вибрационная болезнь;
- заболевания опорно-двигательного аппарата;
- нейросенсорная тугоухость;
- прочие заболевания.

Рис.1. Структура общего количества профессиональных заболеваний работников АПК



Всего за 2013 г. в клинику профзаболеваний ФБУН Саратовский НИИ СГ Роспотребнадзора было госпитализировано 879 чел. Жители сельской местности составили 66,8% от общего числа госпитализированных больных. Из них 62,2% – пациенты с ранее установленными профессиональными заболеваниями и 37,8% госпитализированных были впервые направлены в

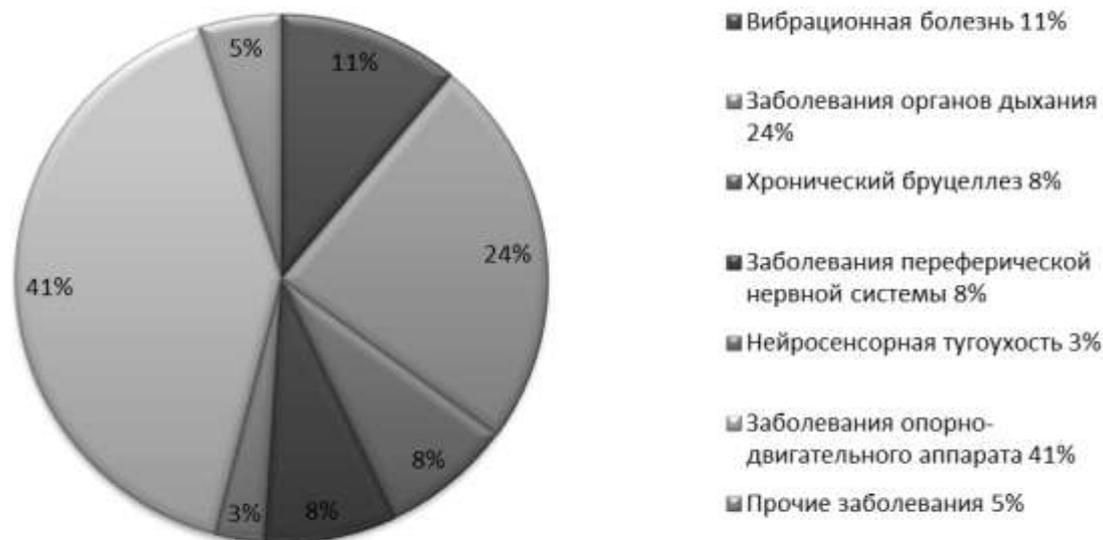
клинику. Эти показатели выше данных за 2012 г. (на 63 чел.). Для сравнения: городские жители, получившие курс лечения в условиях стационара, составили 33,2%¹¹⁸.

Результаты нашего исследования (*Приложение 1*) позволяют обобщить данные по наиболее распространенным профессиональным заболеваниям респондентов, проходивших лечение в стационаре клиники профзаболеваний (*Рис. 2*):

- заболевания опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, межпозвоночная грыжа);
- заболевания органов дыхания;
- вибрационная болезнь;
- заболевания периферической нервной системы и хронический бруцеллез;
- прочие заболевания (сопутствующие заболевания, в т.ч. сердечно-сосудистой системы);
- нейросенсорная тугоухость.

Рис.2. Структура общего количества профессиональных заболеваний респондентов в стационаре клиники профзаболеваний ФБУН Саратовский НИИ СГ Роспотребнадзора

¹¹⁸ О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году [Электронный ресурс] / Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области. – URL: http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209 (дата обращения: 15.05.2014).



По мнению экспертов (Приложение 2), структура профессиональных заболеваний по области не является статичной, но и не отличается сильными трансформациями: *«За последние 10-15 лет процент заболеваемости не сильно изменился, хотя, в целом, уменьшается число случаев бруцеллеза, новых случаев практически не выявляется»* (Эксперт 1).

В вопросах гендерной специфики заболеваемости работников АПК, отмечается, что *«среди мужчин наиболее распространены заболевания опорно-двигательного аппарата, неврологические заболевания и патологии, связанные с вибрацией (вибрационная болезнь) и тяжелым физическим трудом. Женщины в основном страдают бруцеллезом. Так же можно выделить небольшое количество случаев пылевого бронхита, бронхиальной астмы»* (Эксперт 4).

Врачами подчеркивается высокий уровень неврологических заболеваний среди сельских жителей: *«Наши основные профзаболевания – неврологические, к ним относятся дорсопатия и радикулопатия различного генеза* (Эксперт 6). *«Наиболее часто встречающимися заболеваниями в Саратовской области являются радикулопатия (все пояснично-крестцовые, шейные патологии), вибрационная болезнь, периартрозы»* (Эксперт 5).

Определяя специфические черты структуры профессиональных заболеваний в Саратовской области, эксперты связывают их с особенностями занятости сельского населения в хозяйственной деятельности: *«В нашей области неврологическая симптоматика обусловлена спецификой работы механизаторов, а терапевтическая (в основном пульмонология: хронические бронхиты, профессиональная обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма) – специфическими особенностями трудовой деятельности представителей других профессий в АПК»* (Эксперт 2).

Безусловно, вредные условия труда являются ведущими факторами, приводящими к увеличению профессионально обусловленной заболеваемости или же напрямую вызывающими профессиональные патологии. Поэтому, в случае выявления у сотрудника профзаболевания, согласно Трудовому кодексу РФ, он должен быть отстранен от вредных условий труда и переведен на другую работу. Как показывают результаты анкетного опроса, 64% респондентов, работающих на государственных предприятиях, указали, что были отстранены от вредных условий работы после постановки диагноза, связанного с профессиональным заболеванием. Среди сотрудников частных предприятий – 59%.

Трудно переоценить значение микросоциальной среды в процессе социально-психологической реабилитации больных с профессиональными заболеваниями. Поэтому отношения в трудовом коллективе и в семье должны благоприятствовать адаптации больного к новым условиям жизни и помогать формированию здоровьесберегающего поведения.

Понижение социального статуса вследствие профессионального заболевания и угроза потери рабочего места, а возможно и полного вытеснения с рынка труда оценивается мужчинами и женщинами по-разному. По данным опроса можно констатировать, что мужчины выражают более позитивную оценку своего положения, чем женщины: 5,4% мужчин полагают, что отношение к ним изменилось в лучшую сторону, в то время

как среди женщин не оказалось респондентов, утвердительно ответивших на этот вопрос.

Но, значительными, на наш взгляд, являются показатели, отражающие изменение в худшую сторону отношения коллектива и начальства к работнику после постановки диагноза профессиональное заболевание – 29,7% респондентов мужского пола и 44,4% респондентов женского пола согласились с данным утверждением. Однако важно подчеркнуть дифференциацию этих изменений в связи с трудовой занятостью на государственном или частном предприятии: 43,6% респондентов-работников государственных предприятий отметили ухудшение отношения к ним в трудовом коллективе, и значительно меньшее количество респондентов, работающих на частных предприятиях – 11,8%.

Отношения в семье являются одним из важнейших факторов, влияющих на процесс восстановления пациента с профессиональным заболеванием и адаптации его к новым условиям жизнедеятельности. Семья служит основным, а иногда и единственным источником социальной поддержки пациента.

Некоторые авторы выделяют 3 группы критериев социальной поддержки: 1) чувства (ощущение любви, уважения); подтверждение (одобрение того, как пациент справляется со своей ситуацией); помощь (финансовая, информационная, советом). Также выявлена зависимость соблюдения пациентами медицинских рекомендаций от семейных обстоятельств – пациенты, имеющие семью, лучше соблюдают режим, вовремя принимают лекарства^{119,120}.

В отечественной научной литературе незначительное внимание уделяется анализу роли родственников и членов семьи в процессе

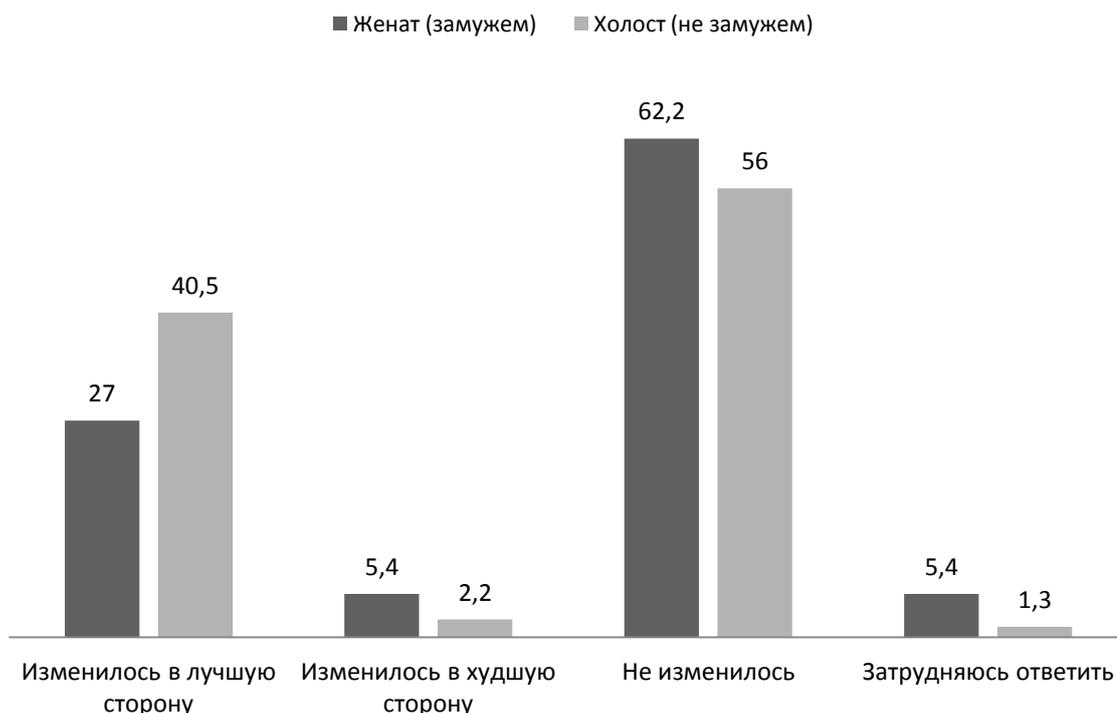
¹¹⁹ Антонов, А. И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов) / А. И. Антонов. – Москва : Nota Bene, 1998. – 360 с.

¹²⁰ Арасланова, С. А. Медико-социальные аспекты социально значимых заболеваний в сельской местности : автореф. ... дис. канд. мед. наук / С. А. Арасланова. – Москва, 2006. – 24 с.

реабилитации и ухода за больными, страдающими профессиональными заболеваниями. Мероприятия по уходу за пациентами требуют от родственников моральных и физических сил, финансовых затрат, а также определенных специальных знаний и навыков по оказанию помощи больному с тем или иным заболеванием. Очевидно, что в нашей стране недостаточно развита система медико-социальной помощи больным с профессиональными заболеваниями, то есть вся тяжесть ухода за такими пациентами чаще всего ложится на членов их семей.

Семейное положение респондентов непосредственным образом сказывается на оценке отношения к ним после выявления профессионального заболевания (Рис. 3). По результатам исследования, 27% респондентов, состоящих в браке, отметили улучшение отношения к ним со стороны семьи; незначительная часть участников анкетирования убеждена, что отношение к ним ухудшилось – 5,4%. Среди респондентов, не состоящих в браке, 40,5% считает, что родственники стали относиться к ним лучше. Примечательно, что среди тех, кто полагает, что отношение к ним после постановки диагноза «профессиональное заболевание» никак не изменилось (официально состоящих в браке и одиноких), зафиксирована незначительная разница в ответах – 62,2% и 56% соответственно.

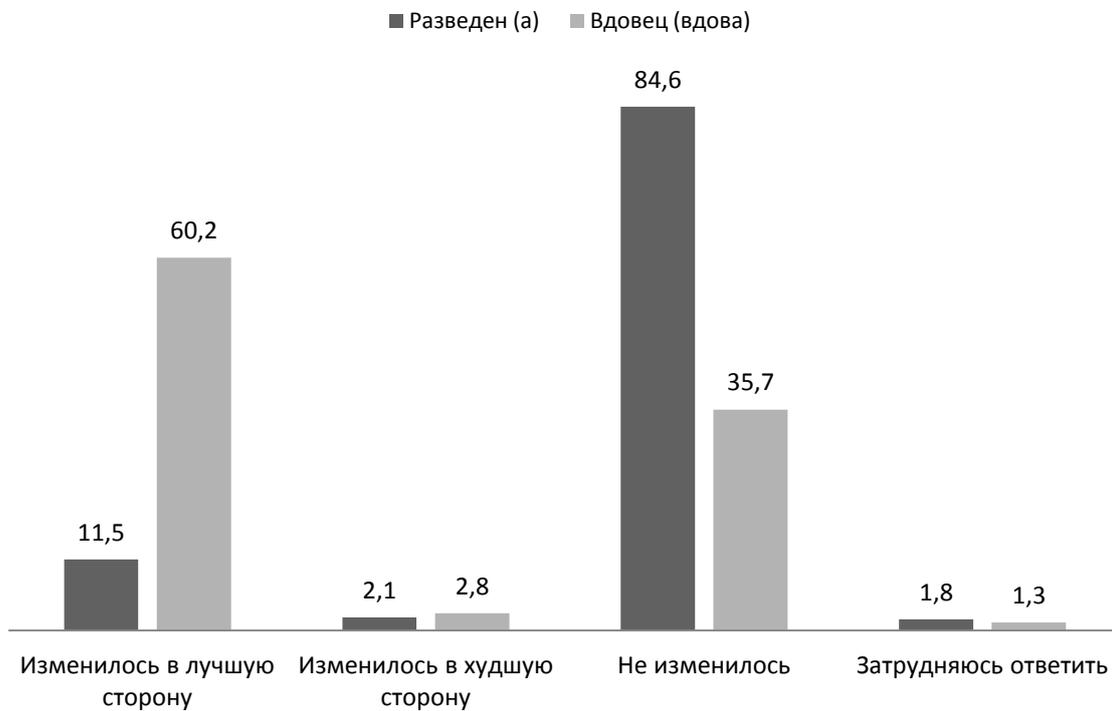
Рис.3. Оценка изменения отношения родственников к больным после постановки диагноза профессионального заболевания в зависимости от семейного положения, %



Респонденты, находящиеся в разводе (Рис. 4), менее позитивно оценивают изменение отношения к ним родственников – только 11,5% участников опроса считает, что оно стало лучше, но значительное большинство убеждено в отсутствии каких-либо изменений – 84,6%. Такая позиция родственников пациентов с профессиональными заболеваниями часто объясняется непониманием значения болезни. Что, в свою очередь, обусловлено и общим низким образовательным уровнем жителей сельской местности, и невозможностью/нежеланием изменить свой привычный уклад жизни.

Среди людей, чей супруг/супруга умерли (Рис. 4), сложилась противоположная ситуация. 60,2% респондентов считают, что отношение к ним улучшилось и 35,7% отметили, что отношение никак не изменилось. Возможно, это связано с тем, что овдовевшие респонденты после постановки диагноза «профессиональное заболевание» получают больше внимания и заботы со стороны детей.

Рис.4. Оценка изменения отношения родственников к больным после постановки диагноза профессионального заболевания в зависимости от семейного положения, %



Естественным образом данная ситуация сказывается на отношениях в семье, что также отмечают в своих анкетах опрошенные пациенты. Респонденты мужского и женского пола воспринимают отношение к ним в семье по-разному (Рис.5, 6). Изменение отношения в лучшую сторону отметили 33% мужчин и 21,7% женщин. В худшую сторону изменилось отношение к 11,6% женщин в отличие от незначительных 3% ответивших мужчин. Однако наибольшее и равное по значению число респондентов мужчин и женщин полагает, что отношение к ним близких и родственников после постановки диагноза профессиональное заболевание никак не изменилось.

Рис.5. Оценка отношения родственников к больным после постановки диагноза профессионального заболевания в зависимости от пола (мужчины), %

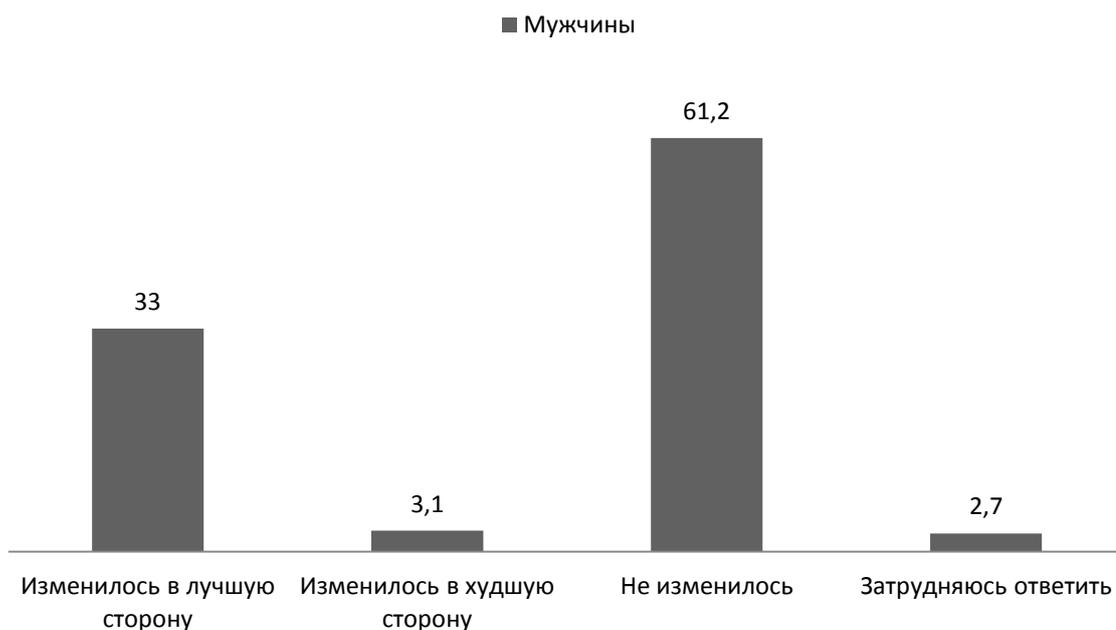
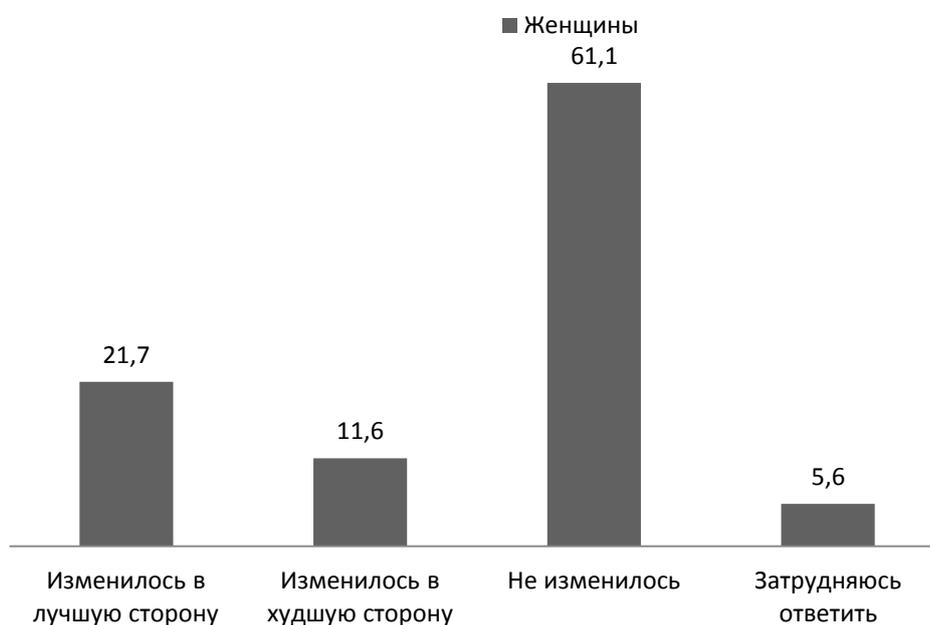


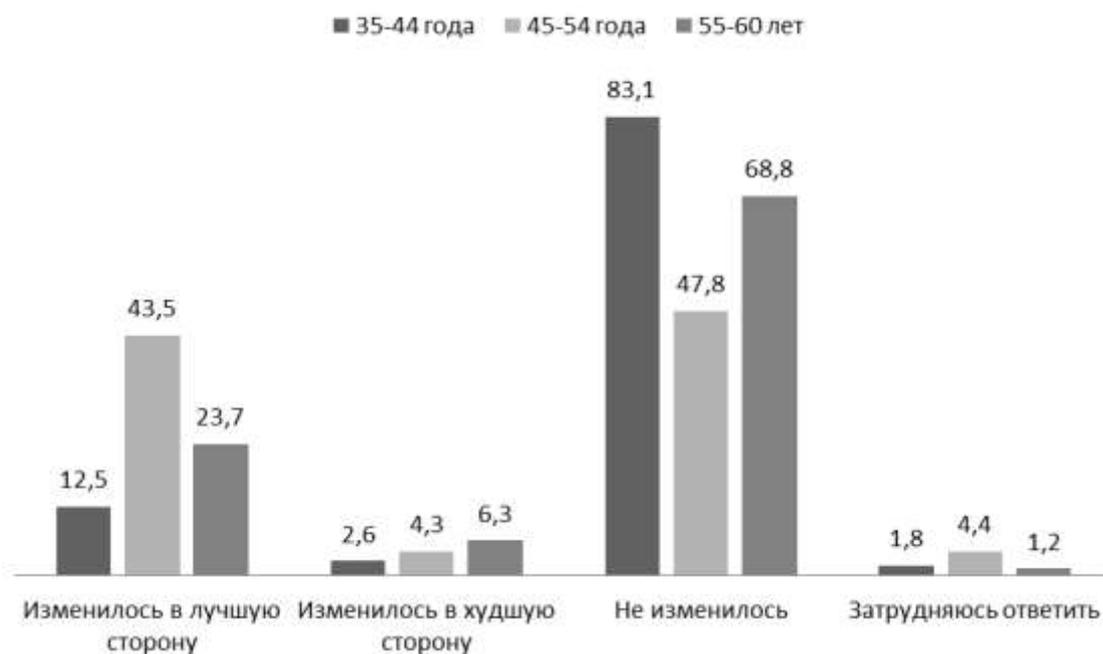
Рис.6. Оценка отношения родственников к больным после постановки диагноза профессионального заболевания в зависимости от пола (женщины), %



Характеризуя изменения отношения к больным с профессиональными заболеваниями со стороны близких и родственников, можно отметить, что в разных возрастных группах восприятие данных изменений

дифференцировано (Рис. 7). Среди респондентов в возрасте 35-44 года подавляющее большинство указало, что отношение к ним в семье никак не изменилось – 83,1%. В возрастной группе 45-54 года наблюдается дихотомия взглядов на этот вопрос: изменения в лучшую сторону почувствовали 43,5%, а отсутствие изменений отметили 47,8%. Большинство респондентов 55-60 лет утверждает, что отношение родственников к ним после постановки диагноза не изменилось – 68,8%. Таким образом, для динамики изменений отношения в семье к больным с профессиональными заболеваниями характерна взаимосвязь с возрастом респондентов – возрастная группа 35-44 года склонна более оптимистично рассматривать данный вопрос.

