

**Российское общество социологов
ФГБУН Институт социологии РАН**

Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития

Текст публикуется в авторской редакции

**С69 Общество и здоровье: современное состояние и тенденции
развития. Сборник материалов Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием, Москва, 19-20 сентября 2013.
М.: - РОС, 2013.1522 с. eISBN 978-5-904804-11-4**

Радикальные преобразования в российском обществе вызвали резкие изменения социальных институтов. В сборнике представлены материалы новейших научных разработок и перспективных направлений развития медицинского страхования в сфере охраны здоровья и системы здравоохранения в целом. Особое внимание уделено вопросам изучения социологией таких новых аспектов медицины, как: социология медицинской профессии, социология медицинского страхования, социология пациента; обсуждению роли общества в формировании благоприятной для здоровья среды и возможностей индивида для восприятия этой среды.

Сборник предназначен для широкого круга специалистов, интересующихся данной проблематикой, а также для преподавателей и студентов, специализирующихся в области социологии. Статьи данной книги могут быть полезны в качестве учебного материала для преподавания курсов, посвященных изучению социологических аспектов здоровья и медицины.

**УДК 316.1
ББК 60.5
С69**

eISBN 978-5-904804-11-4

Содержание

Адамьянц Т.З. Влияние современной социокультурной среды на духовное и физическое здоровье общества.....	1
Амирханян А.Г. Потребности в медицинских услугах, практики лечения и страхования трудовых мигрантов из Китая в Приморском крае.....	10
Алимпиева А.В. Стратегия охраны здоровья: новый подход.....	14
Андрианов А.В. Роль профессиональной группы преподавателей в институционализации физической культуры.....	23
Андриянова Е.А., Катрунов В.А., Кузнецова М.Н. Здоровье и образ жизни в биоэтическом измерении.....	29
Антонов Ю.Е. Особенности интеграции социально - оздоровительной технологии «Здоровый дошкольник» в наукоградах.....	41
Антонова Т.А. Исследование информированности населения об онкологических рисках в городской среде.....	47
Аранович И.Ю., Гришечкина Н.В., Новокрещенова И.Г. Удовлетворенность беременных женщин организацией и качеством медицинского обслуживания в женской консультации.....	55
Артемов В.А., Новохацкая О.В. Использование времени и состояние здоровья: социолого-статистический анализ.....	61
Ахметова С.А., Ишкинеева Ф.Ф. Воспроизводственные процессы как показатель здоровья общества.....	75
Ашкинази Л.А. Ценность жизни – пилотажное исследование.....	84
Бабич Н.С. Спецификация параметров квотирования при проектировании выборки в социологии здравоохранения.....	91
Барг А.О. Тревожность и стресс: психоэмоциональные факторы риска здоровью населения промышленного региона	100
Басимов М.М. Здоровье и здравоохранение в демографическом исследовании как объект синергетики.....	109
Белова Т.П. Взаимодействие Русской Православной Церкви и городского сообщества по вопросам оздоровления нации: коммуникативные барьеры и перспективы (на материалах исследования в г. Иваново)	119
Белоусов К.Ю. Наркотестирование студенческой молодежи: вопросы эффективности и целесообразности	131
Беспалая Н.В. О некоторых аспектах концепции «общества рисков» в процессе трансформации и модернизации современной России.....	135
Бессокирная Г.П. Влияние здоровья рабочих на их трудовую деятельность и свободное время.	143
Бороздина Е.А. Профессиональная этика российского врача: постсоветские трансформации	154