Рис. 7. Оценка отношения родственников к больным, после постановки диагноза профессионального заболевания в зависимости от возраста, %



Обращаемость за квалифицированной медицинской помощью и эффективность ее предоставления жителям сельских районов является, по мнению экспертов, одним из наиболее значимых барьеров

здоровьесбережения данной социальной группы. Территориальная удаленность учреждений здравоохранения снижает эффективность работы всей системы медицинских учреждений, обслуживающих пациентов с профессиональными заболеваниями и проживающих в сельской местности: *«Малая доступность качественной медицинской помощи в разных селах, связана либо с её отсутствием, либо с удаленным расположением медицинских учреждений, поэтому очень многие сельские жители часто надолго откладывают визит к врачу»* (Эксперт 2). Подчеркивается, что причиной поступления больного с запущенной формой профессионального заболевания является *«отсутствие надлежащей помощи на первоначальном этапе по месту жительства или просто нежелание больного лечиться, обращаться в медицинское учреждение»* (Эксперт 7).

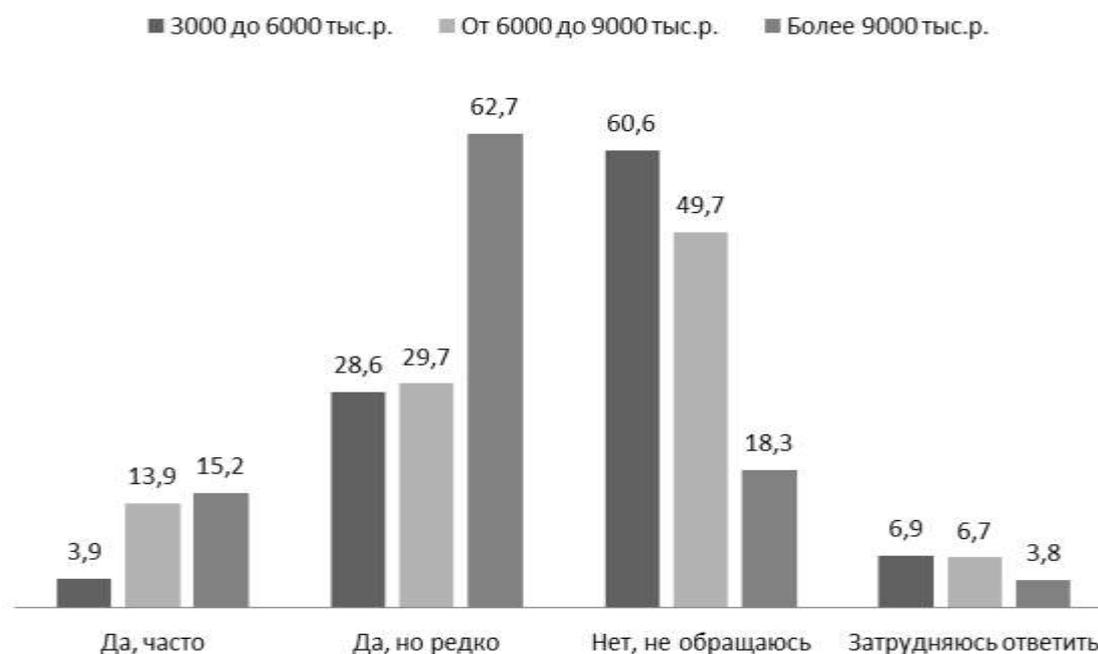
Кроме того, по данным опроса, удаленность от областного центра в значительной степени влияет на частоту постановки первоначального диагноза профессионального заболевания. В частности, больным, проживающим на расстоянии 50-150 км и 150-250 км от областного центра, профессиональное заболевание было впервые диагностировано в районной больнице в 28,6% и 30,8% случаев соответственно. А пациентам, проживающим не далее 50 км от областного центра – в 50% случаев.

Однако наиболее эффективным в отношении диагностики профессиональных заболеваний является областной НИИ сельской гигиены. Это связано с высоким уровнем технического оснащения медицинского учреждения и его специализацией, а также высокой квалификацией врачей. Данное положение вещей отражено в экспертных оценках, согласно которым, профессиональные заболевания часто диагностируются уже непосредственно врачами-профпатологами, а далее лечение осуществляется амбулаторно или в стационаре: *«У нас очень низкий процент «самообращения», учитывая, что мы работаем с сельским населением. В первую очередь больные обращаются в ЦРБ. И только потом врачи ЦРБ*

направляют их к нам. Система четко отлажена, не слишком хорошо, но отлажена» (Эксперт 2).

Среди респондентов с профессиональными заболеваниями, проживающих в сельской местности отмечается незначительный процент обращающихся за платной медицинской помощью. Традиционно основными причинами сложившейся ситуации является, прежде всего, невысокий доход и общий низкий социально-экономический уровень жизни сельского населения. Социологический опрос показал, что больные со среднемесячным доходом на одного члена семьи не превышающим 6 тыс. руб. и респонденты с доходом до 9 тыс. руб. редко обращаются за платными медицинскими услугами 28,6% и 29,7% соответственно. При этом необходимо отметить, что респонденты со средним доходом выше 9 тыс. руб. почти в два раза чаще прибегают к платным медицинским услугам – 62,7%. Очевидной представляется устойчивая тенденция повышения обращаемости к платной медицинской помощи с ростом доходов граждан.

Рис.8. Обращаемость сельских жителей за платной медицинской помощью в зависимости от дохода, %



Данные по возрастному распределению получателей платных услуг, свидетельствуют о том, что наиболее активными потребителями являются сельские жители в возрастной группе 35-44 года (50%).

Характеризуя социальный портрет потребителя медицинских услуг, А.В. Решетников отмечает, что «к платной медицине обращаются и те, у кого здоровье хорошее, и те, у кого здоровье удовлетворительное, и те, у кого оно неудовлетворительное. Больше среди них тех, кто серьезных претензий к своему здоровью не имеет, и это, прежде всего, молодые люди в возрасте до 35 лет»¹²¹. Реже всего к помощи платных врачей обращаются люди возрасте от 60 лет и старше (16,7%), что также отражает общую тенденцию, отмечаемую исследователями. В частности, И.Н. Баранов и Т.М. Скляр указывают, что «меньше всего лиц, плативших за медицинские услуги, среди пожилых людей – только 32%»¹²².

В ситуации с профессиональными заболеваниями, как отмечают эксперты, решение финансовых проблем пациентов, связанных с лечением, частично берет на себя государство, что, однако, не всегда способствует эффективности практик здоровьесбережения после выписки из стационара: *«Многие жалеют на себя время, деньги. Хотя все лечение бесплатно, первоначально больной вынужден оплачивать ряд услуг самостоятельно (например, приобретать необходимые для дальнейшего амбулаторного лечения лекарственные препараты). Позже, при предъявлении соответствующих документов (товарные чеки, справки и т.д.), деньги ему возвращаются на сберкнижку через Фонд социального страхования. Стоимость многих лекарственных препаратов достаточно высокая. Поэтому таких, которые жалеют денег и думают, что все само пройдет, достаточно много»* (Эксперт 7). *«Мой опыт доказал, что большинство*

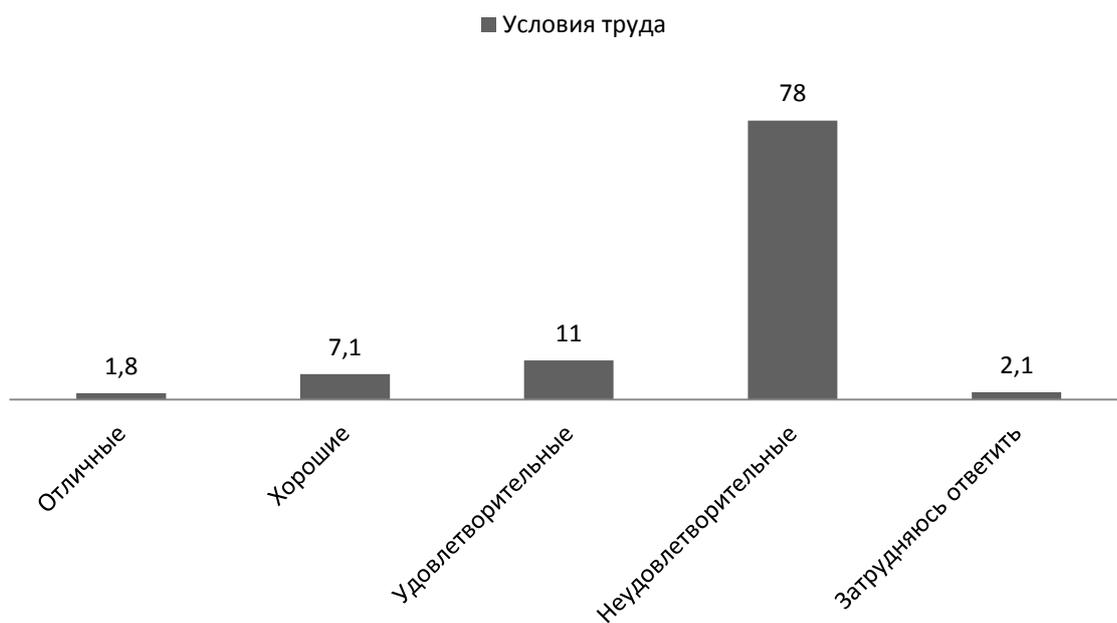
¹²¹ Решетников, А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А. В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 12. – С. 5-19.

¹²² Баранов, И. Н. Поведение населения на рынке медицинских услуг и перспективы развития страховой медицины в Санкт-Петербурге / И. Н. Баранов, Т. М. Скляр // Вестник СПбГУ. Сер. 8, Менеджмент. – 2004. – Вып. 1, № 1. – С. 78.

пациентов, пока находится у нас на лечении, настроено на дальнейшее соблюдение всех рекомендаций врача. Но, в результате, как только мы их выписываем, они возвращаются домой, и просто игнорируют предписания специалистов клиники. Главная причина – нет денег» (Эксперт 9).

Соответствие условий и характера труда соматическому статусу сельских жителей с профессиональными заболеваниями является еще одной важной проблемой. Согласно проведенному опросу, лишь незначительное число респондентов оценили условия труда как отличные, хорошие и удовлетворительные (1,8%, 7,1%, 11% соответственно), при этом подавляющее большинство участников исследования оценили условия труда на своем рабочем месте как неудовлетворительные, а, следовательно, несоответствующие их состоянию здоровья (78%) (Рис.9).

Рис.9. Оценка условий труда сельскими жителями, %

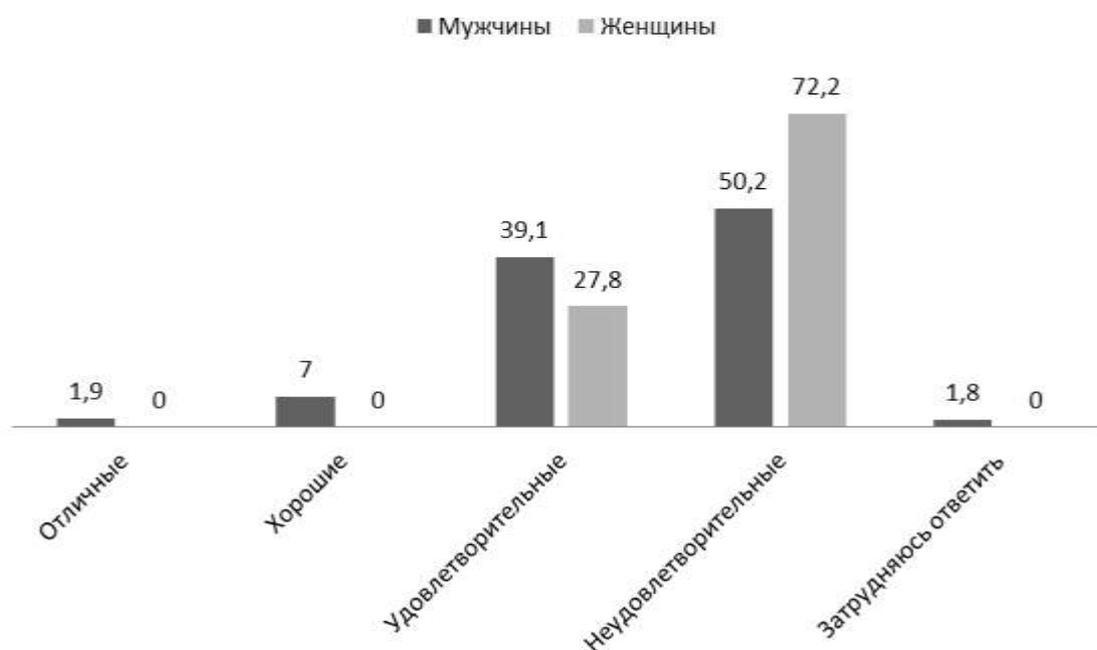


Демографические тенденции в современной России и приведенные по итогам Всероссийской переписи населения 2010 г. данные подтверждают тот факт, что физический труд жителей сельских районов, требующий постоянного внимания и физических усилий, активизирует рискованный тип

поведения сельского жителя по отношению к собственному здоровью. Таким образом, личное мнение и самоощущение трудящегося сельского населения совпадает с оценками специалистов.

Никто из женщин, находящихся на лечении по поводу профзаболевания, не оценил условия труда как отличные или хорошие (Рис. 10). Отметим, что среди женщин чаще превалировала неудовлетворительная оценка условий труда на своем рабочем месте: 72,2% и 50,2% соответственно. 27,8% женщин считают условия своего труда удовлетворительными, а количество мужчин, оценивших условия труда как удовлетворительные выше – 39,1%. Приведенные данные свидетельствуют о различии в формировании практик здоровьесбережения между мужчинами и женщинами. Неудовлетворенность женщин связана с более высоким уровнем требований к условиям рабочего места, что, в свою очередь, обусловлено более внимательным отношением женщин к собственному здоровью и меньшей склонностью к риску.

Рис.10. Оценка условий труда в зависимости от пола, %



Весомой преградой здоровьесбережения сельских пациентов с профессионально обусловленными заболеваниями является достаточно распространенная практика отказа от планового лечения и госпитализации, о чем свидетельствуют данные опроса (Рис. 11). Подчеркнем, что наибольшее количество пациентов (26%), отказавшихся от планового лечения, принадлежит к возрастной группе 45-54 года. Главная причина – материальные трудности (Рис. 12).

Рис.11. Распределение ответов на вопрос: «Отказывались ли Вы от планового лечения (госпитализации) в связи с Вашим профессиональным заболеванием?», %

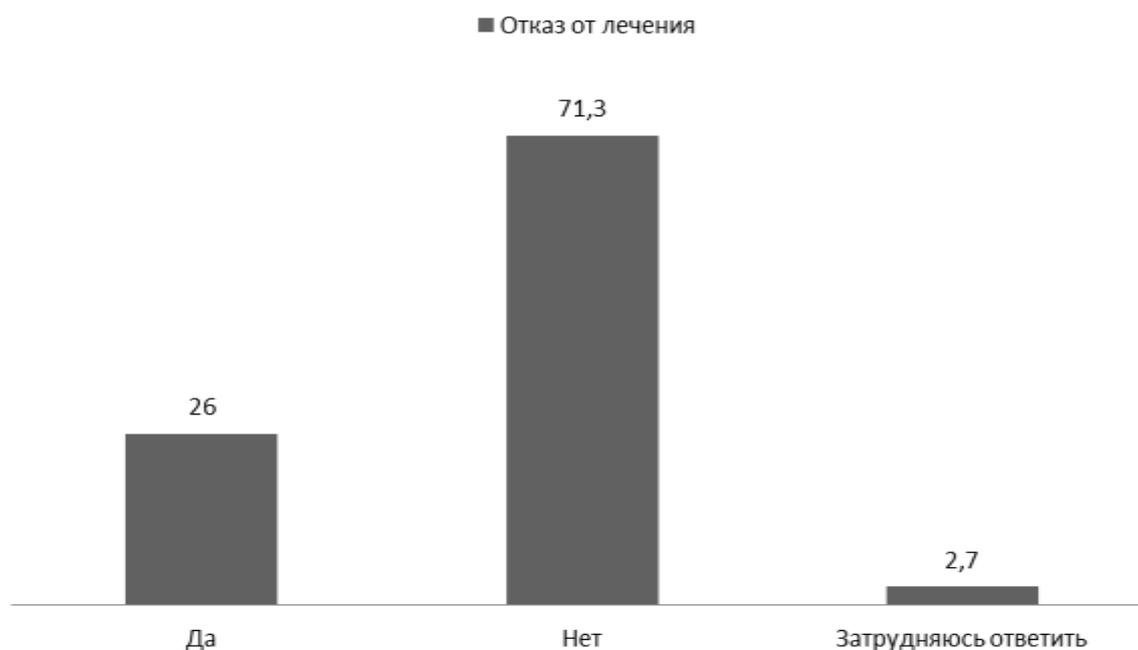
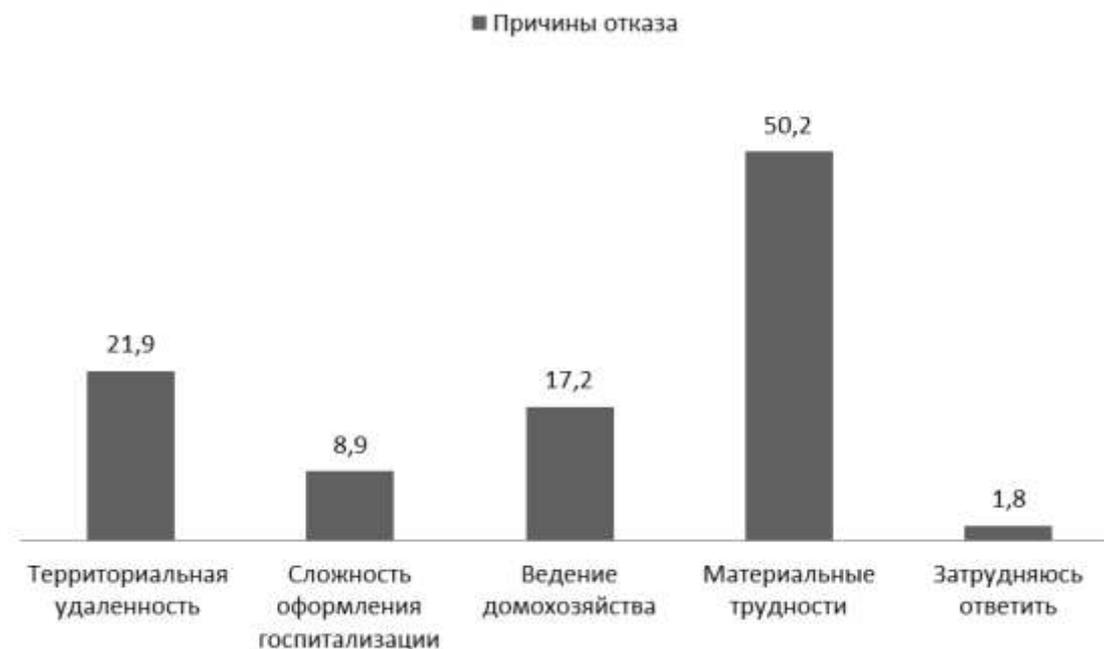


Рис.12. Причины отказа от планового лечения (госпитализации) в связи с профессиональным заболеванием, %



Проведенное интервью с экспертами свидетельствует о правомочности данного утверждения: *«Некоторые наши пациенты отказываются от оформления документов по утрате трудоспособности в связи с профессиональным заболеванием, т.к. не хотят потерять работу, поскольку в деревне просто негде работать! Как правило, инвалидность или проценты по потере трудоспособности они оформляют в том случае, когда состояние здоровья уже не позволяет им продолжать полноценную трудовую деятельность, либо предпочитают это делать перед выходом на пенсию. Следует отметить, что инвалидность предусматривает большие льготы»* (Эксперт 2). *«Нужна ли им инвалидность, проценты по потере трудоспособности? Не всегда. От чего это зависит? От многих социальных факторов – от возраста, дохода семьи, возможности продолжать работать на старом месте или перейти на другую работу, не связанную с вредным производством, но с достойной оплатой труда. Если такой возможности нет, и здоровье пока позволяет работать, инвалидность/проценты по потере трудоспособности больные предпочитают не оформлять»* (Эксперт 1). *«Наши пациенты чаще всего отказываются от оформления инвалидности из-за того, что хотят*

продолжать работать. Мы, конечно, пишем противопоказания, но, проблема в том, что если раньше таких работников нельзя было допускать до работы, за этим строго следили и контролировали работодателей, то сейчас на целом ряде предприятий АПК работодатели просто «закрывают на это глаза», перекладывая всю ответственность за здоровье на самого работника. Причина – нехватка кадров» (Эксперт 5). «Очень многие пациенты поступают к нам с запущенной формой заболевания, так как работают «до последнего». Причина: зарабатывать больше нигде, уходить некуда, это их основной источник дохода. Все стараются как-нибудь дожить до пенсии, а уже потом оформляют профпатологию или инвалидность» (Эксперт 4).

Таким образом, нежелание сельских жителей оформлять инвалидность чаще всего детерминировано необходимостью продолжать трудовую деятельность, так как имеющаяся у них работа – это единственный источник дохода до выхода на пенсию, а возможности сменить работу на новую с достойной оплатой труда и менее вредным производством они не имеют, что обусловлено состоянием рынка труда на селе.

Распределение по релевантности причин ухудшения состояния здоровья пациентов с установленным диагнозом профессионального заболевания, с точки зрения респондентов (Рис. 13), фиксирует превалирование следующих причин: высокие нагрузки во время работы (73%); плохие санитарно-гигиенические условия труда (38%); вредные привычки (32%); нарушение режима сна и бодрствования (17%).

Рис.13. Причины, повлиявшие на ухудшение состояния здоровья сельских жителей, %



Некоторые практики здоровьесбережения, представляющие собой основы здорового образа жизни людей с профессиональными патологиями, ориентированные на профилактику заболеваний и поддержание здоровья, показаны на рисунке 14.

К наиболее важным, по результатам опроса, относятся: благоприятные условия труда (76%); организация режима дня (53%); режим сна и бодрствования (34%); личная гигиена (32%); отказ от вредных привычек (26%); благоприятная экологическая ситуация (18%).

Рис.14. Практики, способствующие здоровому образу жизни, %



Необходимо отметить, что больше половины опрошенных не соблюдают регулярно таких мер профилактики заболеваний как режим труда и отдыха, санитарные требования и основы личной гигиены в процессе трудовой деятельности (69%).

При обсуждении факторов, препятствующих здоровьесбережению сельского населения с профессиональными заболеваниями, эксперты обратили внимание на низкий уровень информационной культуры пациентов и специфику уклада их жизни. *«У пациентов, которые попадают к нам в первый раз, практически всегда отсутствуют хотя бы минимальные знания о заболеваниях, причиной которых является их трудовая деятельность. Практически все, что они узнают о своем заболевании, они узнают от лечащих врачей, среднего медицинского персонала и таких же пациентов» (Эксперт 3).* *«Для сельских жителей получить исчерпывающую информацию о профессиональных заболеваниях всегда сложно. Конечно, более молодые пациенты пользуются соцсетями и Интернетом, но это не всегда влияет на повышение их информационной культуры. Думаю, причина в низком уровне*

образования этой группы пациентов» (Эксперт 1). «Вопросов, которые возникают у наших новых пациентов, всегда очень много. Мы стараемся дать им исчерпывающую информацию относительно заболевания, в доступной форме объяснить причины его возникновения, предупредить о возможных рисках, расписать схему лечения и дать советы по профилактике. На самом деле разобраться во всем этом сельскому жителю не всегда просто» (Эксперт 6).

Низкий уровень информационной культуры и материального дохода, особенности менталитета и уклада жизни сельского населения, по утверждению экспертов, определенным образом влияют на расширение практик самолечения пациентов. *«Сложность лечения таких больных состоит еще и в том, что курс лечения, пройденный в нашей клинике – это еще не окончание терапии. Обычно расписывается дальнейшее лечение, объясняется схема приема препаратов, сроки приема и т.д. Но большинство наших пациентов, попадая в клинику повторно, признаются, что многие препараты либо не принимали совсем, либо сокращали дозировку и сроки приема, либо заменяли более дешевыми аналогами» (Эксперт 8). «Я интересовалась у своих пациентов – заменяют ли они прописанные мною препараты на другие, аналоговые. Выяснилось: заменяют практически все! Причина банальна – ищут более дешевые. Но часто говорят, что в аптеке или аптечном пункте не было того, что нужно. У меня возник вопрос: «А вы читали инструкцию? Ознакомились с противопоказаниями или побочными действиями?» Как показала практика – инструкций не читают, просто верят на слово либо знакомым, либо работникам аптек» (Эксперт 6).*

При самолечении пациентов, как указывают участники экспертного интервью, особое место отводится травотерапии: *«Наши пациенты практически все верят в безвредность и огромную пользу лечения травами. Так принято считать. Знания о пользе и вреде этого вида терапии у них*

очень и очень поверхностные, а надежды на результат такого самолечения возлагаются огромные» (Эксперт 3).

И еще один момент, не только затрудняющий своевременную диагностику, но и снижающий эффективность терапии, – недостаточная ответственность пациентов по отношению к своему здоровью. «Нам часто приходится сталкиваться с необходимостью убедить пациента в дисциплинированном подходе, как к лечению, так и к своему здоровью. Главные аргументы, которые они приводят в таком случае – нам некогда болеть, надо работать, иначе жить не на что и не на что кормить детей, а лечиться будем потом» (Эксперт 7). «Тех пациентов, которые проходят у нас лечение, часто удается «дисциплинировать», они понимают необходимость регулярного прохождения курсов терапии и реабилитации в установленные сроки. Но случаев нарушения сроков и периодичности курсов лечения хватает. Причиной тому служит сезонность работы сельских пациентов, невозможность отказаться от заработка. Кроме того многие из них заняты в своих домохозяйствах. Так что выделить время на лечение бывает сложно, особенно, когда они чувствуют себя нормально и у них нет признаков обострения заболевания» (Эксперт 4).

Проведенный анализ основных барьеров здоровьесбережения сельских пациентов, имеющих профессиональные заболевания, основанный на результатах эмпирических исследований, свидетельствует о наличии ряда проблем в этой сфере. В первую очередь, к ним относятся: низкая доступность медицинских услуг сельскому населению с профессиональными заболеваниями, обусловленная удаленностью медицинских центров с квалифицированными кадрами и необходимым диагностическим оборудованием; уровень жизни и материального дохода, ограничивающий обращение сельских жителей за медицинской помощью, в том числе и платной.

Кроме того, значительными барьерами здоровьесбережения данной социальной группы являются: низкая информационная культура, способствующая расширению практик самолечения; специфика уклада жизни в сельских районах, определяющая случаи отказа от планового лечения и госпитализации; несоответствие режима и условий труда работников с профессиональными заболеваниями их соматическому состоянию; игнорирование ими профилактических мер по поддержанию здоровья; ухудшение отношений в трудовом коллективе к работникам после постановки диагноза профессионального заболевания.

2.2. Ценностные ориентации сельского населения в сфере охраны здоровья

На современном этапе развития общества, когда продолжительность человеческой жизни зависит не только от внешних факторов, но и от личных ценностных ориентаций человека, его поведения и образа жизни, возникает необходимость в рассмотрении самосохранительного поведения и различных практик здоровьесбережения. При этом поведенческий фактор в отношении к здоровью играет важную роль, определяющую уровень заболеваемости и смертности.

Здоровьесберегающее поведение представляет собой комплекс целесообразных действий, ориентированных на самосохранение в физическом и психологическом аспектах на протяжении всей жизни. Это подразумевает как практические действия, так и ценностные ориентации человека, направленные на сохранение и поддержание здоровья. Кроме физического и психологического аспектов, исследователи самосохранительного поведения и здоровьесбережения также выделяют социальный аспект практик поддержания здоровья. Совокупность выделенных аспектов определяет стратегию самосохранительного поведения личности (ССП), которая, по мнению некоторых авторов, выражается в системе действий и отношений, направленных на сохранение и поддержание здоровья, полноценное прохождение всех жизненных циклов, установку на продление срока жизни^{123,124}.

Стратегия здоровьесбережения детерминирована многочисленными факторами, но одной из главных ее составляющих является здоровье как ценность. То есть, стратегия определяется соотношением уровня здоровья и

¹²³ Шилова, Л. С. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения. Стратегии поведения / Л. С. Шилова. – Saarbruken : LAMBERT Academic Publishing, 2012. – С. 118.

¹²⁴ Юрова, И. Ю. Влияние ценностных установок жителей сельской местности на формирование самосохранительного поведения / И. Ю. Юрова, Л. М. Федорова, Е. В. Чернышкова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10, №3. – С. 465-468.

поведенческого фактора. Определение здоровья как ценности конструирует то или иное поведение, задает его вектор и формирует модель, поддержка которой в течение длительного времени выстраивает стратегию здоровьесбережения.

Для большей части населения России здоровье выступает как декларируемая ценность, хотя многочисленные опросы о ценностных установках и личностных системах ценностей подтверждают, что в иерархии ценностных предпочтений здоровье занимает 2-4 место, и, чаще всего, рассматривается как инструментальная ценность, необходимая для реализации более значимых смысло-жизненных целей. В данном случае здоровье как ценность представлена на субъективном уровне. В исследованиях, посвященных проблеме ценностного определения здоровья, большое внимание уделяется его социальной значимости. В структуре здоровья как ценности современные авторы выделяют два основных компонента – объективный и субъективный. Первый представляет собой комплекс возможностей, реализация которых может осуществиться только при наличии полноценного здоровья; второй подразумевает отношение субъекта к своему здоровью, выражающееся в предпочтениях, ценностных ориентациях и поведенческой мотивации по отношению к здоровью^{125,126,127}.

Теоретическое исследование субъективной компоненты здоровья в его отношении к системе ценностей представлено в западной литературе¹²⁸. При этом отмечается, что специфику здоровья определяют биологические и моральные факторы. Биологические факторы присущи всем живым существам, а моральные характеризуют человека с позиции выбора

¹²⁵ Жарова, М. Н. Здоровье в системе жизненных ценностей человека / М. Н. Жарова // Главврач. – 2012. – № 9. – С. 57-63.

¹²⁶ Яковлева, Н. В. Здоровьесберегающее поведение человека: социально-психологический дискурс / Н. В. Яковлева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2013. – № 1. – С. 70-79.

¹²⁷ Зайцева, Н. В. Подходы к построению эффективной региональной системы информирования о рисках здоровью / Н. В. Зайцева, Н. А. Лебедева-Несевря // Здоровье семьи – 21 век. – 2010. – № 4. – С. 8.

¹²⁸ Изуткин, Д. А. Анализ подходов к понятию «здоровье» в зарубежной социологии / Д. А. Изуткин // Социология медицины. – 2011. – № 2. – С. 10-14.

ценностных предпочтений и ориентаций. На наш взгляд, именно последние, факторы, представляющие собой субъективную компоненту здоровья как ценности, формируют индивидуальные практики здоровьесбережения.

Рассогласованность ценностных ориентаций и практически реализуемых действий особенно характерна для жителей сельской местности, и наиболее ярко это прослеживается в здоровьесберегающих (или разрушающих здоровье) практиках. Проблема определения здоровья в системе ценностных предпочтений сельских жителей в России исследуется в основном в региональном аспекте, но, мы полагаем, что полученные результаты в целом отражают общероссийскую специфику ценностных ориентаций сельских жителей. Как указывают Г.В. Антонов и З.М. Антонова, «самыми важными личностными ценностями для сельских жителей являются так называемые терминальные ценности: хорошее здоровье для себя, для своих близких и детей, желание дожить до лучших времен, благополучие и спокойствие в семье»¹²⁹. То есть, сельские жители признают безусловную ценность здоровья, определяя материальные блага как второстепенные.

В исследовании, проведенном в Пензенской области Г.Б. Кошарной, Л.В. Рожковой, доказано, что основу ценностной структуры составляют семейные ценности, здоровье как ценность включена в «структурный резерв». Если базовые ценности одобряет больше половины населения (>60%), то «структурный резерв» – это ценности, располагающиеся «между доминированием и оппозицией», из-за которых возможны ценностные конфликты, и их одобряет 45-69% населения¹³⁰. Таким образом, система ценностей, направленная на реализацию различных моделей поведения по отношению к здоровью, детерминирует показатели здоровья.

¹²⁹ Антонов, Г. В. Трудовая мотивация и ценностные ориентации сельских жителей псковщины (по результатам социологического исследования) / Г. В. Антонов, З. М. Антонова // Псковский регионологический журнал. – 2008. – № 6. – С. 67-73.

¹³⁰ Кошарная, Г. Б. Ценностные ориентации населения в транзитивном обществе (региональный аспект) / Г. Б. Кошарная, Л. В. Рожкова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. – № 3 – С. 111-121.

Система ценностей личности выполняет важную функцию во многих сферах жизнедеятельности человека и общества. Являясь элементом культуры, ценности определяют тип поведения, необходимый в конкретной ситуации для формирования того или иного отношения к здоровью. Изменение системы ценностей на уровне личности и общества является значимым показателем социокультурных перемен, происходящих в обществе. Ситуация рассогласованности между ценностными ориентациями и реальными действиями в практике здоровьесберегающего поведения может быть охарактеризована как негативная, во многом определяющая формирование отрицательных тенденций в современной демографической ситуации.

В отечественной науке поведенческие аспекты здоровья исследуются сектором социальных проблем здоровья в Институте социологии РАН. В настоящее время данная тема находится в фокусе внимания Л.С. Шиловой, И.В. Журавлевой, продолжающих традиции исследования поведенческих факторов самосохранительного поведения различных групп общества, заложенные еще в 1980-х гг. А.И. Антоновым, утверждавшего, что «проблема самосохранительного поведения перемещается в центр научного знания в период массовой индустриализации и модернизации производства, когда ценность человека не только в гуманистическом, но и в денежном выражении становится все более высокой»¹³¹. И.А. Антонов высказал мысль о том, что практическая реализация установок, направленных на сохранение и укрепление здоровья, является одной из главных проблем в современном обществе. Через несколько десятилетий данная проблема, на наш взгляд, по-прежнему остается нерешенной; ценностные установки оказались еще более далекими от практических действий и образа жизни в целом.

¹³¹ Антонов, А. И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов) / А. И. Антонов. – Москва : Nota Bene, 1998. – С. 16.

С точки зрения Е.С. Романовской, поведенческий фактор должен быть главным и определяющим при обосновании условий, влияющих на здоровье, что объясняется изменениями, произошедшими в структуре причин заболеваемости и смертности, где лидирующие места занимают онкология, сердечно-сосудистые заболевания, травмы¹³².

Это опосредуется и типом поведения человека, которое зависит от его отношения к собственному здоровью. Таким образом, отношение населения к собственному к здоровью и продолжительности жизни становится все более важным показателем, детерминирующим структуру заболеваемости и демографическое положение общества в целом¹³³.

Безусловно, на здоровье человека воздействуют и такие факторы как состояние здравоохранения, социально-экономические условия, экологическая ситуация, демографические показатели, наследственность. Однако поведенческий фактор, культура заботы о себе, оказывает опосредующее воздействие на состояние здоровья и в определенной степени обуславливает названные внешние условия. По мнению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, состояние здоровья населения примерно на 50-55% зависит от образа жизни, то есть от поведенческого фактора. И это наибольший показатель среди всех выделенных факторов (зависимость здоровья от окружающей среды составляет 20-25%, от генетических факторов – 15-20%, от состояния системы здравоохранения в конкретной стране – 10-15%)¹³⁴.

С целью формирования здорового образа жизни как культурной традиции, помимо становления системы здравоохранения, основанной на

¹³² Романовская, Е. С. Социокультурные факторы и институциональные субъекты, детерминирующие здоровье населения / Е. С. Романовская // Вестник Челябинского государственного университета. – 2011. – № 30: Философия. Социология. Культурология, вып. 22. – С. 153–160.

¹³³ Ображей, О. Н. Актуальность изучения самосохранительного поведения населения / О. Н. Ображей, В. С. Подвальская // Социологический альманах. – 2010. – № 1. – С. 263-268.

¹³⁴ Физиологические основы здоровья : краткий курс лекций по валеологии [Электронный ресурс] / сост. И. А. Тихомирова. – URL: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/met73.html> (дата обращения: 20.04.2013).

здоровьесберегающей медицине, важно и необходимо передавать знания и умения от поколения к поколению, формировать семейные практики, направленные на здоровьесбережение. Культурная традиция здорового образа жизни создает предпосылки для становления здоровой семьи и здорового общества. Ценность здоровья, долголетия человека вырабатывается культурной преемственностью, организацией общественной жизни и служит критерием благополучия общества.

Однако, как правило, рассогласованность между декларированием ценности здоровья и практическими действиями, направленными на поддержание или разрушение здоровья, оказывается незначительной, когда течение заболевания становится необратимым или приводит к значительным последствиям. Забота о здоровье, таким образом, проявляется по факту наличия заболевания.

По данным некоторых исследователей, в сравнении с культурной традицией здорового образа жизни населения западноевропейских стран, поведенческие стратегии граждан России основаны на элементах риска в отношении своего здоровья. Например, в Италии, Германии и Швеции, образ жизни населения непосредственно направлен на укрепление и сохранение здоровья. В Италии за последние 20 лет происходило сокращение употребления алкоголя, табакокурения, повышалось внимание к правильному питанию и активному образу жизни; в Германии забота о здоровье поддерживается как государственной системой здравоохранения, так и образовательными мероприятиями, целью которых является оздоровление и профилактика заболеваний; в Швеции здоровый образ жизни связан с постоянной физической активностью¹³⁵.

¹³⁵ Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium / K. Coleman [et al.] // Health Aff. (Millwood). – 2009. – Vol. 28, № 1. – P. 75-85.

Уровень самосохранительного поведения у россиян значительно ниже, а практические действия направлены на эксплуатацию здоровья¹³⁶. Подобный тип поведения характерен для многих слоев населения, однако, тяжелый характер труда и условия проживания способствуют формированию такой установки, прежде всего, у сельских жителей. Специфика трудовой деятельности в сельской местности часто приводит к возникновению профессиональных заболеваний.

Анализ ценностных ориентаций сельского населения с профессиональными заболеваниями в сфере охраны здоровья базируется на результатах следующих авторских эмпирических исследований:

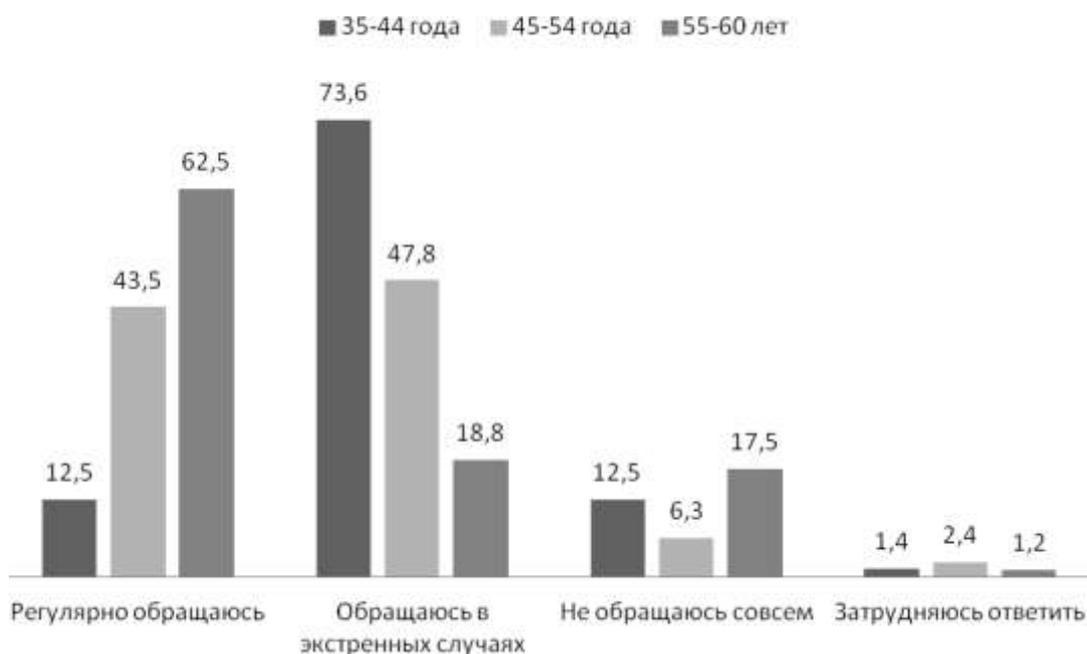
1. Анкетный опрос пациентов клиники профессиональных заболеваний ФГУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора «Отношение больных с профзаболеваниями, проживающих в сельской местности, к практикам здоровьесбережения» (*Приложение 1*).
2. Полуструктурированное экспертное интервью «Оценка медико-социальной помощи сельскому населению в первичном звене здравоохранения», проведенное в 2014- 2015 году. В качестве экспертов выступили 12 руководителей сестринских служб, работающих в различных районных больницах Саратовской области. Респонденты представлены женщинами. Стаж работы: 2-27 лет (*Приложение 3*).
3. Исследование по методу фокус-группы, проведенное в 2015 году с руководителями типовых крестьянско-фермерских хозяйств Саратовской области по вопросам здоровьесбережения работников АПК с профессиональными заболеваниями. Количество участников – 8 (*Приложение 4*).

Вопросы обращаемости за медицинской помощью являются значимыми в изучении ценностных ориентаций сельских жителей по

¹³⁶ Чернышкова, Е. В. Конструирование социального отношения к здоровью в позднем возрасте: ретроспективный анализ / Е. В. Чернышкова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2008. – № 10. – С. 181-186.