Брюно В.В. Образ жизни студенческой молодежи: здоровье и поведенческие риски	165
Бухвалов С.А., Мартусевич А.К. Медико-социальная значимость и организационные аспекты паллиативной помощи в мегаполисе	183
Виноградова Э.М., Вяльцин С.В. Качество жизни ВИЧ-положительных женщин	191
Вишневский Ю.Р., Боронина Л.Н., Белова О.Р. Валеологическая культура студенчества: тенденции и перспективы	200
Власов А.И. Традиции и инновации валеологической культуры.....	212
Власова И.Б. К вопросу о злоупотреблении холинолитиками	220
Возьмитель А.А. Тенденции развития социально нездорового образа жизни.....	224
Воронкова О.А. Коммуникативный дисбаланс как фактор, препятствующий формированию здоровой социокультурной среды	236
Гитман А.В. Сущность и содержание наркопревентивной деятельности мобильного студенческого отряда волонтеров	243
Головин Н.А., Краснощекова Е.И., Середа В.М. Биосоциальное исследование условий и причин девиантного поведения детей и подростков в Российской Федерации	254
Голубь М.С. Содержание и способы педагогического сопровождения виктимного подростка в условиях средней общеобразовательной школы	266
Горбунова И.В. Кампаративный подход в совершенствовании деятельности вуза. Система менеджмента качества в Первом МГМУ им И.М. Сеченова - опыт развития	272
Гордеева С.С. Социокультурные факторы злоупотребления алкоголем молодежью.....	283
Готлиб А.С. Нарративная компетентность будущих врачей как социальная проблема	289
Гребёнкина Ю.В., Фесенко Д.А. Социальная опасность медианасилия: взгляд юных девиантологов*	298
Григорьева М.И. Барьеры и возможности жителей городской агломерации в поддержании и сохранении здоровья (на примере г. Перми)	304
Гришаева Н.П., Пронина Е.И. Влияние телевидения на здоровье и нравственное развитие дошкольников	316
Губанова А.Ю. Безопасность детей в Интернете: опыт социологического анализа	319
Гундаров И.А. Социо-психологические причины сверхсмертности в России	321
Дартау Л.А. Проблемы и особенности управления здоровьем: теоретико- управленческое обоснование	333

Дарьин А.В., Летникова Л.И., Шуршуков Ю.Ю. Реформирование сельского здравоохранения Липецкой области. Первые результаты модернизации	346
Дубограй Е.В. Взаимосвязь религиозности и здоровья человека в современных представлениях отечественных врачей-специалистов	354
Дудинцева Н.В., Сиротко М.Л. Самооценка здоровья медицинских работников лечебно-профилактических учреждений г.о. Самары	363
Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества	369
Ермолаева Ю.В., Ремизова Т.В., Флаг М.Н. Современный косметологический рынок как рискогенная ниша	376
Ефименко С.А., Зайцева Н.В. Перспективы применения современных персонал-технологий в социальном управлении медицинскими коллективами.	386
Ефименко С.А., Слюсарь И.В., Шуть К.В. Качество и доступность медицинской помощи в оценках пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы	397
Жарова Е.Е. Социальная защита детей из неблагополучных семей в современной России	409
Жемчураева С.Ш. Влияние зикра на духовное и физическое здоровье человека	421
Жилина Т.Н. Совершенствование системы оплаты труда медицинских работников в условиях перехода на эффективный контракт	427
Жирякова С.Н. Ответственное родительство как фактор функционирования здорового общества	435
Жукова М.В. Социологический аспект управления в здравоохранении и его значение в развитии отрасли	441
Журавлева И.В. Три причины негативных тенденций здоровья населения	448
Землянова Е.В. Меры демографической политики по снижению смертности в восприятии населения (обзор интернет-источников)	462
Злотникова Л.М. Коммерциализация здравоохранения как предмет социологии здоровья	474
Иванова Е.Ю. Инклюзия в дошкольном образовании: проблемы и перспективы.....	486
Иванова Л.Ю. Трудовые мигранты: инфекционные заболевания, контроль за здоровьем при въезде и медицинская помощь в РФ	503
Ивахненко Г.А. Социологические исследования здоровья студентов: ретроспективный анализ.	516
Изуткин Д.А. Проблема болезни в зарубежной социологии	527
Икингрин Е.Н. Медицина г. Нижневартовска в объективных и субъективных оценках	533
Караева О.С. Развитие донорства органов в России: благодаря или вопреки общественному мнению?	543