отношению к здоровьесберегающим практикам. Полученные в результате опроса данные свидетельствуют о различиях по возрастному принципу в частоте обращений указанной категории населения в медицинские учреждения. Фиксируется увеличение регулярных обращений среди сельского населения старшего возраста (Рис. 15). Так, наиболее частыми посетителями учреждений здравоохранения являются жители сельских районов, принадлежащие к возрастной группе 55-60 лет (62,5%). В то же время, представители возрастной группы 35-44 года чаще остальных обращаются к врачу в экстренных случаях (73,6%).

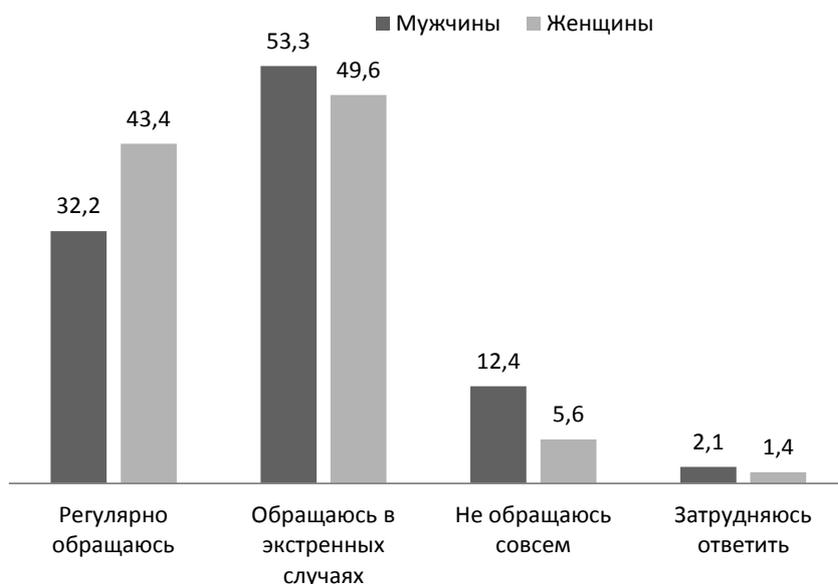
Рис.15. Частота обращений за медицинской помощью в зависимости от возраста, %



Эта проблема имеет гендерную специфику (Рис. 16). Процент мужчин, регулярно обращающихся за медицинской помощью, ниже этого показателя среди женщин: 32,2% и 43,4% соответственно. Различия наблюдаются и среди тех, кто совсем не обращается к врачам: 12,4% мужчин и 5,6% женщин. Это объясняется дифференциацией ценностных ориентаций по

отношению к собственному здоровью и здоровьесбережению у мужчин и женщин, как мы уже отмечали ранее.

Рис.16. Частота обращений за медицинской помощью в зависимости от пола, %



Заслуживает внимания тот факт, что респонденты с высшим или неоконченным высшим образованием, чаще остальных пациентов обращаются за медицинской помощью – 49,5% (Рис. 17). Примечательно, что процент респондентов, которые обращаются за экстренной помощью, практически не зависит от уровня их образования, и колеблется в статистических пределах 34-37%. Однако, следует учесть, что количество работников АПК с высшим образованием крайне незначительное.

Рис.17. Частота обращений за медицинской помощью в зависимости от уровня образования, %



Отвечая на вопрос о причинах необращаемости сельских жителей за медицинской помощью, эксперты – медицинские сестры центральных районных больниц отмечали, что это связано с рядом внешних причин: *«Медицинская помощь во многих селах малодоступна, так как районные больницы расположены далеко» (Эксперт 1); «Многие больницы не укомплектованы полностью кадрами, плохо оснащены» (Эксперт 4); «Лечебные базы очень страдают в плане оснащения, в плане наличия специалистов и медикаментов. Часто не хватает именно тех препаратов, которые нужны таким пациентам» (Эксперт 6).*

Данная ситуация во многом определена закрытием фельдшерско-акушерских пунктов и значительными трудностями, обусловленными необходимостью затраты большого количества времени на проезд до медицинского учреждения, транспортной доступностью: *«ФАПы закрываются, в области их осталось мало. В ЦРБ сельским жителям попасть тоже непросто. Во-первых, это связано с транспортом, надо долго добираться. Во-вторых, в больницах огромные очереди и попасть к нужному специалисту в тот же день они не всегда могут (со слов больных). Поэтому обращение к врачу откладывается на «потом». Обратиться в*

другие лечебные учреждения у них нет возможности. В областную клиническую больницу – только по направлению» (Эксперт 10). «Не все ЦРБ полностью укомплектованы узкими специалистами. Квалифицированного профпатолога можно найти только в областном центре. Терапевты на местах могут проконсультировать таких больных, но не все из них достаточно компетентны в сфере профессиональных патологий» (Эксперт 9).

Эксперты также подтвердили влияние фактора территориальной удаленности лечебного учреждения на соблюдение предыдущих предписаний врача: *«Сложности возникают у многих сельских пациентов, которые уже обращались за медицинской помощью и поучили назначения врача. У некоторых из них возникают вопросы, сомнения в ходе лечения или по назначению того или иного препарата. Чтобы получить консультацию врача, надо снова приезжать, а это сложно из-за отдаленности больницы» (Эксперт 5).*

Таким образом, внешними причинами необращаемости за медицинской помощью, по мнению экспертов, являются:

- недоступность медицинской помощи (территориальная удаленность, фактор времени);
- необеспеченность центральных районных больниц кадрами (в частности, отсутствие врачей-профпатологов);
- плохая техническая оснащенность клиник и отсутствие необходимых препаратов.

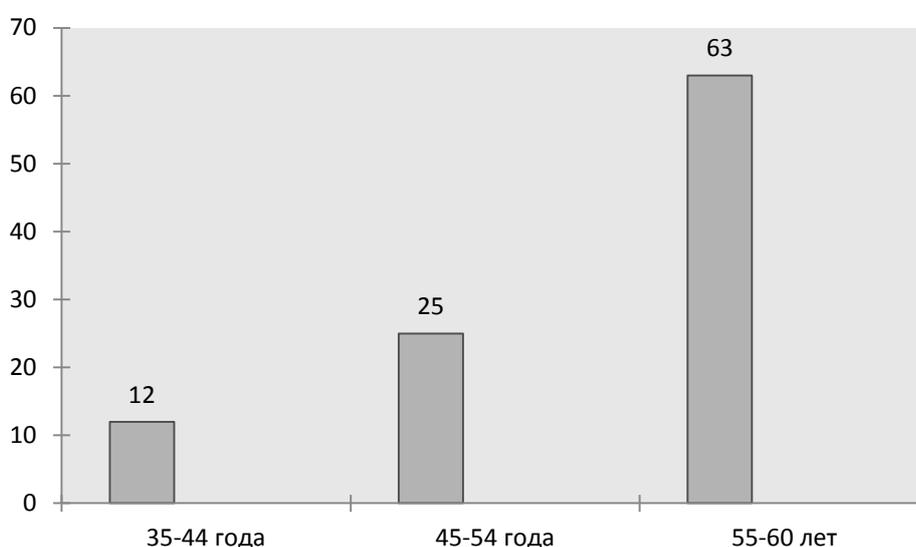
Тип поведения сельских жителей основан на признании инструментальной ценности здоровья и наличии институциональных инструментов общества, позволяющих осуществлять контроль и мониторинг здоровья¹³⁷. Последний указанный факт связан с наделением государства (а

¹³⁷ Игошев, М. В. Система ценностей в формировании культуры самосохранительного поведения: концептуальный подход / М. В. Игошев // Исторические, философские, политические и юридические

не отдельного человека) функцией заботы о здоровье населения. Современные пациенты, по-прежнему, находятся под воздействием патерналистского подхода, сложившегося в советской системе здравоохранения.

Отметим, что согласно опросу, у представителей старшей возрастной группы (55-60 лет) профессиональное заболевание гораздо чаще, чем у остальных групп, выявлялось на обязательном медицинском осмотре –63% (Рис. 18). Это может объясняться как различными задачами системы здравоохранения в периоды современной российской истории, так и характером самих медицинских осмотров, а также неодинаковым отношением к ним разных демографических групп.

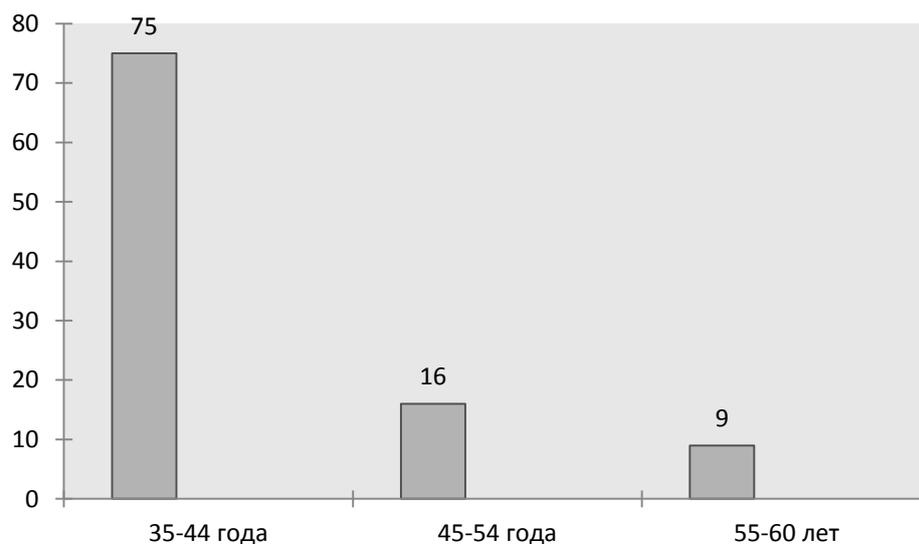
Рис.18. Выявление профессионального заболевания на обязательном медицинском осмотре в зависимости от возраста, %



У респондентов 35-44 года в 75% случаев профессиональное заболевание было выявлено при самостоятельном обращении к врачу (Рис. 19). Это обстоятельство в некоторой степени подтверждает более

сильное влияние патерналистских установок у представителей старшей возрастной группы, сформировавших отношение к собственному здоровью во время существования советской системы здравоохранения.

Рис.19.Выявление профессионального заболевания при самостоятельном обращении к врачу в зависимости от возраста, %



Эксперты подчеркнули, что плохое материальное положение сельских жителей, отсутствие желания получать медицинскую помощь, особый менталитет, определяющий характер отношения к здоровью, негативно отражаются на формировании практик здоровьесбережения: *«С деньгами у многих очень плохо. Есть больные, у которых подозревают профзаболевание, но они не приезжают к специалистам в областной центр из-за того, что у них просто нет на это денег»* (Эксперт 9). *«Сельские жители обращаются к врачу значительно реже, чем городские. Хотя отношение у нас к больным хорошее, они часто «не доезжают» до нас, так как нет лишних денег на проезд и времени»* (Эксперт 6). *«К сожалению, не все сельские пациенты привержены лечению. Мы расписываем им лечение, назначаем препараты, но многие жалеют на себя время, деньги <...>*

Сельские жители не привыкли лечиться, они этим отличаются от городских пациентов» (Эксперт 2).

Существующая точка зрения о том, что сельский образ жизни более традиционный, чем городской, что сельские жители намного медленнее принимают инновации, отражена в ответах экспертов: *«Есть общие данные о том, что сельский образ жизни больше ориентирован на мнение соседей, близких. Работая с сельскими пациентами, могу это подтвердить» (Эксперт 7).* *«Не всегда все новое воспринимается ими положительно. Сложно переубедить, «переломить» их жизненные позиции, даже в отношении лечения, не говоря уже о других жизненных аспектах. Особенно этот касается представителей старшего поколения» (Эксперт 9).*

Отличие сельских жителей как пациентов от городских заключается и в уровне их образования. Именно с этим эксперты связывают трудности в информировании таких пациентов о течении или особенностях лечения профессиональных заболеваний. *«Сельским пациентам тяжелее объяснять, описывать ситуацию, связанную с их заболеваниями. Приходится подбирать слова «попроще» или примеры из жизни. Не все заканчивали институты. Немногие отличаются широким кругозором и «багажом» накопленных знаний. Хотя есть и такие. Среди больных встречаются те, которые более прилежно соблюдают все предписания, практически полностью доверяясь медикам» (Эксперт 3).*

Большинство участников интервью акцентировало внимание на отсутствии у сельского населения информации о возможных рисках для здоровья, связанных с их трудовой деятельностью. *«Многие и не знают о существовании профессиональных заболеваний. Они работают и не задумываются о возможном развитии у них профпатологии» (Эксперт 4).* *«Сельские жители – это, конечно, особая категория. Если им, например, поставили инвалидность, то они считают себя «глубокими инвалидами», хотя на самом деле это не так. У некоторых и образование 8 классов, так*

что, конечно, они отличаются от городских пациентов» (Эксперт 10). «Вся проблема в отсутствии информации о возможных рисках развития профпатологии. Часто больной узнает о существовании подобных патологий только тогда, когда сам непосредственно сталкивается с этой проблемой. Вся информацию он получает «post factum», когда ему уже ставится диагноз «профессиональное заболевание» (Эксперт 2). «Есть не совсем «разумные» пациенты, с такими тяжелее всего приходится – надо многое подробно объяснять, особенно когда дело касается нарушения режима и лечения» (Эксперт 5).

Как показали результаты проведенного нами опроса, для многих сельских жителей наличие профессионального заболевания в значительной степени оказало влияние на их трудовую активность (Рис. 20). Так, 64,6% респондентов изменили свою трудовую активность (сменили работу – 36,8%; уволились – 27,8%).

Рис.20. Влияние профессионального заболевания на изменения в трудовой деятельности, %



Данная ситуация представляется неоднозначной, поскольку

значительная часть жителей села с профпатологиями предпочитает трудиться (смена работы, переквалификация), вероятно, из-за наличия материальных трудностей или желания быть востребованными; почти 19% респондентов продолжают работать на том же месте, несмотря на риск усложнить ситуацию с собственным здоровьем.

Выбор в пользу продолжения работы в связи с материальными трудностями подтверждает ответы респондентов на вопрос о степени их удовлетворенности материальным доходом (Рис. 21). Так, 61% сельских жителей, имеющих профессиональные заболевания, не удовлетворены уровнем дохода, а 25% удовлетворены, но не полностью.

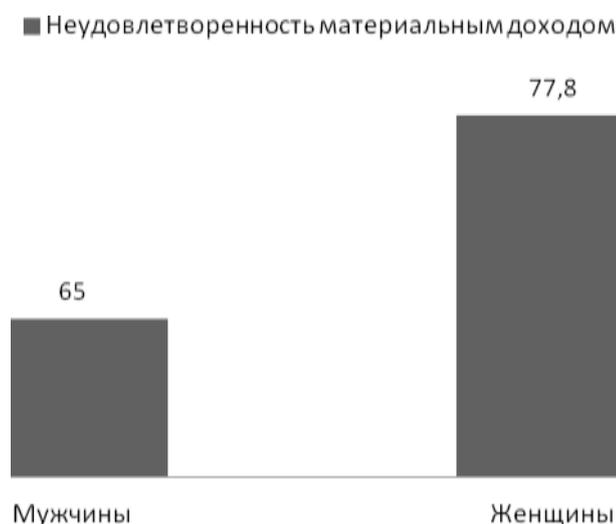
Рис.21. Удовлетворенность сельских жителей с профессиональными заболеваниями материальным доходом, %



Все респонденты, отметившие, что полностью удовлетворены материальным доходом – мужчины (9,7%). При этом доля участников

опроса, неудовлетворенных доходом, значительно ниже среди мужчин – 65%, среди женщин она составляет 77,8% (Рис. 22).

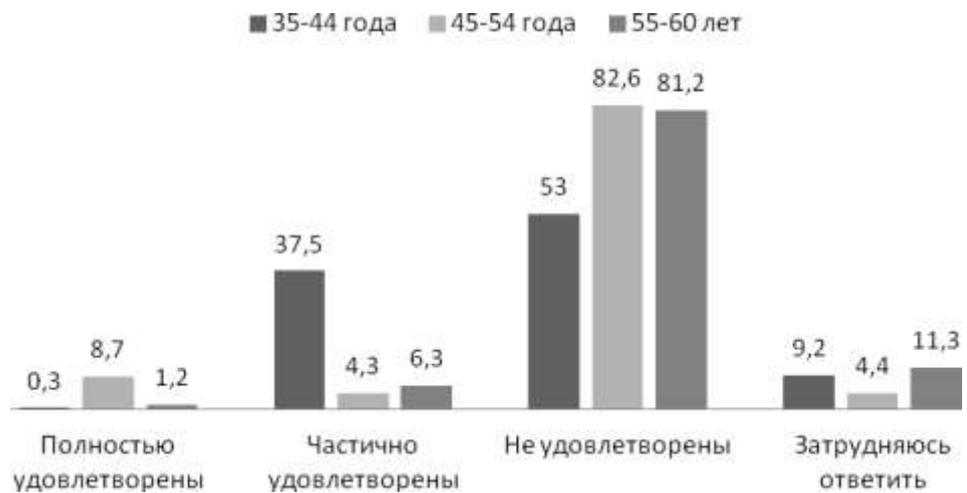
Рис.22. Удовлетворенность сельских жителей с профессиональными заболеваниями материальным доходом в зависимости от пола, %



Степень удовлетворенности доходом зависит и от семейного статуса. Так, из числа сельских жителей, состоящих в браке, лишь 8,1% полностью удовлетворены уровнем материального дохода; среди респондентов, не состоящих в браке – 20%. Данный факт можно объяснить с учетом количественного состава семьи респондентов (наличие и количество детей, проживание совместно с родителями или без них).

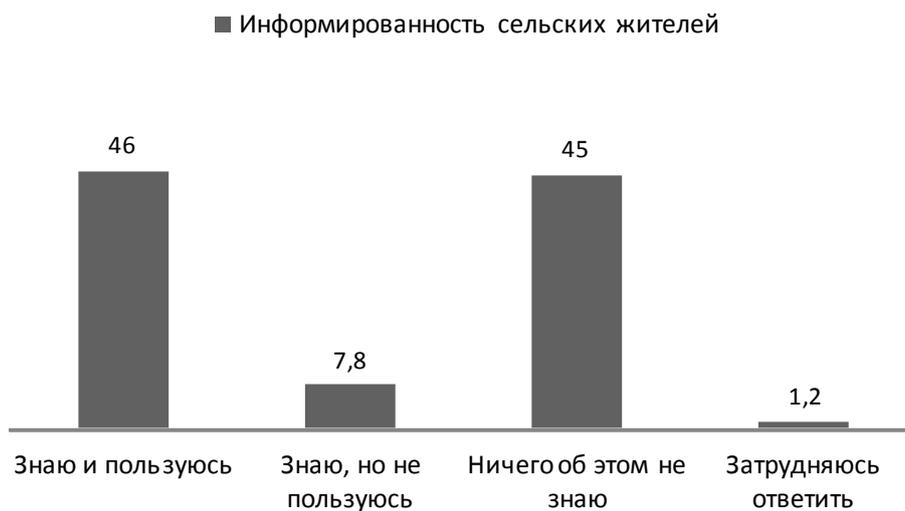
Как показано на рисунке 23, сельские жители двух возрастных групп 45-54 года и 55-60 лет отметили свою неудовлетворенность уровнем материального дохода (82,6% и 81,2% соответственно). Вероятно, данный факт может быть связан с рассогласованностью уровня ожиданий работников, имеющих достаточный трудовой стаж и опыт, а также желанием трудиться (даже при наличии профессионального заболевания) и уровнем оплаты труда.

Рис.23. Удовлетворенность сельских жителей с профессиональными заболеваниями материальным доходом в зависимости от возраста, %



Приведенные данные об информированности сельских жителей о правах и льготах при профессиональных заболеваниях свидетельствуют о недостаточных знаниях этой категории населения в отношении данного вопроса (Рис. 24).

Рис.24. Информированность сельских жителей о правах и льготах при профессиональных заболеваниях, %



Почти половина респондентов (46%) знает о правах и льготах, положенных при заболевании и достаточно часто пользуются ими, и

практически такому же количеству участников опроса (45%) ничего не известно о положенных правах и льготах в связи с профессиональными заболеваниями.

Обращает на себя внимание и тот факт, что даже после установления диагноза профессионального заболевания, многие сельские жители в последующем не обращаются за врачебной помощью. *«Случается, что пациенты, которых мы уже знаем, не появляются. Им просто не хочется ехать, некоторые боятся, некоторые считают, что в городе лучше лечат, лучше диагностика, чем на селе. Пациенты не всегда доверяют сельским врачам»* (Эксперт 4). То есть, наряду с описанными ранее причинами, можно отметить еще один фактор – недоверие к существующей системе медицинской помощи в селах и районных центрах.

Итак, результаты исследований позволяют сделать вывод, что к индивидуальным причинам необращаемости сельских жителей за медицинской помощью можно отнести следующие:

- особенности менталитета сельского населения, обусловленные образом жизни и ориентированные на традиции;
- уровень образования;
- отсутствие информированности о рисках для здоровья в процессе трудовой деятельности;
- нежелание лечиться из-за отсутствия времени или материальных ресурсов;
- отсутствие сформированных практик заботы о своем здоровье;
- недоверие к системе медицинской помощи в селах и районных центрах.

В связи с тем, что среди опрошенных респондентов достаточно высок процент тех, кто не обращается за медицинской помощью или обращается лишь в экстренных случаях, сельским жителям был задан вопрос о качестве медицинской помощи (Рис. 25). Анализ ответов на поставленный вопрос позволяет утверждать, что более половины респондентов, обращающихся за

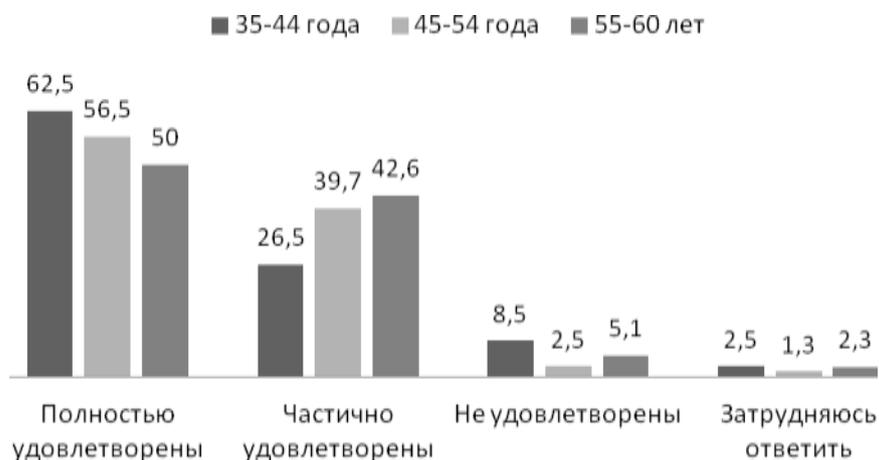
врачебной помощью, полностью удовлетворены ее качеством (59%) и значительное количество опрошенных частично удовлетворено (37%).

Рис.25. Удовлетворенность сельского населения качеством медицинской помощи, %



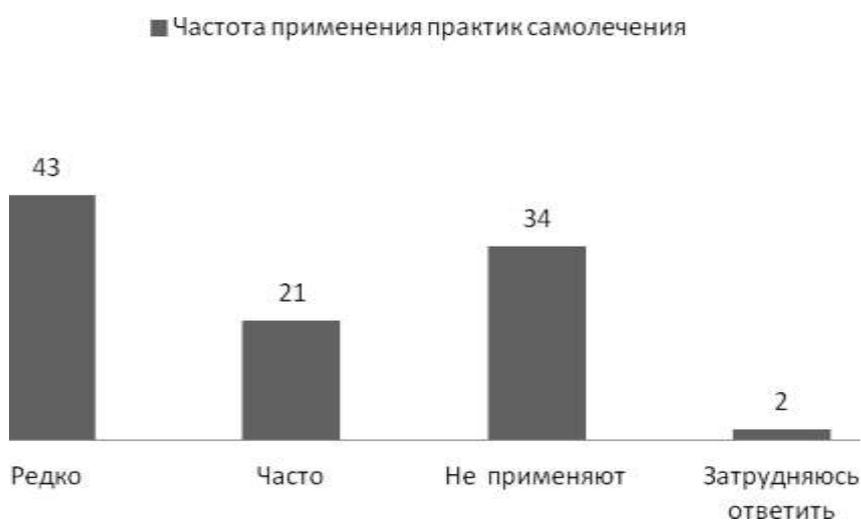
Среди пациентов, неудовлетворенных качеством медицинской помощи, все представители возрастной группы 35-44 года (Рис. 26). Отметим, что среди представителей старшей возрастной группы 55-60 лет, респонденты чаще выбирали ответ «да, полностью удовлетворен» – 62,5% .

Рис.26. Удовлетворенность сельского населения качеством медицинской помощи в зависимости от возраста, %



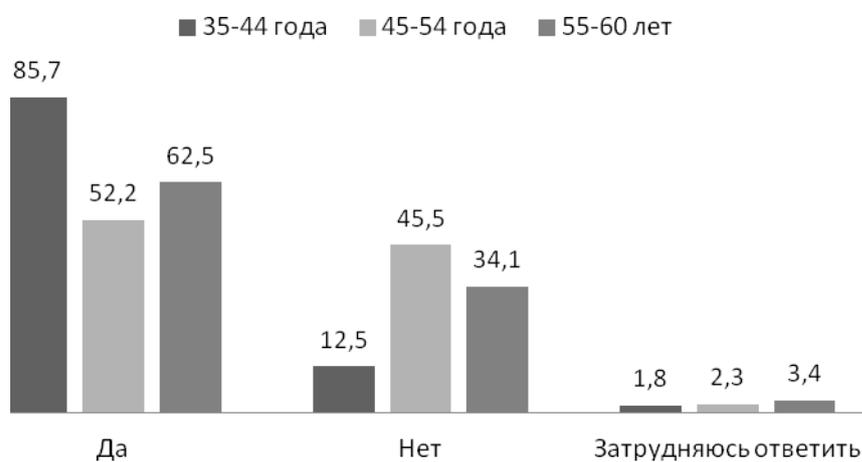
Несмотря на достаточно высокую степень удовлетворенности качеством оказываемых медицинских услуг, сельские жители с профессиональными заболеваниями в некоторых ситуациях практикуют самолечение: 21% от общего числа респондентов применяют самолечение часто; 43% редко прибегают к самолечению (Рис. 27).

Рис.27. Частота применения сельскими жителями с профессиональными заболеваниями практик самолечения, %



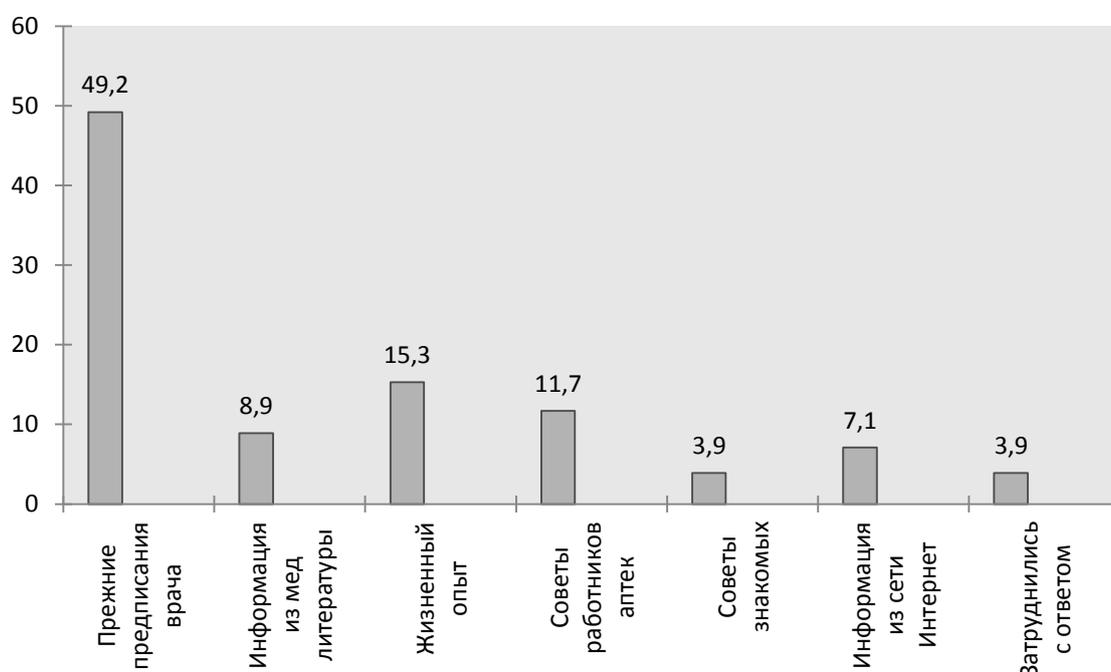
При этом, к практикам самолечения обращаются представители всех возрастных групп (Рис. 28). Однако наиболее высок уровень их применения среди респондентов 35-44 лет – 85,7%.

Рис.28. Применение практик самолечения в зависимости от возраста, %



Отвечая на вопрос: «Чем Вы руководствуетесь при выборе способов и методов самолечения?», большинство сельских жителей, имеющих профессиональные заболевания, указали, что пользуются прежними предписаниями врача (49,2%). Значительно меньшее количество опрошенных руководствуются жизненным опытом (15,3%) и советами работников аптек (11,7%). Показатели, отражающие использование респондентами остальных методов самостоятельного поддержания здоровья и лечения заболеваний, статистически малы (Рис. 29).

Рис.29. Методы самолечения сельских жителей, %

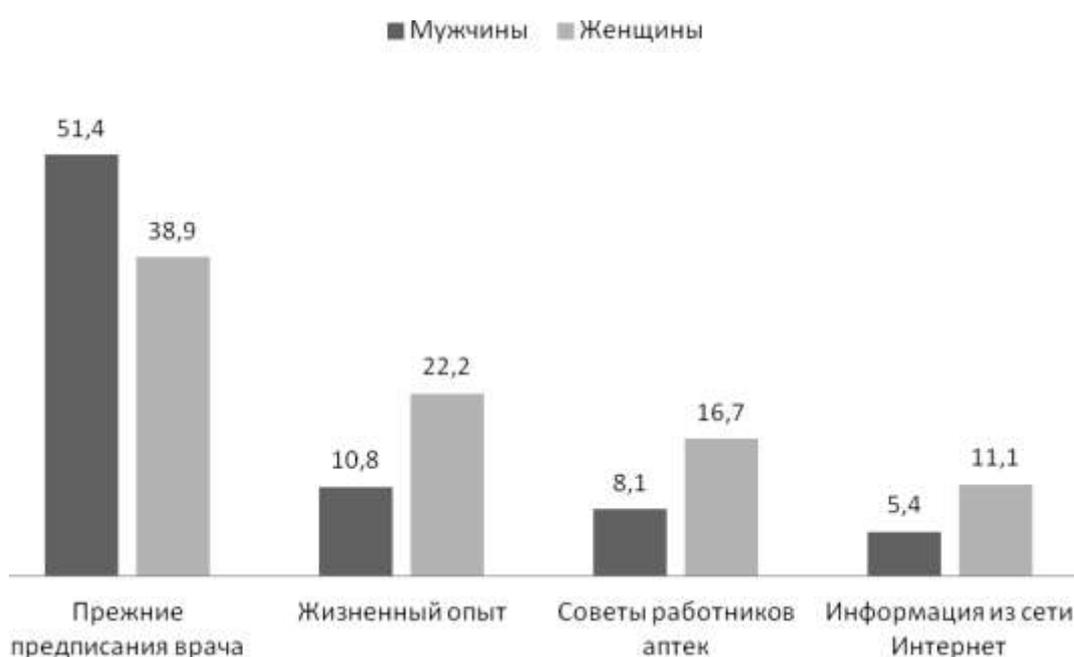


Данный вывод подтверждают и эксперты, отвечая на вопрос о самолечении: *«Не то, чтобы мы разрешаем. Но я полагаю, что многие действительно лечатся самостоятельно, пользуясь бывшими рекомендациями, к примеру, и т.д. Я не исключаю, что часто именно так и происходит, хотя, разумеется, это неправильно»* (Эксперт 1). Кроме того, эксперты допускают, что такие пациенты вполне могут самостоятельно поддерживать собственное здоровье при наличии рекомендаций врача: *«Если*

они (пациенты) тщательно выполняют все предписания врача, все рекомендации, то поддерживающее лечение и профилактика, принесут определенную пользу» (Эксперт10). «Часто они находят медсестер «на местах» и обращаются к ним за помощью, проходят лечение с учетом ранее полученных рекомендаций и под относительным контролем. Кроме того, они сами многому уже научились и получили достаточно информации относительно своего заболевания и его лечения, поэтому могут проводить хотя бы какие-то профилактические курсы терапии самостоятельно» (Эксперт 6).

На рисунке 30 представлены результаты ответов на вопрос о самолечении по гендерному принципу (Рис. 30).

Рис.30. Методы самолечения в зависимости от пола, %



Так, мужчины чаще женщин руководствуются прежними предписаниями врача (51,4%), но женщины больше доверяют своему жизненному опыту (22,2%), советам работников аптек (16,7%) и информации сети Интернет (11,1%). Приведенные данные свидетельствуют о различных

типах поведения по отношению к собственному здоровью среди мужчин и женщин и разных способах формирования практик здоровьесбережения.

По мнению медицинских сестер, жизненным опытом, в основном руководствуются пожилые люди: *««Бабушки» и «дедушки» лучше всех все знают, лечатся нетрадиционными методами, травами, которые они часто сами и собирают» (Эксперт 4).* *«Лечение травами достаточно распространено среди жителей села, особенно старшего поколения. Это уже своеобразная традиция. Причем такое «лекарство» доступно в больших количествах. Ничего плохого в этом нет. Однако не все можно вылечить с помощью лекарственных растений. Не все это понимают и принимают» (Эксперт 3).* Возможно, это обусловлено тем, что сельскому населению в большей степени, чем городскому, присущи консерватизм и традиционализм, препятствующие формированию здоровьесберегающего поведения; на современном же этапе традиционализм связан с патерналистскими установками.

Вопросы поддержания здоровья сельского населения с профессиональными заболеваниями, занятого в работе АПК, актуализируют интерес к роли работодателя как агента процесса здоровьесбережения, что обусловило выбор еще одного метода социологического исследования – фокус-группы с руководителями крестьянско-фермерских хозяйств Саратовской области (*Приложение 4*).

Результаты проведенного исследования позволяют констатировать, что в сфере охраны здоровья работников АПК с установленными профессиональными заболеваниями очевидным представляется смещение ответственности с работодателя на работника, несмотря на декларируемые и предписанные меры по профилактике и выявлению ряда заболеваний среди сельского населения. *«Наши работники по возможности регулярно проходят медицинские осмотры. Этого вполне достаточно» (В.В.). «Они же не маленькие дети, чтобы следить за их здоровьем. Сами вполне могут это*

делать. Вести или нет здоровый образ жизни – это тоже их личное дело» (Н.А.). «Уверен, что многие люди на селе не задумываются над этим, им некогда этого делать. Здесь такой ритм жизни: встаешь в 4 или в 5 часов утра и целый день работаешь, а потом еще свое подсобное хозяйство. Думать приходится о том, как семью содержать и корову прокормить, а не о здоровом образе жизни» (С.А.). «Работа на селе – это тяжелый труд. Они (работники) знают, на что идут, все взрослые люди. Работа в полях сезонная, да, «на износ», но другой работы на селе нет» (К.З.).

Ценность здоровья, безусловно, осознается, но, по мнению руководителей крестьянско-фермерских хозяйств *«главная задача работодателя – обеспечить работой и вовремя платить нормальную зарплату» (М.Е.).* Здоровье воспринимается многими как данность. Понимание заботы о здоровье сотрудников ограничивается соблюдением требований о периодических медицинских осмотрах для работников, занятых в производстве с вредными и опасными условиями труда. В связи с необходимостью учета особенностей и создания специфических условий работы лицам с профессиональными патологиями, руководители КФХ стараются избегать их приема на работу. *«Какую работу я могу предложить «легкотруднику»? Мне не нужны охранники или сторожа, мне нужны механизаторы и трактористы! Мне не хватает «рабочих рук» в поле, а не за столом в офисе» (С.А.).*

Значительным фактором, препятствующим формированию практик здоровьесбережения сельских жителей с профессиональными заболеваниями, является отсутствие выбора вида трудовой деятельности адекватной их соматическому состоянию. *«Людям с проблемами со здоровьем не так легко найти работу на селе. Рынок труда не может предложить им большой выбор рабочих мест с хорошей заработной платой и подходящими для них условиями труда. Боюсь ошибиться, но таких рабочих мест на сельхозпредприятиях просто нет. Если Вы хотите зарабатывать на селе,*

то тяжелого труда Вам не избежать» (Н.А.). «Все знают, что работники АПК трудятся во вредных и опасных условиях. Поэтому травм, профзаболеваний и ухудшения состояния здоровья, в целом, не избежать. При этом все понимают, что людям с серьезными болезнями и ограничением трудоспособности делать в аграрном секторе нечего. У них только две возможности: либо продолжать работать, пока есть силы, либо уходить из этой сферы. Но вопрос – куда?» (К.З.).

При обсуждении причин нарушений санитарного законодательства в отношении требований к условиям труда, санитарно-бытовому и медицинскому обеспечению работников АПК, участники фокус-группы единодушно обозначили следующие проблемы: нехватка кадров в сельскохозяйственном секторе, в том числе квалифицированных специалистов по охране труда; финансовые трудности: *«У меня не хватает квалифицированных механизаторов, а Вы говорите о специалистах по охране труда. На селе не такой «богатый» рынок рабочей силы как в городе. Приходится обходиться тем, что есть» (А.И.). «Да, согласен, есть нарушения по техническому состоянию зерноуборочной техники, производственным зданиям и сооружениям и т.д. Но вся проблема в финансировании. При постоянной нехватке денежных средств приходится по-другому расставлять акценты. В разгар сезона, когда не хватает топлива и может погибнуть урожай, уже не до технической изношенности оборудования и несоблюдения санитарных норм на рабочем месте. Пока могут, работают, и техника и работники!» (С.А.). «Помощи от государства ждать не приходится. Субсидий на все не хватает. Главное – урожай! Что касается условий труда, делаем все, что в наших силах, но не все предприятия АПК и фермерские хозяйства могут «похвастаться» отремонтированными производственными помещениями, новой зерноуборочной техникой и квалифицированными сотрудниками» (А.И.).*

Анализируя результаты, полученные в ходе фокус-группы, а также официальные статистические данные, можно сделать вывод о наличии нарушений санитарного законодательства РФ в сфере охраны здоровья сельского населения, занятого в работе АПК во многих регионах^{138,139,140,141}. К наиболее частым нарушениям относятся:

- отсутствие программ и регулярного производственного контроля за состоянием рабочих мест, факторами рабочей среды, состоянием производственных и санитарно-бытовых помещений;
- нарушение требований к производственным зданиям и сооружениям, транспорту, сельхозтехнике и специализированному оборудованию;
- не проводится косметический ремонт производственных и санитарно-бытовых помещений;
- не обеспечиваются нормативные параметры освещенности, микроклимата, шума и вибрации на рабочих местах, а также вентиляции производственных помещений;
- игнорируются требования к организации и проведению предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров лиц, работающих во вредных и опасных условиях.

Итак, эмпирические данные позволяют заключить, что на современном этапе развития отечественной медицины общая тенденция деятельности института здравоохранения связана не с профилактикой заболеваемости, а с

¹³⁸ Гусак-Катрич, Ю. А. Охрана труда в сельском хозяйстве / Ю. А. Гусак-Катрич. – Москва : Альфа-Пресс, 2007. – 176 с.

¹³⁹ О специальной оценке условий труда : Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 426-ФЗ [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://iv2.garant.ru/document?id=70452676&byPara=1&sub=1> (дата обращения 28.06.2015).

Об охране труда, в том числе на вредных и опасных производствах. Заседание Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан [Электронный ресурс] – URL: <http://government.ru/news/12944/> (дата обращения: 24.06.2015 г.).

¹⁴⁰ О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2014 году [Электронный ресурс] / Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области. – URL: <http://www.mintrud.saratov.gov.ru/upload/iblock/2cb/Doklad%202014.doc> (дата обращения: 29.02.2015).

¹⁴¹ Об охране труда, в том числе на вредных и опасных производствах. Заседание Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан [Электронный ресурс] – URL: <http://government.ru/news/12944/> (дата обращения: 24.06.2015 г.).

выявлением заболеваний и их последующим лечением. Кроме того, такие внешние факторы, как территориальная недоступность медицинской помощи; низкая обеспеченность ЦРБ медицинским персоналом для работы с пациентами с профпатологиями и плохая техническая оснащённость клиник оказывают опосредующее влияние на выработку ценностных ориентаций жителей сельской местности и в дальнейшем – на формирование практик здоровьесбережения.

Если у городского трудоспособного населения фактором, препятствующим заботе о здоровье, является неоднозначная ситуация в сфере охраны здоровья, сложившаяся в процессе перехода к рыночным экономическим отношениям, то у сельских пациентов появляются дополнительные препятствия на индивидуальном уровне, не позволяющие им формировать установку на положительное поведение для сохранения и укрепления здоровья. К ним можно отнести особенности образа жизни и менталитета сельского населения, характеризующиеся традиционализмом в отношении здоровьесберегающих практик; низкий уровень образования; нежелание лечиться, связанное с отсутствием времени и материальных ресурсов; недоверие к системе медицинской помощи в сельских учреждениях здравоохранения.

В дополнение к перечисленным препятствиям формирования ценностных ориентаций жителей сельской местности с профессиональными заболеваниями, занятыми в работе АПК, большинство работодателей не считают себя ответственными за сохранение их здоровья, считая это «личным делом каждого», что проявляется в нарушениях санитарного законодательства РФ и формальном исполнении ряда мер, связанных с охраной здоровья работников.

По итогам главы можно сделать следующие выводы:

Здоровьесбережение сельского населения с профессиональными заболеваниями зависит от реализации медицинских практик поддержания здоровья, включающих медикаментозное лечение, реабилитационные, и профилактические и восстановительно-оздоровительные мероприятия, а также от индивидуальных практик, детерминированных образом жизни и системой ценностей по отношению к собственному здоровью.

В действительности реализация данных практик здоровьесбережения сельских жителей с профпатологиями наталкивается на ряд барьеров. К ним относятся: малая доступность квалифицированной медицинской помощи; плохая техническая и кадровая оснащенность клиник; специфика уклада жизни и менталитета сельского населения; игнорирование профилактических мероприятий в отношении поддержания здоровья; низкий уровень доходов; недостаточная информационная культура, определяющая использование практик самолечения; несоответствие режима и условий труда, а также ухудшение отношения коллектива к работникам с установленными профессиональными заболеваниями.