Караханова Т.М. Сон, питание и уход за собой как факторы сохранения здоровья.....	554
Карпова О.В., Татарников М.А. Результаты изучения удовлетворенности населения качеством стоматологической помощи	566
Киньябулатов А.У., Шарафутдинова Н.Х., Зиятдинов Р.З. Значение научных работ профессора.	576
Киньябулатов А.У., Шарафутдинова Н.Х., Зиятдинов Р.З., Хазиманова А. А. Социальное значения излечения трахомы в Башкирской АССР.....	581
Книжникова С.В. Предупреждение социальных болезней на основе обучения подростков осознанному выявлению в медиапродукции девиантогенных ценностей	584
Коблова А.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Тенденции качества жизни в контексте социального самочувствия больных шизофренией	594
Кобякова О.С., Деев И.А, Несветайло Н.Я., Бойков В.А., Шибалков И.П. Количество потерянных лет жизни (DALY) в результате преждевременной смертности населения Томской области в 2012 году	602
Кобяцкая Е.Е. Анализ налогообложения новых типов учреждений здравоохранения	612
Козина Г.Ю., Петряшкина У.О. Здоровье нации как основополагающий фактор экономического благополучия общества	620
Кознова Е.С. Методология исследования образа жизни больных сахарным диабетом в условиях малого города России	632
Колосова Е.А. Представления о здоровом образе жизни у детей младших возрастных групп ..	641
Комлев Ю.Ю. Классификация теорий девиантного поведения	655
Костенко О.В., Хуако Г.А. Отношение женщин-пациенток к медикализации (на материале ПМС).....	664
Костюковский Я.В. Коррупция неизлечима?	674
Кохановская М.И. Социально обусловленная заболеваемость населения Калининградской области: новые вызовы для системы образования	686
Кошкина Е.А., Бобков Е.Н., Киржанова В.В. Потребители конопли: особенности московской популяции	696
Кром И.Л., Балева Е.С. Перспективы медико-социальной реабилитации больных ишемической болезнью сердца	713
Кудинова Н.А. Социологическое моделирование факторных иерархий при оценке стоматологического здоровья взрослого населения г.Ростова-на-Дону	718
Кузнецова Э.В. Место среднего медицинского персонала в современном здравоохранении ..	730
Курленкова А.С. Этика здравоохранения в США	734
Кучма В.Р., Шубочкина Е.И. Социальная компонента качества жизни и здоровья подростков..	744

Лебедева-Несевря Н.А. Употребление алкоголя учащейся молодежью (опыт социологического исследования в городах Пермского края)	754
Леонова Е.В. Система социального страхования в России: модернизация «вдогонку»?	766
Майорова-Щеглова С.Н. Показатели и индикаторы здоровьесберегающего детства: возможности социологии	777
Макарян А.С., Кича Д.И. Человеческий фактор в деятельности здравоохранения	782
Мамонов Н.Е. Предпринимательство и дизайн: аналогия методологических подходов	785
Мансуров В.А., Юрченко О.В. Доврачебная медицина в России и ее значение для современной медицинской парадигмы	789
Миненко И.А. Пульсогемоиндикация как инструмент эффективного управления здоровьем населения	801
Митькина В.В. Здоровьесберегающие программы на промышленных предприятиях как фактор сохранения здоровья наемных работников	814
Мифтахова Л.Р. Проблемы социальной интеграции лиц с умственной отсталостью в современном мире.....	825
Морозов К.М., Соловей И.И., Гасанов М.Р., Сухарева Т.В. Системное управление рисками в здравоохранении. Постановка задачи для АСУРЗ.	835
Мухаметзянов А.М., Шарафутдинова Н.Х. Смертность населения крупного города от острых нарушений мозгового кровообращения	848
Назарова И.Б. Профессиональные сообщества в сфере оказания медицинских услуг и охраны здоровья: презентация в интернет пространстве Краткая версия	855
Намруева Л.В., Намруева Б.Ю. Состояние здоровья населения Республики Калмыкия: анализ 2000-х гг.	859
Наумова В.Н., Маслак Е.Е. Социологический анализ комплаентности больных сахарным диабетом и воспалительными заболеваниями пародонта	864
Никонова А.А. Разнообразие моделей инвалидности через призму зарубежного опыта	874
Новокрещенова И.Г., Новкрещенов И.В. Самооценка статуса и престижа работы врача клинической больницы медицинского вуза	879
Озерова О.В. Факторы становления табачной эпидемии в России	881
Орлова В.В., Ларионова А.В. Проблема ценности здоровья среди медработников	889
Орлова О.М., Петров С.А. Факторы формирования социальной адаптации при патологии органа зрения	891
Павленко Е.В. Возможности Интернет-коммуникации в области здоровья	899