Формирование здоровьесберегающего поведения сельского населения во многом определяется образом жизни человека, его ценностными ориентациями в отношении собственного здоровья, и впоследствии – осуществлением соответствующих этим ценностям поведенческих моделей. Система ценностей, выступая необходимым фактором формирования отношения к собственному здоровью, детерминирует здоровьесберегающие (или разрушающие здоровье) практики. Однако в реальности наблюдается рассогласованность ценностных ориентаций сельских жителей с профессиональными заболеваниями и практических действий, направленных на поддержание здоровья.

Несмотря на то, что здоровье выступает в качестве одной из основополагающих ценностей, рассматриваемых с инструментальной точки зрения, присущий сельскому населению консерватизм и традиционализм,

основанный на патерналистской модели взаимодействия врача и пациента, образ жизни, тяжелый характер труда, социально-экономические условия жизни, низкий уровень образования, особенности менталитета сельских жителей, а также установки работодателей в отношении практик здоровьесбережения работников, препятствуют формированию здоровьесберегающего поведения данной социальной группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проводившаяся в последние годы в российской системе здравоохранения реструктуризация государственного финансирования сельского здравоохранения и особое внимание к проблеме человеческого капитала актуализировали разработку проблемы здоровьесбережения применительно к современным условиям жизни в сельской местности, и привлечение внимания к ситуации в отношении профессиональных заболеваний сельского населения.

Анализ проблемы здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями, проведенный на региональном уровне, позволил определить основные барьеры и ценностные ориентации, задающие вектор формирования практических действий по отношению к собственному здоровью. Основными факторами, создающими неравенство в сфере здравоохранения, являются окружающая среда, материальное благосостояние сельского населения, индивидуальный социальный капитал, характер трудовой деятельности, уровень образования, гендерные различия, доступность новых медицинских технологий. В рамках эмпирического исследования были выявлены основные барьеры здоровьесбережения сельского населения, представленные разными уровнями: на уровне взаимодействия с социальными институтами это – удаленность от областного центра, доход, сфера занятости, пол, возраст; на уровне социальных групп – взаимоотношения в семье и трудовом коллективе.

Помимо определения объективных барьеров установлено, что ценностные ориентации сельского населения также детерминируют характер заботы о здоровье. Здоровье признается в качестве одной из основных инструментальных смысложизненных ценностей, однако, эта теоретическая установка не подтверждается практикой конкретных действий, а профессиональная деятельность сельского населения формирует карту

рисков здоровью. Тяжелый труд в личных подсобных, фермерских хозяйствах и на предприятиях АПК приводит к росту количества зарегистрированных случаев профессиональных заболеваний. Кроме того, современной системе здравоохранения, основанной на новых принципах (отличных от советского периода), приходится сталкиваться с укоренившимися стратегиями здоровьесбережения сельского населения, сформировавшимися на основе патерналистских установок.

Мониторинг отношения к здоровью среди сельских жителей, страдающих профессиональными заболеваниями, может способствовать более эффективной реализации комплексных программ сельского здравоохранения и преодолению рассогласованности между идейным и практическим содержанием здоровьесбережения. Формирование ценностного отношения самого сельского населения к собственному здоровью и работодателей к практикам здоровьесбережения во многом детерминируется значимостью санитарно-гигиенической и просветительской работы на региональном уровне.

По итогам исследования сформулированы выводы и разработаны практические рекомендации.

ВЫВОДЫ

1. Исследование показало неправомерность отождествления понятий «здоровьесбережение» и «самосохранительное поведение», отсутствие координации между различными дисциплинами, изучающими здоровьесбережение сельского населения. Интегративную роль в преодолении данной разобщенности может сыграть социология медицины.

2. Факторами риска здоровьесбережения сельских жителей являются: уклад жизни сельского населения; неблагоприятные условия труда; неравный доступ к получению квалифицированной медицинской помощи;

существующие практики поддержания здоровья, часто приводящие к самолечению.

3. Здоровьесбережение сельского населения предполагает участие различных агентов социализации и медицинской помощи, но до сих пор они действуют достаточно разрозненно.

4. К медицинским практикам здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями относятся: медикаментозное лечение; реабилитационные; профилактические и восстановительно-оздоровительные мероприятия. К индивидуальным практикам здоровьесбережения этой социальной группы относятся: образ жизни и система ценностей по отношению к собственному здоровью.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется активизировать публикацию научных материалов по проблемам охраны здоровья сельских жителей в журнале «Социология медицины», регулярное проведение научно-практических конференций на тему «Здоровьесбережение сельских жителей в медико-социологических исследованиях» (на базе профильных организаций МЗ РФ).

2. Приоритетным направлением в развитии трехуровневой системы медицинской помощи, введенной в последние годы в рамках реформы отечественного здравоохранения в настоящее время, является высокотехнологичная помощь (3-й уровень). Но основной массив медицинской помощи сельским жителям оказывается на первом уровне – в медучреждениях шаговой доступности. В субъектах РФ с большой долей сельского населения необходимо скорректировать финансирование в сторону его увеличения для медицинских учреждений первого уровня.

3. Институализация системы здоровьесбережения сельского населения предполагает формирование в структуре МЗ РФ и региональных органов управления здравоохранением самостоятельной службы, которая бы

осуществляла координацию функций всех социальных агентов, участвующих в этом процессе.

4. Наряду с развитием медицинской помощи сельскому населению, необходимо формировать в данной группе населения культуру потребления медицинских услуг. Целесообразна разработка региональных Программ здоровьесбережения сельских жителей, в которых была бы прописана роль всех заинтересованных агентов: семьи; школы; общественных организаций; медицинского сообщества; профессионалов в области психологии и социальной работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы гигиены труда в сфере управления профессиональным риском / Г. Т. Айдинов, А. В. Гончаров, Т. А. Тимашова, Д. Г. Кочубей, А. П. Коновалов // *Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровью населения : материалы Всерос. науч.-практ. интернет-конф. молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора / под ред. Г. Г. Онищенко, Н. В. Зайцевой.* – Пермь : Кн. формат, 2013. – С. 150-155.
2. Амосов, Н. М. *Раздумья о здоровье* / Н. М. Амосов. – Москва : АСТ ; Донецк : Сталкер, 2005. – 288 с.
3. Аналитический вестник / [редкол.]: И. В. Михалёв (отв. ред.) [и др] ; Совет Федерации Федерального собрания РФ. – Москва, 2009. – № 3 : *Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты : (по материалам парламентских слушаний Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению).* – 68 с. (Серия: Основные проблемы социального развития России ; [вып.] 110).
4. Андриянова, Е. А. Национальный проект «Здоровье» как фактор развития сельского здравоохранения / Е. А. Андриянова, Л. А. Горбунова // *Здоровье и образование в XXI веке : электронный научно-образовательный вестник.* – 2012. – Т. 14, № 5. – С. 44-45.
5. Андриянова, Е. А. Психологические факторы адаптации к ситуации профессионального заболевания (на примере работающего сельского населения) / Е. А. Андриянова, Е. В. Чернышкова // *Психология. Экономика. Право.* – 2014. – № 3. – С. 30-38.
6. Антонов, А. И. *Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов)* / А. И. Антонов. – Москва : Nota Bene, 1998. – 360 с.
7. Антонов, Г. В. *Трудовая мотивация и ценностные ориентации сельских жителей псковщины (по результатам социологического исследования)* /

- Г. В. Антонов, З. М. Антонова // Псковский регионологический журнал. – 2008. – № 6. – С. 67-73.
8. Арасланова, С. А. Медико-социальные аспекты социально значимых заболеваний в сельской местности : автореф. ... дис. канд. мед. наук / С. А. Арасланова. – Москва, 2006. – 24 с.
9. Баранов, И. Н. Поведение населения на рынке медицинских услуг и перспективы развития страховой медицины в Санкт-Петербурге / И. Н. Баранов, Т. М. Скляр // Вестник СПбГУ. Сер. 8, Менеджмент. – 2004. – Вып. 1, № 1. – С. 65-86.
10. Бесько, В. А. Пути оптимизации управления региональной профпатологической службой / В. А. Бесько, Б. Б. Кравец. – Воронеж : Науч. кн., 2009. – 300 с.
11. Брехман, И. И. Валеология - наука о здоровье / И. И. Брехман. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва : Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
12. Быков, В. С. Здоровьесбережение студенческой молодежи технического вуза в условиях поиска новой образовательной парадигмы / В. С. Быков, Д. В. Викторов // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 9 – С. 154-156.
13. В селах планируется построить 49 медпунктов [Электронный ресурс] – URL: <http://news.sarbc.ru/main/2014/01/29/148802.html> (дата обращения: 14.06.2014 г.)
14. Вайнер, Э. Н. Валеология : учеб. для вузов / Э. Н. Вайнер. – 9-е изд. – Москва : Флинта : Наука, 2011. – 448 с.
15. Варламова, С. Н. Здоровый образ жизни - шаг вперед, два назад / С. Н. Варламова, Н. Н. Седова // Социологические исследования. – 2010. – № 4. – С. 75-88.
16. Варшамов, Л. А. Организация профпатологической помощи сельскому населению / Л. А. Варшамов, В. Ф. Спирин, Г. А. Безрукова // Материалы IX Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье» и IV Всероссийского

съезда врачей-профпатологов, Москва, 24-26 нояб. 2010 г. – Москва : Дельта, 2010. – С. 106-108.

17. Великий, П. П. Динамика формирования многоканальности источников выживания сельской семьи / П. П. Великий, Е. В. Бочарова // Известия Саратовского университета. Новая серия: Социология. Политология. – 2014. – Т. 14. – № 1. – С. 30-37.

18. Великий, П. П. Социохозяйственные факторы устойчивости жизненного пространства села: локальное измерение / П. П. Великий, В. Л. Шабанов // Региональные агросистемы: экономика и социология. – 2015. – № 2 (2). – С. 21.

19. Виноградская, О. Я. Особенности и перспективы развития производственных отношений в фермерских хозяйствах в условиях трансформации агропромышленного комплекса как социо-эколого-экономической системы / О. Я. Виноградская, В. Г. Виноградский // Никоновские чтения. – 2006. – № 11. – С. 88-90.

20. Воронин, Ю. Охрана здоровья сельских жителей / Ю. Воронин // Экономика сельского хозяйства. – 2009. – № 4. – С. 12-16.

21. Гиззатуллин, С. З. Медико-социальная характеристика сельского населения пожилого возраста / С. З. Гиззатуллин, М. Ю. Павлова, Э. Ф. Киреева // Интегративные исследования в медицине : сб. ст. Всерос. науч.-практ. конф. – Саратов, 2009. – С. 76-79.

22. Гусак-Катрич, Ю. А. Охрана труда в сельском хозяйстве / Ю. А. Гусак-Катрич. – Москва : Альфа-Пресс, 2007. – 176 с.

23. Деларю, В. В. Отношение населения к эффективности и правовому полю дополнительной диспансеризации / В. В. Деларю, Д. С. Свердлин, М. Д. Ковалева // Философия права. – Ростов н/Дону, 2009. – № 5. – С. 57-59.

24. Деларю, В. В. Этика в медицине труда и профпатологии: специфика проблемных ситуаций / В. В. Деларю, В. Н. Егоров // Гуманитарное образование и медицина. – Волгоград, 2011. – С. 246-250.

25. Денисов, Л. А. Становление санитарного законодательства в России / Л. А. Денисов // Санитарный врач. – 2013. – № 10. – С. 14-28.
26. Доклад об устойчивом развитии сельских территорий Российской Федерации / Государственный совет РФ, Совет при президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. – Москва, 2014. – 173 с.
27. Духина, Т. Н. Социокультурная адаптация тружеников села в современной России : автореф. дис. ... д-ра социол. наук / Т. Н. Духина – Майкоп, 2010. – 46 с.
28. Евсюков, А. А. Медико-демографические показатели здоровья сельского населения в Республике Башкортостан / А. А. Евсюков, Н. Х. Шарафутдинова, А. А. Калининская. – Уфа : Здравоохранение Башкортостана, 2010. – 250 с.
29. Ефименко, С. А. Влияние образа жизни на здоровье / С. А. Ефименко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 1. – С. 8.
30. Ефименко, С. А. Социология пациента : автореф. дис. ... д-ра социол. наук / С. А. Ефименко. – Волгоград, 2007. – 48 с.
31. Жарова, М. Н. Здоровье в системе жизненных ценностей человека / М. Н. Жарова // Главврач. – 2012. – № 9. – С. 57-63.
32. Журавлева, И. В. Здоровье и болезни в европейском обществе / И. В. Журавлева // Социологические исследования. – 2008. – № 2. – С. 15-16.
33. Журавлева, И. В. Новые подходы к развитию сферы общественного здоровья / И. В. Журавлева // Социология медицины. – 2008. – № 2. – С. 19-23.
34. Журавлева, И. В. Улучшит ли национальный проект «здоровье» состояние здоровья россиян? / И. В. Журавлева, Л. Ю. Иванова // Россия реформирующаяся : ежегодник / отв. ред. М. К. Горшков. – Москва : Ин-т социологии РАН, 2009. – Вып. 8. – С. 377-392.

35. Зайцева, Н. В. Подходы к построению эффективной региональной системы информирования о рисках здоровью / Н. В. Зайцева, Н. А. Лебедева-Несевря // Здоровье семьи – 21 век. – 2010. – № 4. – С. 8.
36. Зайцева, Н. В. Оценка и прогноз потерь здоровья трудоспособного населения: риски и проблемы на пути модернизации российских регионов / Н. В. Зайцева, Н. А. Лебедева-Несевря, Е. Б. Плотникова, И. А. Германов // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 12. – С. 1-6.
37. Захаров, И. А. Экспертиза качества медицинской помощи в информационном пространстве современного здравоохранения / И. А. Захаров, А. С. Федонников, Е. В. Лапочкин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2006. – № 4. – С. 101-104.
38. Здоровье, образ жизни и обслуживание пожилых / ВОЗ. Европ. регион. Бюро ; ред.: W. E. Waters, E. Heikkinen, A. S. Dantas. – Москва : Медицина, 1992. – 212с. – (Общественное здравоохранение в Европе ; [вып.] 29).
39. Иванинский, О. И. Экспертная оценка проблем неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи в сельских районах / О. И. Иванинский, И. В. Шарапов, М. А. Садовой // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 43-47.
40. Иванова, Л. Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности / Л. Ю. Иванова // Россия реформирующаяся : ежегодник - 2005 / отв. ред. Л. М. Дробижева. – Москва : Ин-т социологии РАН, 2006. – С. 110-133.
41. Иванюшкин, А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека / А. Я. Иванюшкин // Валеология. – 1982. – № 1. – С. 49-58 ; № 4. – С. 29-33.
42. Игошев, М. В. Система ценностей в формировании культуры самосохранительного поведения: концептуальный подход / М. В. Игошев // Исторические, философские, политические и юридические науки,

культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики – Тамбов : Грамота. – 2013. – № 9, ч. I. – С. 59-62.

43. Изуткин, Д. А. Анализ подходов к понятию «здоровье» в зарубежной социологии / Д. А. Изуткин // Социология медицины. – 2011. – № 2. – С. 10-14.

44. Итоги Всероссийской переписи населения 2002 года [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.perepis2002.ru/?id=7> (дата обращения: 14.06.2014).

45. Калачикова, О. Н. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона / О. Н. Калачикова, П. С. Корчагина // Проблемы развития территории. – 2012. – № 5 – С. 72-82.

46. Калининская, А. А. Анализ деятельности общих врачебных практик в условиях села / А. А. Калининская, А. К. Дзугаев, Т. В. Чижикова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012 – № 2. – С. 35-39.

47. Кокорина, О. Р. Здоровьесбережение личности в условиях высшего педагогического образования : автореф. дис. ... д-ра пед. наук / О. Р. Кокорина. – Москва, 2012. – 41 с.

48. Кокоткин, И. Ю. О состоянии охраны здоровья жителей села и мерах, принимаемых Минздравсоцразвития России для улучшения качества оказания медицинской помощи сельским жителям / И. Ю. Кокоткин // Аналитический вестник. – 2009. – № 3: Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты. – С. 13-17.

49. Комаров, Ю. М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? / Ю. М. Комаров // Здравоохранение. – 2008. – № 5. – С. 19-28.

50. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года // Федеральный справочник. – Т. 12. – С. 119-148.

51. Кошарная, Г. Б. Ценностные ориентации населения в транзитивном обществе (региональный аспект) / Г. Б. Кошарная, Л. В. Рожкова // Известия

высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. – № 3 – С. 111-121.

52. Кудрявцев, А. А. Особенности смертности сельского населения в Республике Башкортостан [Электронный ресурс] / А. А. Кудрявцев, В. М. Воробьев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/265/27/> (дата обращения: 23.04.2014).

53. Лаврищева, Г. А. Опыт внедрения общей врачебной (семейной) практики в учреждениях сельской местности / Г. А. Лаврищева // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 4. – С. 24-28.

54. Лакунин, К. Ю. К вопросу о термине «сельское здравоохранение» / К. Ю. Лакунин, В. Б. Филатов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 44-45.

55. Лаптев, А. П. Физическая культура и спорт в формировании духовных основ образа жизни / А. П. Лаптев // Теория и практика физ. культуры. – 1986. – С. 7-13.

56. Лебедева-Несевря, Н. А. Алгоритм оценки индивидуального риска, связанного с воздействием злоупотребления алкоголем на здоровье / Н. А. Лебедева-Несевря // Здоровье семьи – 21 век. – 2012. – № 3. – С. 11.

57. Летуновская, В. С. Здоровьесберегающее поведение детей с ОВЗ: основные задачи формирования [Электронный ресурс] / В. С. Летуновская // Психология и социология/8. Педагогическая психология. – URL: http://www.rusnauka.com/14_ENXXI_2012/Psihologia/8_110395.doc.htm (дата обращения: 12.01.2013).

58. Лисицын, Ю. П. Из истории изучения влияния образа жизни на здоровье // Ю. П. Лисицын, Т. В. Журавлева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 39-42.

59. Лисицын, Ю. П. Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицын. – Москва : Знание, 1982. – 246 с.

60. Лихницкая, И. И. Что надо знать о возрастных и физиологических резервах организма : в помощь лектору / И. И. Лихницкая. – Ленинград : Знание, 1987. – 31 с.
61. Максимова, Т. М. Особенности состояния здоровья жителей разных типов поселений / Т. М. Максимова, М. П. Пушкина // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
62. Мильштейн, О. А. Олимпийская сага: олимпиадики, жрецы, пилигримы. В 3 кн. Кн. 1. Олимпиадики / О. А. Мильштейн. – Москва : Терра-Спорт, Олимпия Пресс, 2001. – 744 с.
63. Митяева, А. М. Здоровьесберегающие образовательные технологии / А. М. Митяева. – Орел : Орлик, 2001. – 200 с.
64. Митяева, А. М. Здоровьесберегающие педагогические технологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. М. Митяева. – Москва : Академия, 2008. – 192 с.
65. Молодцов, С. А. Научное обоснование стратегии охраны здоровья сельского населения (комплексное социально-гигиеническое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. А. Молодцов. – Москва, 2009. – 44 с.
66. Москвичева, Т. Г. Комплексное медико-социальное исследование здоровья сельского населения и совершенствование системы оказания медицинской помощи жителям сельской местности / Т. Г. Москвичева ; под ред. Л. Г. Розенфельд. – Челябинск, 2009. – 400 с.
67. Национальный проект «Здоровье»: итоги и перспективы // Медицина и Здоровье. – 2008. – № 12. – С. 10-11.
68. О внесении изменений в федеральную целевую программу «Социальное развитие села до 2010 года» : Постановление Правительства РФ от 17 сентября 2007 г. № 596 [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/2063081/> (дата обращения: 20.06.2014).

69. О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» : Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. N 369-ФЗ [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL:

<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12092450/> (дата обращения 26.06.2014).

70. О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений : Приказ Минздрава СССР от 23.09.81 № 1000 [Электронный ресурс]. – URL:

<http://www.zakonprost.ru/content/base/part/472424> (дата обращения: 15.06.2014).

71. О порядке, размере и условиях осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам (акушеркам) и медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи муниципальной системы здравоохранения, а при их отсутствии на территории муниципального образования - учреждений и подразделений скорой медицинской помощи Саратовской области : Постановление Правительства Саратовской области от 2 февраля 2009 г. № 38-П [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/saratov/191019/> (дата обращения: 14.06.2014).

72. О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) : Приказ Минздрава РФ № 237 от 26.08.1992 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.zdrav.ru/library/regulations/detail.php?ID=26344> (дата обращения 25.06.2014).

73. О проведении межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы гигиенической оценки и управления рисками

здоровью сельского населения и работников сельского хозяйства» : Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 7 июля 2011 г. № 654 [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4093001/> (дата обращения: 15.05.2014).

74. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Саратовской области в 2011 году : государственный доклад / Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Саратовской области, Центр гигиены и эпидемиологии в Саратовской области. – Саратов, 2012. – 387 с.

75. О состоянии профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2009 году : информ. сб. стат. и аналит. материалов / под ред. М. В. Фокина. – Москва : ФЦГИЭ Роспотребнадзора, 2010. – 54 с.

76. О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году [Электронный ресурс] / Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области. – URL: http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209 (дата обращения: 15.05.2014).

77. О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2014 году [Электронный ресурс] / Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области. – URL: <http://www.mintrud.saratov.gov.ru/upload/iblock/2cb/Doklad%202014.doc> (дата обращения: 29.03.2015).

78. О социальном развитии села : закон РСФСР от 21.12.1990, № 438-1 (с изменениями от 28 апреля 1993 г.) [Электронный ресурс]. – URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4602/ (дата обращения: 13.03.2014).

79. О Федеральной целевой программе «Социальное развитие села до 2013 года»: Постановление Правительства РФ от 3.12.2002 г. № 858 [Электронный ресурс]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64705/ (дата обращения: 15.03.2014).

80. О федеральной целевой программе «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года»: Постановление Правительства РФ от 15 июля 2013 г. № 598 [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70319016/> (дата обращения: 20.06.2014).

81. Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака (с изменениями и дополнениями) : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. № 597н [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://base.garant.ru/12169847/#ixzz3690azzl8> (дата обращения 17.06.2014).

82. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL:<http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1:1> (дата обращения 26.06.2014).

83. О специальной оценке условий труда : Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 426-ФЗ [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL:

<http://iv2.garant.ru/document?id=70452676&byPara=1&sub=1> (дата обращения 28.06.2015).

84. Об охране труда, в том числе на вредных и опасных производствах. Заседание Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан [Электронный ресурс] – URL: <http://government.ru/news/12944/> / (дата обращения: 24.06.2015 г.).

85. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н [Электронный ресурс] // ГАРАНТ. РУ : информационно-правовой портал. – URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70095856/#ixzz36eqlhhr> (дата обращения 01.07.2014).

86. Ображей, О. Н. Актуальность изучения самосохранительного поведения населения / О. Н. Ображей, В. С. Подвальская // Социологический альманах. – 2010. – № 1. – С. 263-268.

87. Общая врачебная практика: этапы развития и роль Саратовского государственного медицинского университета в ее становлении на региональном уровне / П. В. Глыбочко [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 4, № 2. – С. 9-12.

88. Онищенко, Г. Г. Состояние условий труда и профессиональной заболеваемости работников Российской Федерации / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2009. – № 1. – С. 29-33.

89. Паршуков, Ю. Б. Государственная социальная политика в сельских поселениях современной России: политологический аспект : дис. ... канд. полит. наук / Ю. Б. Паршуков. – Ростов н/Дону, 2005. – 181 с.

90. Петров, В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград : Издатель, 2001. – 96 с.

91. Пешкова, Г. А. Валеологическое развитие учащихся на уроках музыки [Электронный ресурс] / Г. А. Пешкова // Педагогика online : электронный

журнал. – URL: <http://aneks.spb.ru/index.php/publikacii/84-preschool-music/2669-2014-11-18-19-32-40> (дата обращения: 15.05.2014).

92. Положение об аптечных пунктах аптекоуправлений системы министерства здравоохранения СССР : Приказ от 9 августа 1950 г. № 674 Министерства Здравоохранения СССР [Электронный ресурс] // Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик. – URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4788.htm (дата обращения: 24.06.2014).

93. Полушкина, Т. М. Формирование механизма мотивации крестьянского труда / Т. М. Полушкина, О. И. Егорова // Регионология. – 2012. – № 1. – С. 170-182.

94. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества / И. Ю. Юрова, Е. А. Андриянова, Л. М. Федорова, В. В. Масляков // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7, ч. 5. – С. 1065-1069.

95. Проблемы здравоохранения села / В. И. Стародубов [и др.] – Москва: Академия Естествознания, 2012. – 207 с.

96. Профилактика // Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б. В. Петровский. – Москва : Сов. Энциклопедия, 1983. – Т. 21. – С. 250-254.

97. Райкин, С. С. Физиолого-гигиеническая оценка условий труда механизаторов сельского хозяйства / С. С. Райкин // Санитарный врач. – 2013. – № 9. – С. 55-57.

98. Рассадина, Т. А. Нравственные ориентации жителей российской провинции / Т. А. Рассадина // Социологические исследования. – 2004. – № 7. – С. 52-61.

99. Резервы повышения доступности и качества специализированной медицинской помощи / С. А. Ефименко [и др.] // Развитие российского здравоохранения на современном этапе : сб. науч. тр. Всерос. мед. науч.-практ. конф. – Москва : АдамантЪ, 2013. – С. 30-31.

100. Рефлексивное крестьяноведение. Десятилетие исследований сельской России / под ред. Т. Шанина, А. Никулина, В. Данилова. – М. : МВШСЭН ; Российская политическая энциклопедия, 2002. – 592 с.
101. Реформирование функционально-организационной структуры здравоохранения села / А. А. Калининская, В. В. Стрючков, А. К. Дзугаев, А. А. Кудрявцев // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 6. – С. 12-16.
102. Решетников, А. В. Медико-социологические представления о моделях болезни и здоровья / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2003. – № 2. – С. 3-17.
103. Решетников, А. В. Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2006. – № 1. – С. 3-9.
104. Решетников, А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А. В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 12. – С. 5-19.
105. Решетников, А. В. Социология пациента / А. В. Решетников, С. А. Ефименко. – Москва : Здоровье и общество, 2008. – 304 с.
106. Розенфельд, Л. Г. Медицинская активность населения, проживающего в сельской местности / Л. Г. Розенфельд, М. Г. Москвичева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 8-11.
107. Романовская, Е. С. Социокультурные факторы и институциональные субъекты, детерминирующие здоровье населения/ Е. С. Романовская // Вестник Челябинского государственного университета. – 2011. – № 30: Философия. Социология. Культурология, вып. 22. – С. 153–160.
108. Седова, Н. Н. Развитие социологии медицины как методологии институциональных исследований охраны здоровья / Н. Н. Седова, Т. В. Бармина, А. В. Кунецов // Гуманитарные исследования. – 2009. – № 5. – С. 54-59.

109. Седова, Н. Н. Здоровье и болезнь в социальном контексте // *Философия науки и техники* / Н. Н. Седова. – 2008. – Т. 13, № 1. – С. 262-268.
110. Славнухина, Л. В. Влияние условий труда на здоровье механизаторов, работающих в сельском хозяйстве / Л. В. Славнухина, Е. И. Якуничева // *Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровью населения : материалы Всерос. науч.-практ. интернет-конф. молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора* / под ред. Г. Г. Онищенко, Н. В. Зайцевой. – Пермь : Кн. формат, 2013. – С. 130-134.
111. Смирнов, Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. – Москва : АПК ПРО, 2002. – 121 с.
112. Соколова, И. Ю. Теоретико-методологические основания развития и сохранения здоровья личности в системе непрерывного образования / И. Ю. Соколова // *Вестник Томского государственного педагогического университета*. – 2011. – № 6. – С. 169-175.
113. Состояние социально-трудовой сферы села и предложения по ее регулированию : ежегодный доклад по результатам мониторинга 2008г. – Москва : Росинформагротех. – 2009. – Вып. 10. – 189 с.
114. Социально-демографический портрет России : по итогам Всероссийской переписи населения 2010 года / Федеральная служба государственной статистики. – Москва : Статистика России, 2012. – С. 118-119.
115. Спирин, В. Ф. Теоретические аспекты изучения рисков в гигиене и экологии / В. Ф. Спирин, А. Д. Трубецков // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – № 11, ч. 1. – С. 123-125.
116. Спирин, В. Ф. Гигиенические аспекты управления профессиональными рисками у работников сельского хозяйства / В. Ф. Спирин, Т. А. Новикова, Е. Г. Герштейн // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2008. – № 1. – С. 19-20.

117. Степанов, А. Д. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования / А. Д. Степанов, Д. А. Изуткин // Советское здравоохранение. – 1981. – № 5. – С. 6.
118. Татарников, М. А. Общественная оценка медицинской помощи населению Московской области / М. А. Татарников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 7-11.
119. Торопов, Д. И. Доступность медицинского обслуживания сельского населения как фактор устойчивого развития сельских территорий / Д. И. Торопов // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. – 2009. – № 3. – С. 7-13.
120. Тришин, В. М. Обращаемость сельских жителей в фельдшерско-акушерские пункты / В. М. Тришин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 4. – С. 20-22.
121. Трубецков, А. Д. Биоэтические аспекты эпидемиологических исследований профессиональных рисков / А. Д. Трубецков // Медицина труда и промышленная экология. – 2011. – № 7. – С. 1-4.
122. Трубецков, А. Д. Здоровый образ жизни: медицинские и социальные подходы / А. Д. Трубецков // Гигиена и санитария. – 2007. – № 5. – С. 75-76.
123. Трубецков, А. Д. Этика и вопрос информирования работника о профессиональных рисках / А. Д. Трубецков // Медицина труда и промышленная экология. – 2006. – № 8. – С. 10-14.
124. Трушкина, Л. Ю. Гигиена и экология человека : учеб. пособие / Л. Ю. Трушкина, А. Г. Трушкин, Л. М. Демьянова. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : Проспект, 2006. – 528 с.
125. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать? Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020» / Г. Э. Улумбекова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

126. Уляева, Л. Г. Психологический индикатор здоровьесбережения личности / Л. Г. Уляева // Теория и практика физической культуры. – 2006. – № 6. – С. 55.
127. Условия формирования здоровьесберегающего поведения подростков / С. В. Мальцев [и др.] // Практическая медицина. – 2011. – № 5. – С. 77-78.
128. Федосеева, Н. А. Анализ ключевых категорий образа жизни / Н. А. Федосеева // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 5 – С. 93-95.
129. Физиологические основы здоровья : краткий курс лекций по валеологии [Электронный ресурс] / сост. И. А. Тихомирова. – URL: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/met73.html> (дата обращения: 20.04.2013).
130. Хагуров, А. А. Село в современном обществе: социокультурные аспекты / А. А. Хагуров // Россия реформирующаяся : ежегодник-2010 / отв. ред. М. К. Горшков. – Москва : Новый Хронограф, 2010. – Вып. 9. – С. 244-256.
131. Хагуров, А. А. Человеческий капитал современного российского села / А. А. Хагуров // Модернизация социальной структуры российского общества / отв. ред. З. Т. Голенкова. – Москва : Ин-т социологии РАН, 2008. – С. 195-220.
132. Царегородцев, Г. И. В век прогресса без болезней / Г. И. Царегородцев // Коммунист. – 1987. – № 14. – С. 2.
133. Центры здоровья [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mednet.ru/ru/zdorovyj-obraz-zhizni/uchrezhdeniya-deyatelnost-kotoryx-napravlena-na-formirovanie-zozh/czentry-zdorovya.html> (дата обращения: 25.06.2014).
134. Чернышкова, Е. В. Генезис отношения к активности в старости: социологический анализ / Е. В. Чернышкова. – Саратов, 2011. – 131 с.

135. Чернышкова, Е. В. Источники поддержания здоровья в интерпретациях представителей пожилого возраста / Е. В. Чернышкова, Е. А. Андриянова, В. Ф. Репин, Д. В. Чернышков // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – Т. 11. – № 1. – С. 058-061.
136. Чернышкова, Е. В. Конструирование социального отношения к здоровью в позднем возрасте: ретроспективный анализ / Е. В. Чернышкова // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2008. – № 10. – С. 181-186.
137. Чернышкова, Е. В. Продолжение трудовой деятельности в контексте активного образа жизни пожилых людей / Е. В. Чернышкова, Е. А. Андриянова // Социальная интеграция и развитие этнокультур в евразийском пространстве. – 2013. – № 1. – С. 147-150.
138. Чижикова, Т. В. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению сельского муниципального района : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Чижикова. – Москва : Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава, 2010 – 31 с.
139. Чижова, В. М. Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью / В. М. Чижова, А. А. Богатырев // Социология медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 49-53.
140. Шалашова, М. Л. Демографические аспекты профессиональной заболеваемости работников сельского хозяйства / М. Л. Шалашова, Г. А. Безрукова // Санитарный врач. – 2013. – № 9. – С. 48-51.
141. Шилова, Л. С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения / Л. С. Шилова // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 102-109.
142. Шилова, Л. С. Ресурсы модернизации здравоохранения / Л. С. Шилова // Риск: исследования и социальная практика / отв. ред. А. В. Мозговая. – Москва : Ин-т социологии РАН, 2011. – 256 с.

143. Шилова, Л. С. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения. Стратегии поведения / Л. С. Шилова. – Saarbrücken : LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 143 с.
144. Шипиловская, О. А. Влияние медицинских работников на самосохранительное поведение сельских жителей / О. А. Шипиловская // Вестник ВЭГУ. – 2011. – № 2. – С. 156-162.
145. Шипиловская, О. А. Проблемы развития сельской медицины: социологический анализ / О. А. Шипиловская // Вестник Поволжской акад. гос. службы. – 2008. – № 2. – С. 182-187.
146. Шушунова, Т. Н. Самосохранительное поведение: методологические основания исследования / Т. Н. Шушунова // Вестник БНТУ. – 2009. – № 5. – С. 101-106.
147. Щепин, О. П. Комплексное изучения здоровья населения Новгородской области: методология, основные результаты и перспективы / О. П. Щепин, В. А. Медик // Проблемы социальной гигиены, здоровья и истории медицины. – 2007. – № 4. – С. 3-7.
148. Югова, Е. А. К вопросу об истории развития здоровьесбережения в России / Е. А. Югова // Вестник ТюмГУ. – 2011. – № 9. – С. 167-172.
149. Юрова, И. Ю. Влияние ценностных установок жителей сельской местности на формирование самосохранительного поведения / И. Ю. Юрова, Л. М. Федорова, Е. В. Чернышкова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10, №3. – С. 465-468.
150. Юрова, И. Ю. Образ жизни сельского населения в контексте самосохранительного поведения / И. Ю. Юрова, Е. В. Чернышкова // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. – 2014. – Т. 4, № 8. – С. 59-65.
151. Яковлева, Н. В. Здоровьесберегающее поведение человека: социально-психологический дискурс / Н. В. Яковлева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2013. – № 1. – С. 70-79.

152. Яппаров, К. С. Социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья работающего населения, проживающего в сельской местности / К. С. Яппаров, А. А. Евсюков // Санитарный врач. – 2012. – № 2. – С. 35-39.
153. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders / L. Abasolo [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2005. – Vol. 143, № 6. – P. 404-414.
154. Ababa, M. Health-Risk Behaviors in Agriculture and Related Factors, Southeastern Anatolian Region Of Turkey // J. Agromedicine. – 2014. – № 19. – P. 364-372.
155. Boulle, A. Rural Health Care and Rural Poverty – inextricably linked / A. Boulle // Health Systems Trust Dept. of Health. – 1997. – Iss. 28. – P. 6-7.
156. Callahan, D. How much medical progress can we afford? Equity and the cost of health care / D. Callahan // J. Mol. Biol. – 2002. – Vol. 319, № 4. – P. 885-890.
157. Consumers' experiences of back pain in rural Western Australia: access to information and services, and self-management behaviours / A. M. Briggs [et al.] // BMC Health Serv. Res. – 2012. – Vol. 12. – P. 357.
158. Ensor, T. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side / T. Ensor, S. Cooper // Health Policy Plan. – 2004. – Vol. 19, № 2. – P. 69-79.
159. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium / K. Coleman [et al.] // Health Aff. (Millwood). – 2009. – Vol. 28, № 1. – P. 75-85.
160. Faragher, E. B. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis / E. B. Faragher, M. Cass, C. L. Cooper // Occup. Environ. Med. – 2005. – Vol. 62, № 2. – P. 105-112.
161. Fardon, D. F. Nomenclature and Classification of Lumbar disc pathology / D. F. Fardon // Spine. – 2001. – Vol. 26, № 5. – P. 93-113.

162. Freidson, E. Professional dominance: the social structure of medical care / E. Freidson. – New York : Atherton, 1970. – 242 p.
163. Gautrin, D. Risk factors, predictors, and markers for work-related asthma and rhinitis / D. Gautrin, J. L. Malo // *Curr. Allergy Asthma Rep.* – 2010. – Vol. 10, № 5. – P. 365-372.
164. Hickey, J. Integrating health and social care services / J. Hickey // *Nurs. Manag.* – 2008. – Vol. 15, № 8. – P. 20-24.
165. Kok, R. The association between socioeconomic status and changes in health in Europe / R. Kok, M. Avendano, J. P. Mackenbach // *Health, ageing and retirement in Europe (2004-2007): starting the longitudinal dimension* / ed. A. Börsch-Supan [et al.]. – Mannheim : Strauss, 2008. – P. 123-128.
166. Lynam, M. Health as a socially mediated process: theoretical and practice imperatives emerging from research on health inequalities / M Lynam // *ANS Adv. Nurs. Sci.* – 2005. – Vol. 28, № 1. – P. 25-37.
167. Mechanic, D. The concept of illness behavior / D. Mechanic // *J. Chronic Dis.* – 1962. – Vol. 15. – P. 189-194.
168. Methodology for the Update of the Occupational Medicine Practice Guidelines [Electronic resource] / American College of Occupational and Environmental Medicine. 2nd ed. – URL: https://www.ocoem.org/uploadedFiles/Knowledge_Centers/Practice_Guidelines/A_COEM%20Practice%20Guidelines%20Methodology.pdf (accessed: June 23, 2015).
169. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated / C. Schoen [et al.] // *Health Aff.* – 2012. – Vol. 30, № 12. – P. 2437-2448.
170. Hegmann, Kurt T. Occupational medicine practice guidelines: evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers / Kurt T. Hegmann. – 2nd ed. – American College of Occupational and Environmental Medicine, 2008. – 1178 p.

171. Patterns of multimorbidity in working Australians / L. Holden [et al.] // Population Health Metrics. – 2011. – Vol. 9. – P. 15.
172. Phillips, A. Health status differentials across rural and remote Australia / A. Phillips // Aust. J. Rural. Health. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 2-9.
173. Social capital, income inequality and mortality / I. Kawachi [et al.] // Am. J. Public Health. – 1997. – Vol. 87, № 9. – P. 1491-1498.
174. Social determinants of health: the solid facts / ed. by R. Wilkinson, M. Marmot. – 2nd ed. – Geneva : World Health Organization, 2003. – 32 p.
175. Stone, G. R. Evaluation of a rural chronic disease self-management program / G. R. Stone, T. L. Packer // Rural Remote Health. – 2010. – Vol.10, № 1. – P. 10.
176. Strauss, A. Chronic illness and the quality of life / A. Strauss. – St. Louis : Moshby, 1984. – 225 p.
177. Waldman, H. B. Rural health issues / H. B. Waldman, S. P. Perlman // ASDC J. Dent. Child. – 2002. – Vol. 69, Iss. 1. – P. 96-99.
178. White, K. An introduction to the Sociology of Health and Illness / K. White. – SAGE Publishing, 2002. – 196 p.
179. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations / ed. by Robert G. Evans, Morris L. Barer, and Theodore R. Marmor. – New York : Aldine de Gruyter, 1994. – 378 p.
180. WONCA. Global family doctor [Electronic resource]. – URL: <http://www.globalfamilydoctor.com/> (дата обращения: 21.10.2013).
181. World Health Organization. Global Forum for Health Research [Electronic resource]. – URL: http://www.who.int/oral_health/events/gf8/en/ (дата обращения: 21.10.2013).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкета «Отношение больных с профзаболеваниями, проживающих в сельской местности, к практикам здоровьесбережения»

Объем выборки: 326 респондентов.