Пачгин И.В., Кича Д.И. Фонд Обязательного медицинского страхования как объект управления территориального здравоохранения	907
Позднякова М.Е. Поиск острых ощущений как предиктор наркотизации в молодежной среде. .	910
Присяжная Н.В. Социология социального сиротства: современные дискурсы изучения Проблемы.....	923
Прейгерман Л. М. Психофизические процессы и здоровье	935
Прохода В.А. Женская алкоголизация в России: тенденции десятилетия	946
Пушкова С.И. Анализ удовлетворенности пациентов крупной многопрофильной больницы г. Москвы медицинскими услугами, оказываемыми на платной основе	958
Пчелкина Е.П., Ильева И.А. Структурно-функциональная модель ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья	970
Решетников А.В., Евдокимов Д.В., Разумова С.Н. Оценка удовлетворенности населения деятельностью участников обязательного медицинского страхования как один из значимых факторов социологии медицинского страхования	982
Решетников А.В., Павлов С.В., Богачанская Н.Н. Изучение характеристик составляющих социальный портрет ВИЧ-инфицированного в современном обществе	990
Рыбакова Л.Н. Помощь лицам в опьянении	999
Рыбкина Н.Л. Социологический анализ удовлетворенности матерей оказанием медицинской помощи новорожденным	1016
Рязанова Е.А., Лебедева-Несевря Н.А. Информирование региональных органов власти о риске, связанном с воздействием факторов среды обитания на здоровье населения, и мерах по его снижению	1022
Самойлова Д.Д., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б. Исследование качества жизни, релевантного здоровью, пациентов с депрессивными расстройствами.....	1029
Седова Н.Н., Бударин Г.Ю. Врач как профессионал и субъект права: дихотомия социальной роли	1036
Семедова-Полупан Н.Г. Здоровье женщин и детей как объект государственного управления (на примере Чувашской Республики)	1046
Симаева И.Н. Социализация в сфере здоровья: сущность и механизмы	1053
Сокол А.Ф., Шурупова Р.В. Грани личности врача: пути совершенствования	1060
Соколова Е.М. Образовательные возможности для лиц с ограничениями здоровья в медицинском вузе	1070
Соловьев А.К. Проблемы государственного управления пенсионной системой в условиях нового этапа реформирования	1075

Сосунова И.А., Задесенец Е.Е. Экодизайн как комплексный фактор формирования благоприятной окружающей среды	1087
Старченко А.А. Проблемы нового законодательства об охране здоровья граждан.....	1095
Старченко А.А. Система общественного контроля в сфере здравоохранения России	1100
Суворова А.В. Распространенность и оценка эффективности борьбы с табакокурением среди студенческой молодежи г. Барнаула	1107
Сурмач М.Ю. Социально-поведенческие факторы здоровья подростков Беларуси и здоровьесформирующая функция семьи. Сообщение 1	1117
Сурмач М.Ю. Социально-поведенческие факторы здоровья подростков Беларуси и здоровьесформирующая функция семьи. Сообщение 2	1129
Темкина А.А. Гендерные различия, здоровье и медицина: постановка вопроса	1139
Темницкий А.Л. Роль неформальных платежей в мотивации труда российских врачей	1147
Трофимова И.Н. Молодежь группы риска и социальный контроль	1161
Тюкин О.А., Лукьянова И.Е. Надомное социальное обслуживание как способ повышения качества жизни пожилых людей в современной России	1171
Фадеева Т.В. Здоровье в системе факторов социальной мобильности студенческой молодежи	1175
Фомин А.А. Методика оценки знаний студентов медиков на основе социологического метода исследования	1184
Франк Д.Л. Мониторинг показателей заболеваемости офицеров Вооруженных сил РФ разных возрастных групп как основа для совершенствования системы охраны здоровья военнослужащих.....	1187.
Хабибулина В.М. (Само)рефлексивность в объяснении самосохранительного поведения на примере табакокурения у учащихся ПТУ	1194
Хагуров Т.А. Понимание нормы в социальных науках: методологические заметки о социальном здоровье и патологии	1204
Хакназаров С.Х. Экологическое состояние региона и здоровья населения: по материалам социологических исследований	1221
Хлынин С.В. О кризисе традиционного гигиенического воспитания и новой идеологической основе санитарно-просветительной работы в стоматологии	1228
Хрусталёв Ю.М. Сбережение человеческого здоровья: философский вектор	1240
Худоногов И.Ю.	
Структурно-функциональный анализ социально-информационного пространства	1252