Структура выборки: пол – женский (66%)/мужской (34%),

возраст – 35-60 лет

I. Информация о респонденте

В1. Укажите Ваш род занятий ...	
1	Механизатор
2	Доярка
3	Рабочий
4	Безработный
5	Домохозяйка
6	Другое (запишите)

В2. Форма собственности предприятия, на котором Вы работаете/работали	
1	Бюджетная
2	Коммерческая
3	Затрудняюсь ответить
4	Другое (запишите)

В3. Скажите, пожалуйста, сколько Вам полных лет? ЗАПИШИТЕ ВАШ ВОЗРАСТ	В4. Ваш пол .
возрастлет	1 мужской
	2 женский

В5. Ваше образование.	
1	Высшее
2	Неоконченное высшее (не менее 3-х законченных курсов ВУЗа)
3	Среднее специальное
4	Среднее (полное общее)
5	Неполное среднее, начальное
6	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В6. Укажите Ваше семейное положение.	
1	Женат (замужем), в том числе в гражданском браке
2	Холост (не замужем)
3	Разведен (а)
4	Вдовец (вдова)
6	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В7. Укажите количество детей.	
1	Нет
2	1
3	2
4	3
5	Более 3х
6	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В8. Оцените, пожалуйста, доход вашей семьи на одного человека в месяц.	
1	От 3000 до 6000 рублей
2	От 6000 до 9000 рублей
3	От 9000 до 12000
4	От 12000 до 15000
5	От 15000 до 21000
6	21000 рублей и выше
7	Затрудняюсь ответить/Отказ от ответа

В9. Укажите место Вашего проживания.	
1	Деревня/село
2	Поселок
3	Поселок городского типа
4	Районный центр
5	Город
6	Другое (ЗАПИШИТЕ)
7	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В10. Укажите, сколько лет Вы проживаете в сельской местности.	
1	Менее 5 лет
2	5-10 лет
3	10-20 лет
4	Более 20 лет
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В11. Укажите, как далеко Вы находитесь от областного центра.	
1	Менее 50 км
2	50-150 км
3	150-250 км
4	Более 250 км
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

II. Информация о профессиональном заболевании

В12. Назовите свое профессиональное заболевание. ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Заболевания дыхательных путей (проф.бронхит, проф.астма, ХОБЛ)
2	Бруцеллез
3	Нейросенсорная тугоухость
4	Заболевания периферийной нервной системы (радикулит, периартроз)
5	Заболевания позвоночника (остеохондроз, позвоночная грыжа)
6	Вибрационная болезнь
7	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В13. Укажите, когда Вам был поставлен диагноз «профессиональное заболевание».	
1	Менее 1 года назад
2	От 1-3 лет
3	От 3-6 лет
4	6-10 лет назад
5	Более 10 лет назад
6	Другое (ЗАПИШИТЕ)
7	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В14. Как было выявлено профессиональное заболевание?	
1	На обязательном медицинском осмотре
2	При самостоятельном обращении к врачу
3	Другое (ЗАПИШИТЕ)
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В15. Где Вам был поставлен первоначальный диагноз «профессиональное заболевание»?	
1	В городской поликлинике
2	В районной поликлинике
3	В фельдшерско-акушерском пункте
4	В ЦРБ
5	В областном НИИ гигиены и профпатологии
6	Другое (ЗАПИШИТЕ)
7	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В16. Когда Вы первый раз обратились с жалобами к врачу в связи с Вашим профессиональным заболеванием?	
1	Менее 1 года назад
2	От 1-3 лет
3	От 3-6 лет
4	6-10 лет назад
5	Более 10 лет назад
6	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В17. Была ли вам присвоена группа инвалидности?	
1	Да
2	Нет
3	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В18. 7. Укажите свою группу инвалидности:	
1	I группа
2	II группа
3	III группа
4	__% по потери трудоспособности в специальности
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В19. Как часто Вам необходимо проходить плановое лечение (госпитализацию) в связи с Вашим профессиональным заболеванием?		
1	Раз в полгода	→ Переходите к вопросу 20
2	Один раз в год	→ Переходите к вопросу 20
3	Другое (ЗАПИШИТЕ)	→ Переходите к вопросу 20
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа	→ Переходите к вопросу 21

В20. Сколько времени занимает плановое лечение (госпитализация) в связи с Вашим профессиональным заболеванием?	
1	2 недели
2	1 месяц
3	Другое (ЗАПИШИТЕ)
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В21. Отказывались ли Вы от планового лечения (госпитализации) в связи с Вашим профессиональным заболеванием?	
1	Да → Переходите к вопросу 22
2	Нет → Переходите к вопросу 23
3	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа → Переходите к вопросу 23

В22. Укажите причину, по которой Вы отказывались от планового лечения (госпитализации) в связи с Вашим профессиональным заболеванием. ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Удаленность клиники от дома
2	Трудности в оформлении документов на госпитализацию
3	Потеря в з/п из-за б/л
4	Материальные трудности
5	Необходимость постоянного ухода за скотом, домашним хозяйством
6	Другое (ЗАПИШИТЕ)
7	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В23. Как часто вы обращаетесь за медицинской помощью к врачу?	
1	Регулярно обращаюсь в связи со своим профессиональным заболеванием → Переходите к вопросу 24
2	Обращаюсь в экстренных случаях → Переходите к вопросу 24
3	Не обращаюсь совсем → Переходите к вопросу 25
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа → Переходите к вопросу 25

В24. Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены качеством оказываемой Вам медицинской помощи по 5ти балльной шкале (где "1" – минимальная отрицательная оценка, а "5" – максимальная положительная):

	min						max	
<i>не удовлетворен</i>	1	2	3	4	5		<i>удовлетворен</i>	

В25. При возникновении каких-либо форм недомоганий занимаетесь ли Вы самолечением?	
1	Да, в определенных ситуациях → Переходите к вопросу 26
2	Нет, не допускаю такую возможность → Переходите к вопросу 28
3	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа → Переходите к вопросу 28

B26. Как часто при возникновении каких-либо форм недомоганий Вы применяете самолечение?	
1	Часто
2	Редко
3	Не использую
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

B27. Чем вы руководствуетесь при выборе методов и способов самолечения? ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Прежними предписаниями врача
2	Информацией из медицинской литературы
3	Жизненным опытом
4	Советами работников аптек
5	Советами родственников/соседей/знакомых
6	Информацией из сети Интернет
7	Другое (ЗАПИШИТЕ)
8	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

B28. Обращаетесь ли Вы и как часто за платной медицинской помощью?		
1	Да, часто	→ Переходите к вопросу 29
2	Да, но редко	→ Переходите к вопросу 29
3	Нет, не обращаюсь	→ Переходите к вопросу 30
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа	→ Переходите к вопросу 30

B29. По каким причинам Вы обращаетесь за платными медицинскими услугами? ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Более квалифицированное обслуживание
2	Наличие современной аппаратуры
3	Доброжелательное отношение персонала
4	Отсутствие очередей
5	Удобное территориальное расположение
6	Другое (ЗАПИШИТЕ)
7	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

B30. Доступна ли для вас стоимость платных медицинских услуг?	
1	Да
2	Нет
3	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

B31. Было ли Вам рекомендовано санаторно-курортное лечение после постановки диагноза профессиональное заболевание?	
1	Да
2	Нет
3	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа
B32. Как часто Вы проходите санаторно-курортное лечение?	
1	Бываю регулярно
2	Был один раз
3	Не был ни разу

4	Другое (ЗАПИШИТЕ)
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

III. Информация о профессиональной деятельности

В33. Как бы Вы оценили условия труда на своем рабочем месте (если Вы работаете) и на своем прежнем рабочем месте (если Вы не работаете)?	
1	Отличные
2	Хорошие
3	Удовлетворительные
4	Неудовлетворительные
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В34. Были ли Вы отстранены от вредных условий труда после того как Вам был поставлен диагноз «профессиональное заболевание» или присвоена инвалидность?	
1	Да
2	Нет
3	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В35. Если, «да», то по каким причинам это произошло?	
1	По состоянию здоровья
2	По настоянию руководства
3	В связи с инвалидностью
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В36. Пользуетесь ли Вы правами и льготами, положенными Вам при вашем профессиональном заболевании?	
1	Да, пользуюсь
2	Знаю о них, но не пользуюсь
3	Ничего об этом не знаю
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В37. Как повлияло наличие профессионального заболевания (инвалидности) на Вашу трудовую деятельность?	
1	Вынужден был(а) сменить работу
2	Пришлось уволиться
3	Прошел(а) переквалификацию
4	Никак не повлияло
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В38. Как изменилось к Вам отношение коллег, начальства на работе после постановки диагноза профессиональное заболевание?	
1	Изменилось в лучшую сторону
2	Изменилось в худшую сторону
3	Не изменилось
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В39. Как изменилось к Вам отношение ваших близких, родственников, друзей после	
--	--

постановки Вам диагноза профессиональное заболевание?	
1	Изменилось в лучшую сторону
2	Изменилось в худшую сторону
3	Не изменилось
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В40. Как изменилось Ваше материальное положение после постановки диагноза профессиональное заболевание?	
1	Изменилось в лучшую сторону
2	Изменилось в худшую сторону
3	Не изменилось
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В41. Укажите причины, повлиявшие на ухудшение Вашего материального положения? ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Потеря работы
2	Затраты на лекарства
3	Затраты на медицинскую помощь
4	Затраты на дополнительные поездки в областной центр (консультации, плановое лечение)
5	Затраты на питание
6	Потеря возможности содержать свое собственное хозяйство
7	Другое (ЗАПИШИТЕ)
8	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В42. Удовлетворяет ли Вас ваш материальный доход (зарплата, пенсия, пособие по инвалидности)?	
1	Удовлетворяет, полностью
2	Удовлетворяет, но не полностью
3	Не удовлетворяет
4	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В43. Укажите дополнительные источники дохода. ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Материальная помощь родственников
2	Доход от продажи продукции с собственного хозяйства
3	Пенсия по инвалидности
4	Субсидии и льготы
5	Нет дополнительных источников дохода
6	Другое (ЗАПИШИТЕ)
7	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

IV. Информация о здоровье и здоровом образе жизни

В44. Оцените, пожалуйста, уровень вашего здоровья по пятибалльной шкале (где «1» - минимальная отрицательная оценка, «5» - максимальная положительная оценка):

	min					max	
<i>Очень плохой</i>	1	2	3	4	5	<i>Отличный</i>	

В45. Укажите причины, повлиявшие на ухудшение состояния вашего здоровья: ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Нарушение режима сна и бодрствования
2	Нарушение режима питания
3	Плохие санитарно-гигиенические условия труда
4	Высокие нагрузки во время работы
5	Вредные привычки
6	Морально-психологический климат в трудовом коллективе
7	Неустойчивые семейные отношения, проблемы в семье
8	Негативные отношения с руководящим составом
9	Другое (ЗАПИШИТЕ)
10	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В46. Отметьте утверждения, являющиеся, по Вашему мнению, основой здорового образа жизни. ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Систематические занятия спортом
2	Рациональное питание
3	Наследственный фактор
4	Отказ от вредных привычек
5	Благоприятная экологическая ситуация
6	Режим сна и бодрствования
7	Личная гигиена
8	Положительные эмоции
9	Благоприятные условия труда
10	Организация режима дня
11	Другое (ЗАПИШИТЕ)
12	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В47. Что делаете лично Вы, чтобы вести здоровый образ жизни? НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Соблюдаю режим дня
2	Правильно и регулярно питаюсь
3	Занимаюсь физической культурой и спортом
4	Закаляюсь
5	Изучаю литературу по здоровому образу жизни
6	Прохожу медицинские осмотры
7	Не имею вредных привычек (отказ от вп)
8	Ничего не делаю
9	Другое (ЗАПИШИТЕ)
10	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В48. Занимаетесь ли вы физической культурой и спортом?	
1	Да, систематически (переходите к вопросу 50)
2	Да, иногда (переходите к вопросу 50)
3	Нет, не занимаюсь спортом (переходите к вопросу 49)
4	Другое (ЗАПИШИТЕ)
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В49. Укажите причины, по которым Вы не занимаетесь физической культурой и спортом? ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Не хватает времени
2	Не позволяет состояние здоровья
3	Нет желания, усталость
4	Нет условий заниматься спортом
5	Считаю себя физически здоровым человеком
6	Занятия спортом требуют материальных затрат
7	Из-за невозможности отказаться от вредных привычек
8	Существуют более интересные занятия
9	Другое (ЗАПИШИТЕ)
10	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В50. Укажите причины, побуждающие Вас заниматься спортом? ВОЗМОЖНО НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА	
1	Укрепление здоровья
2	Поддержание физической формы и фигуры
3	Получаю удовольствие от занятий спортом
4	Придает уверенности в собственных силах
5	Возможность общения с друзьями
6	Возможность добиться спортивных успехов
7	Считаю занятия спортом модным и современным образом жизни
8	Привычка
9	Другое (ЗАПИШИТЕ)
10	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В51. Влияют ли занятия физкультурой и спортом на состояние Вашего здоровья?	
1	Да, влияют
2	Нет, не влияют
3	Не занимаюсь спортом
4	Другое (ЗАПИШИТЕ)
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В52. Как часто Вы пропускаете работу из-за болезни, берете б/л?	
1	Болею очень редко, раз в несколько лет
2	Болею 1-2 раза в год
3	Болею 1 раз в полгода
4	Болею 1 раз в месяц
5	Болею 1 раз в одну, две недели
6	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

В53. Насколько регулярно вы питаетесь?	
1	1-2 раза в день
2	3 и более раз в день
98	ДРУГОЕ (ЗАПИШИТЕ)

99	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа
----	--

В46. Каким образом вы организуете свое питание?	
1	Беру с собой на работу
2	Питаюсь в столовой на предприятии
3	Не питаюсь вне дома
4	ДРУГОЕ (ЗАПИШИТЕ)
5	Затрудняюсь ответить / Отказ от ответа

Сценарий экспертного полуструктурированного интервью

«Барьеры здоровьесбережения сельских пациентов с профессиональными заболеваниями»

с врачами Клиники профессиональных заболеваний

ФБУН Саратовского Научно-исследовательского института сельской гигиены Роспотребнадзора

- Какое количество пациентов в среднем за год проходит лечение в Вашем лечебном учреждении?
- Как Вы считаете, каким образом изменилось число сельских жителей, имеющих профзаболевания за последнее время?
- Встречаются ли больные, у которых несколько профессиональных заболеваний?
- Как Вы можете охарактеризовать обращаемость за медицинской помощью сельского населения?
- Почему сельские жители не всегда своевременно обращаются за медицинской помощью?
- Зависит ли обращаемость сельских жителей в медицинские учреждения, их отношение к здоровью от особенностей менталитета, взглядов на жизнь?
- Какие особенности в общении с пациентами из сельской местности Вы отмечали в своей практике? Как бы Вы охарактеризовали сельских жителей как пациентов?
- Какие существуют проблемы в оказании (выявлении заболеваний) медицинской помощи этой категории пациентов?
- Сколько врачей и каких специализаций заняты в этой работе в НИИ сельской гигиены?

- Могут ли сельские жители с профессиональными заболеваниями самостоятельно лечиться в домашних условиях, не прибегая к помощи специалистов?
- Какие профессиональные заболевания распространены среди сельских жителей Саратовской области? Почему? Чем это обусловлено?
- Кто чаще страдает профессиональными заболеваниями среди жителей села: мужчины или женщины? Какие возрастные группы? Какие рабочие специальности?
- Как обычно выявляется профессиональное заболевание у Ваших пациентов? Где ставится предварительный и окончательный диагноз?
- Часто ли пациентам, имеющим профзаболевания, устанавливается инвалидность?
- В течение какого времени фиксируется профессиональное заболевание и оформляется инвалидность (если рекомендуется)?
- Отказывались ли когда-либо пациенты от оформления инвалидности? По каким причинам?
- Какова частотность и средняя продолжительность госпитализации пациентов с профессиональными заболеваниями в Вашем лечебном учреждении?
- Насколько регулярно пациенты с профессиональными заболеваниями проходят профилактические осмотры, лечение и посещают профилактические мероприятия в НИИ сельской гигиены?
- Каким образом осуществляется лечение пациентов с профзаболеваниями, какие им рекомендуются общие профилактические мероприятия? Соблюдают ли их пациенты?
- Пользуются ли пациенты санаторно-курортными видами лечения?
- Существуют ли какие-либо формы поддержки жителей села, имеющих профессиональные заболевания со стороны государственных органов?

Список экспертов

№ п/п	Место работы	Должность	Пол, возраст	Стаж работы в сфере медицины
1.	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач-профпатолог, терапевт, пульмонолог, заведующий поликлиническим отделением	Женский, 56 лет	33 года
2	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач-профпатолог, терапевт, заведующий терапевтическим отделением	Женский, 54 года	30 лет
3	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач-профпатолог, терапевт, пульмонолог	Мужской, 55 лет	32 года
4	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач-профпатолог, терапевт	Женский, 31 год	10 лет
5	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач-профпатолог, невролог, заведующий неврологическим отделением	Женский, 56 лет	31 год
6	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач-профпатолог, невролог	Женский, 58 лет	33 года
7	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач-профпатолог, невролог, мануальный терапевт	Мужской, 40 лет	15 лет
8	Клиника проф. заболев.	Врач-профпатолог, невролог, мануальный терапевт	Мужской, 30 лет	10 лет

	ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора			
9	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач-рефлексотерапевт	Мужской, 46 лет	20 лет
10	Клиника проф. заболев. ФБУН Саратовского НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора	Врач лечебной физкультуры	Женский, 52 года	28 лет

**Сценарий экспертного полуструктурированного интервью
«Оценка медико-социальной помощи сельскому населению
в первичном звене здравоохранения»**

со старшими медицинскими сестрами центральных районных больниц
Саратовской области

- Как часто обращаются за медицинской помощью сельские жители?
- С чем связаны факты обращения сельских жителей в медицинское учреждение?
- Как Вы думаете, почему сельские жители не всегда обращаются за медицинской помощью или не соблюдают предписания врача?
- Какова частота обращений в Ваше лечебное учреждение жителей сельской местности, имеющих профессиональные заболевания?
- Как Вы думаете, за последнее время увеличилось или уменьшилось число сельских жителей, имеющих профессиональные заболевания?
- Бывают ли случаи последующей неявки пациентов после однократного (или двукратного) обращения и установления факта наличия профессионального заболевания? Как часто и почему?
- Существует ли у Вас с ними обратная связь?
- Как Вы думаете, могут ли сельские жители, имеющие профессиональные заболевания, самостоятельно поддерживать свое здоровье?
- Как Вы считаете, какие факторы обуславливают развитие заболеваний сельских жителей: условия проживания, трудовая деятельность, равнодушные отношения к собственному здоровью и др.?
- Какова средняя сумма, которую необходимо затратить сельскому жителю на лекарства, назначенные врачом в связи с установленным у него заболеванием?

- Используют ли такие пациенты медикаментозное лечение, получаемое амбулаторно?
- Известно ли Вам об изменениях в характере трудовой деятельности жителей села после установления профессионального заболевания? Уменьшается ли объем их работы в домохозяйствах?
- Каков объем и территория обслуживаемого населения Вашего учреждения?
- Сколько времени (в среднем) требуется для оформления профессионального заболевания или инвалидности (если рекомендуется)?
- Помогает ли кто-либо подобным пациентам в оформлении документов или они все делают самостоятельно?
- Каким образом выстраивается лечение, профилактические мероприятия для сельских жителей, имеющих профессиональные заболевания?
- Какие процедуры для сельских жителей, имеющих профессиональные заболевания, может предложить Ваше медицинское учреждение?
- Каким образом государство поддерживает сельских жителей, имеющих профессиональные заболевания?
- Как Вы считаете, изменилась ли современная система здравоохранения на селе и как?

Список экспертов

№ п/п	Место работы	Должность	Пол	Стаж работы
1.	Ершовская ЦРБ	Главная медицинская сестра	Женский	13 лет
2	Ершовская ЦРБ	Старшая медицинская сестра	Женский	10 лет
3	Дергачевская ЦРБ	Старшая медицинская сестра	Женский	2 года
4	Дергачевская ЦРБ	Главная медицинская сестра	Женский	18 лет
5	ГУЗ СО «Саратовская РБ»	Старшая медицинская сестра	Женский	27 лет
6	ГУЗ СО «Саратовская РБ»	Главная медицинская сестра	Женский	16 лет
7	МУЗ Пугачевская	Главная медицинская сестра	Женский	20 лет

	ЦРБ № 1			
8	МУЗ Александрово-Гайская ЦРБ	Старшая медицинская сестра	Женский	4 года
9	МУЗ Петровская ЦРБ	Старшая медицинская сестра	Женский	17 лет
10	МУЗ Петровская ЦРБ	Главная медицинская сестра	Женский	22 года
11	МУЗ Аткарская ЦРБ	Старшая медицинская сестра	Женский	3 года
12	ЦРБ Лысогорского района	Старшая медицинская сестра	Женский	12 лет

**Сценарий фокус-группы
по вопросам здоровьесбережения работников АПК
с профессиональными заболеваниями
с руководителями крестьянско-фермерских хозяйств
Саратовской области**

- Расскажите, пожалуйста, немного о своем крестьянско-фермерском хозяйстве. Когда появилось? Сколько работников трудится на данный момент в нем? Что производите? Какой объем производства? Представители каких специальностей АПК трудятся в Вашем крестьянско-фермерском хозяйстве?
- С какими проблемами Вам пришлось столкнуться при организации и развитии Вашего крестьянско-фермерского хозяйства?
- Каковы особенности производственной среды на Вашем предприятии? Какие опасные и вредные производственные факторы могут влиять на здоровье Ваших работников?
- Созданы ли на Вашем предприятии благоприятные условия труда, соответствующие всем санитарно-гигиеническим нормам?
- Проходят ли Ваши сотрудники обязательные медицинские осмотры? Как часто? Насколько они формальны, на Ваш взгляд?
- Соблюдаются ли на Вашем предприятии нормы труда и отдыха и другие нормативы, регламентирующие труд работников АПК?
- Как часто Ваши работники берут листок нетрудоспособности?
- Как на Ваш взгляд, сельские жители относятся к своему здоровью?
- Ведете ли Вы здоровый образ жизни? А Ваши работники?
- Какую ответственность Вы, как руководитель, несете за здоровье своих работников?

- Есть ли среди Ваших работников инвалиды/люди с профессиональными заболеваниями? Если есть, то, как много?
- Вашему работнику поставлен диагноз профессиональное заболевание. Каковы Ваши действия и обязанности, как руководителя, в этом случае?
- Как Вы можете охарактеризовать ситуацию на рынке труда в сельских районах? Изменилась ли она в лучшую или худшую сторону? Почему?
- Готовы ли Вы принимать на работу «легкотруidников»? Если да, то готовы ли обеспечивать им специфические условия труда?
- Нужна ли оптимизация отечественной системы медико-социальной помощи больным с профзаболеваниями на селе? С чем связана эта необходимость? Какова роль работодателя в этой системе?
- Опишите эффективную схему работы крестьянско-фермерских хозяйств? В чем могла бы заключаться помощь государства в Вашей деятельности?

Данные по фокус-группе

Дата проведения интервью	Время начала интервью	Продолжительность интервью	Модератор
18.03.2015 г.	14.00	1 час 25 мин.	Тарпищева Е.А.
Место проведения:	г. Саратов, Саратовский государственный аграрный университет им. Н.И. Вавилова		
Количество участников:	8 человек		
Тема интервью:	Вопросы здоровьесбережения работников АПК с профессиональными заболеваниями		
Условные обозначения	М – Модератор; А.И. – мужчина, 53 года, руководитель, Советский р-н, с. Розовое,		

участников: направление деятельности: зерноводство, собственность: частная;

М.Е. – женщина, 47 лет, руководитель, Лысогорский р-н, с. Шереметьевка, направление деятельности: животноводство, собственность: частная;

А.В. – мужчина, 45 лет, руководитель, Базарно-Карабулакский р-н, с. Вязовка, направление деятельности: животноводство племенное, собственность: частная;

К.З. – мужчина, 39 лет, руководитель, Красноармейский р-н, с. Каменка, направление деятельности: зерноводство, собственность: муниципальная;

С.А. – мужчина, 46 лет, руководитель, Самойловский р-н, п. Краснознаменский, направление деятельности: зерноводство, собственность: федеральная;

В.В. – мужчина, 53 года, руководитель, Саратовская обл., г. Новоузенск, направление деятельности: животноводство племенное, собственность: частная;

Н.А. – мужчина, 38 лет, руководитель, Марковский р-н, с. Михайловка, направление деятельности: животноводство племенное, свиноводство; собственность: коллективная;

А.И. – мужчина, 48 лет, руководитель, Аткарский р-н, с. Приречное, направление деятельности: животноводство племенное, свиноводство; собственность: федеральная;