Худоногов И.Ю., Осадчук О.А. Медико-социальные предпосылки формирования различных типов жизненных стратегий	1260
Худоногов И.Ю., Пахарина Е.В., Айвазян Ш.Г. О качестве информационных потоков в здравоохранении (медико-социологические подходы к верификации)	1270
Цинкер М.Ю., Рязанова Е.А. Социально детерминированные риски здоровью женского населения крупного города (на примере г. Санкт-Петербург)	1280
Чекинева Т.В. Употребление алкоголя как основной фактор, влияющий на здоровье студентов	1291
Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Перспективы медико-социальной работы с больными онкологическими заболеваниями	1301
Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А. Направления медико-социальной поддержки активного образа жизни пожилых людей: результаты экспертного интервью	1309
Чижова В.М., Блинцова Е.В. Социокультурный аспект здоровья молодежи	1320
Чубаровский В.В., Рапопорт И.К., Катенко С.В. Медико-социальный аспект организации психопрофилактики у детей и подростков России на современном этапе	1325
Шабыхов В.И. Здоровье и религиозная вера: анализ общественного сознания населения Республики Марий Эл в конце XX – начале XXI века	1337
Шавловская О.А. Медико-социальные аспекты пожилого возраста	1346
Шамшурина Н.Г. Анализ нормативно-правовых документов по формированию полного тарифа на медицинскую услугу в системе обязательного медицинского страхования	1355
Шарафутдинова Н.Х., Шарафутдинова М.Ю., Мустафин Р.М. Медико-социальная удовлетворенность населения города Уфы	1367
Шилова Л.С. Факторы, препятствующие модернизации здравоохранения	1373
Шиняева О.В. Динамика социальных факторов здоровья россиян в условиях нарастающего неравенства	1385
Шипунова Т.В. Биополитика и социальный контроль здоровья населения в российском обществе	1396
Широкалова Г.С. Алкоголизм. Государственная политика в оценках студентов	1405
Шишкина Е.А. Информационная среда и здоровье общества в проблемных полях социологии медицины	1417
Шурупов Р.В., Кузьмин С.Б. Социальная роль преподавателя медицинского вуза в обеспечении инновационности образования	1428
Шурыгина И.И. Социальные факторы вовлечения подростков в секс со взрослыми	1438

Щелков С.В., Крайнова И.Ю. Здоровье мужчин как объект социологического интереса.....	1451
Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю. Историко-социологический анализ мотивационного антагонизма профессиональной социализации медицинских работников.....	1462
Эртель Л.А. Институализация медико-социальной помощи детям-инвалидам: предпосылки и перспективы	1473
Юрьев П.С. Здоровье трудовых мигрантов, как фактор, затрудняющий их социальную адаптацию в России	1485
Яковлева А.А. Биоповеденческие исследования как элемент социального контроля в сфере ВИЧ/СПИДа	1498
Яновская М.Л. Социальный портрет законного представителя ребенка - пациента стоматологической поликлиники	1508

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ СРЕДЫ НА ДУХОВНОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА

Влияние социокультурной среды на общество и личность в обществе трудно переоценить: отсюда начинаются ступени к социализации, черпаются общекультурные и «знаниевые» запасы, развивается художественно-эмоциональная сфера, находится удовлетворение досуговыми запросам. Вкупе с другими элементами жизненной среды, социокультурная среда формирует комплекс эмоционально окрашенных представлений человека об окружающем мире и о своем месте в нем («картины мира»), влияет на морально-нравственные ориентиры, предлагает и формирует программы поведения. Поэтому изучение процессов, связанных с влиянием социокультурной среды на личность и, через личность, на социально значимые процессы, является элементами социальной диагностики.

Социокультурная среда в расширительном толковании термина – это совокупность культурных ценностей, общепринятых норм, законов, правил, научных данных и технологий («ноу-хау»), которыми располагает социум и человек в социуме для эффективных действий и взаимодействий со всеми компонентами своей жизненной среды (имеются в виду природный, техногенный, информационный компоненты, а также *другие* люди). В более узком и более распространенном варианте толкования представление о социокультурной среде связано с ее коммуникативно-информационной компонентой, включающей, прежде всего, художественные произведения и продукцию масс - медиа; социальной диагностике именно этой составляющей социокультурной среды и посвящена настоящая статья.

Не секрет, что за последние десятилетия в социокультурной среде произошли качественные изменения: и содержание, и мотивационно - целевая направленность значительного числа произведений, созданных

современными авторами, в корне отличаются от недавнего, казалось бы, незыблемого стремления к рациональной осмысленности и духовному поиску. Многие современные широко рекламируемые и потому популярные произведения преимущественно ориентированы на информирование и развлечение, в ущерб духовности; для привлечения аудитории и удержания рейтинга допускается потакание нетребовательным вкусам и необоснованная реклама. Перенасыщенность действием, смещение традиционных представлений о добре и зле, сцены жестокости, насилия, драк и убийств, преклонение перед волшебными способностями и возможностями усугубляют ситуацию; общественность, педагоги, воспитатели, родители бьют тревогу.

Ситуация разворачивается на фоне свободы от цензуры, широких возможностей получения коммерческой прибыли для создателей и распространителей такого рода продукции и, в целом, ее успешности у значительной части аудитории (в любом случае правомочно говорить если не об успешности, то о массовой востребованности, поскольку большинство людей для того, чтобы быть в курсе широко рекламируемых новинок, считают необходимым ознакомиться с ними).

Из социокультурного пространства, конечно же, не исчезли произведения, в которых, по нашему определению, превалирует стремление к рациональной осмысленности и духовному поиску; создаются такие произведения и ныне, хотя реклама у них, как правило, небольшая или ее совсем нет. Таким образом, рядовой представитель аудитории сталкивается не только с неоднозначностью содержания и мотивационно - целевых доминант социокультурной среды, но и с необходимостью сделать выбор, определиться в ее многообразии (возможность свободного выбора, кстати, является одним из основных аргументов, при помощи которых оправдывается экспансия произведений нового качества.)

И действительно, поскольку современная социокультурная среда представляет собой, фигурально выражаясь, огромный и беспрестанно

меняющийся океан, «переплыть» который в рамках человеческой жизни невозможно, это зона свободы интересов, предпочтений, вкусов, личностного выбора и личностных решений. Это – с одной стороны; с другой же – нельзя не согласиться с тем, что рекомендательные моменты присутствуют и здесь. Так, уже с раннего детства начинается «встреча» ребенка с произведениями из развивающих и образовательных программ; списками для обязательного и дополнительного восприятия снабжены все школьники и студенты. Неформальное информационное поле также не отличается нейтральностью: в качестве «указующего перста» используются реклама, анонсы, объявления и т.д. Рекомендацией-стимулом служит и сам факт публикации, продажи, выхода в эфир, демонстрации в кинотеатре, постановки на сцене и т.д. в реальном пространстве-времени, и личностные интерпретации от авторитетных для респондента персон.

В результате, учитывая многоликость социокультурной среды и множественность формальных и неформальных рекомендаций, факт обращения человека к тому или иному произведению не всегда оказывается сопряженным с его действительными интересами и предпочтениями, порой его выбор оказывается случайным, порой происходит как выполнение учебного и т.д. задания. Тем не менее, независимо от того, каким образом «приходят» произведения к человеку, какие-то из них получают в его памяти и «картинах мира» приоритетные позиции, влияют на реакции, поступки, в целом на мировидение. При социальной диагностике такие произведения должны стать своего рода «реперами», исходными точками, по отношению к которым следует проводить комплексное многоуровневое изучение, поскольку традиционные данные о тиражах, рейтингах и т.д., а также и анализ содержания (контента) не отражают глубинных процессов, связанных с социальными последствиями в результате восприятия.

Для решения столь сложной задачи необходим междисциплинарный подход, позволяющий комплексную диагностику взаимозависимых явлений: следует изучить интенциональность (смысловые доминанты)

значимых для аудитории произведений, исследовать особенности понимания и интерпретирования этих произведений разными группами аудитории и в результате назвать факторы и обстоятельства, способствующие, или, напротив, мешающие гуманитарно-нравственным процессам в социуме.

Получить искомые данные позволили исследования, в которых были использованы социальные технологии, комплексно сочетающие социологические, семиосоциопсихологические и социально-психологические и методы и подходы¹. Для того чтобы выявить значимые для аудитории произведения и иметь возможность дифференцировать опрошенный массив по уровню развития коммуникативных навыков (социоментальным характеристикам), анкеты содержали просьбу назвать любимую в раннем детстве сказку и произведение, повлиявшее, по мнению респондента, на его мировидение, а затем проинтерпретировать эти произведения, отвечая на предложенные вопросы.

Уровень развития коммуникативных навыков – это интегральная характеристика особенностей ориентирования в коммуникационных процессах, степень понимания интенциональности (смысловых доминант) воспринятых произведений. Для его определения используется метод интенционального (мотивационно - целевого) анализа. Процедура состоит из нескольких этапов: во-первых, в анализируемом произведении выделяется латентная многоуровневая структура, ориентированная на авторскую интенциональность; во-вторых, на основе анализа содержащихся в анкете интерпретаций выстраивается структура восприятия этого же произведения респондентом; сопоставление данных первого и второго этапов позволяет сделать вывод об уровне развития коммуникативных навыков. Традиционно выделяются следующие группы: высокий уровень коммуникативных

¹Проекты РФФИ «Развитие коммуникативных навыков личности в зависимости от степени диалогичности информационной среды», № 08-06-00487-а и «Качественные индикаторы процессов самоорганизации и самоопределения в социуме», № 11-06-00503-а.

навыков (адекватное восприятие); средний уровень (частично адекватное восприятие); низкий уровень (неадекватное восприятие).

В серии исследований зафиксирована тенденция к определяющему влиянию уровня развития коммуникативных навыков на качество «картин мира». Характеристики личности знающей, творческой, ориентированной на взаимопонимание и конструктивные взаимодействия, ответственной в социальной и профессиональной сферах оказались неразрывно связаны с *высоким* уровнем коммуникативных навыков.

Анализ анкет отразил огромную палитру произведений, которые респонденты называли значимыми для своего мировидения, а также любимых в детстве сказок. При этом многие произведения, входящие в учебные программы, а также те, которые, как говорится, «на слуху», нередко оказались востребованными во всех социоментальных группах, хотя, как свидетельствуют интерпретации, **степень понимания интенциональности (смысловых доминант) воспринятых произведений разная.**

Так, в ответах на открытые вопросы анкеты представителей группы с *высоким уровнем* развития коммуникативных навыков обнаруживалось не только адекватное понимание интенциональности (смысловых доминант) произведений, которые они называли, но и личностное отношение к ней (согласие или, напротив, несогласие).

В интерпретациях группы со *средним уровнем* развития коммуникативных навыков наблюдалось не очень глубокое понимание авторской интенциональности, «сдвиг» вектора интерпретирования в банальную мотивационно - целевую направленность, для чего использовались общие фразы или пафосные штампы, подмена анализа поверхностным пересказом содержания: «о счастье»; «о любви»; «о событиях войны»; «добро побеждает зло» и т.д.

Интерпретации группы с *низким уровнем* развития коммуникативных навыков обнаруживают не только полное непонимание авторской интенциональности, но и нежелание ее понять; на первый план выходит

намерение либо вообще не затрудняться и уйти от ответов либо – «показать себя», найти повод для эмоциональной разрядки по поводу личных проблем или жизненных стратегий. Для восприятия представителей этой группы типичны коммуникативные сбои: «выхватывание» из контекста отдельных фактов и введение их в собственные домыслы и фантазии.

Приведем примеры разных вариантов интерпретирования одного и того же произведения – мультфильма «Ну, погоди!». При адекватном восприятии зрителю оказывается понятна основная его смысловая доминанта – высмеять агрессивность, показав, что она несостоятельна «по жизни»; частично адекватное восприятие связано с пересказом содержания или сентенциями о победе добра над злом; при неадекватном восприятии интерпретации оказываются никак не связанными с авторской интенциональностью («Волк Зайцу не товарищ»; «это пародия на советское общество»; «не помню»; «прикольный мультик» и т.д.).

Анализ особенностей интерпретирования позволяет говорить и о **разных стратегиях представителей разных социоментальных групп при ориентировании в социокультурной среде**. Для группы с *высоким уровнем* коммуникативных навыков характерен поиск и одобрение произведений с доброй, открытой интенциональностью: особо ценится оригинальная и небанальная авторская интенциональность относительно вопросов, касающихся смысла жизни, справедливости, духовности, нравственности, счастья, любви, успеха, дружбы.

Представители группы, имеющей *средний уровень* коммуникативных навыков, ориентированы преимущественно на поиск и одобрение произведений, дающих новое знание, позволяющих увлечься необычным или напряженным действием, повеселиться или почувствовать жалость и сострадание, получить ощущение приобщения к искусству, новым направлениям и веяниям.

Представители группы с *низким уровнем* коммуникативных навыков большей частью ориентированы на поиск возможности повеселиться,

покуражиться, «приколоться», отвлечься от реальности (в этой группе, и это тема отдельного обсуждения, больше всего тех, кто ощущает окружающий мир как враждебный, недружелюбный), самоутвердиться, «примерив» на себя роль «крутого» персонажа.

Неудивительно, в связи с вышесказанным, что при относительно равных возможностях приобщения к социокультурным ценностям даже в социально гомогенных группах **«набор» значимых произведений оказывается разным в разных социоментальных группах.** Приведем в качестве примера лидирующие наименования любимых в детстве сказок, произведений, повлиявших на мировидение или просто понравившихся, среди подростков 12-17 лет (данные опроса 2011 г.).

В группе с *высоким уровнем* коммуникативных навыков в качестве любимой в раннем детстве сказки лидировали «Вини - Пух и все-все-все» и «Золотой ключик, или приключения Буратино»; среди понравившихся произведений – книга и фильм «Чучело»; в числе произведений, повлиявших на мировидение – «Собор Парижской Богоматери» В. Гюго и «Преступление и наказание» Ф. Достоевского.

В группе со *средним уровнем* коммуникативных навыков в качестве любимой в раннем детстве сказки лидировали мультфильмы «Ну, погоди!» и «Том и Джерри»; среди понравившихся произведений – компьютерные игры и фильм «Закрытая школа»; в числе произведений, повлиявших на мировидение – телепрограмма «Дом-2» (среди девочек) и компьютерные игры (среди мальчиков).

В группе с *низким уровнем* коммуникативных навыков в качестве любимой в раннем детстве сказки лидировали мультфильмы «Ну, погоди!» и «Каникулы в Простоквашино»; среди понравившихся произведений – компьютерные игры (среди мальчиков); в числе произведений, повлиявших на мировидение – компьютерные игры и, особо игра «Counter Strike» (среди мальчиков) и фильм «Сумерки».

Как видим, неоднозначные по содержанию и мотивационно - целевой направленности, рассчитанные на сенсационность и популизм произведения гораздо привлекательнее для представителей групп со средним и низким уровнями развития коммуникативных навыков; участвующие в опросе представители группы адекватного восприятия, конечно же, знали о «вампируском» фильме «Сумерки», одиозной телепрограмме «Дом-2», агрессивных компьютерных играх, но не заявляли, что они каким-то образом повлияли на их мировидение.

Утверждение о том, что особенности взаимодействий представителей группы с низким уровнем коммуникативных навыков с современной социокультурной средой *находятся в зоне риска*, неоднократно озвучивалось; воспользуемся этой возможностью и сейчас. Неумение отделить вымысел, условности сюжета и прочие авторские фантазии от реальности кардинальным образом искажают представления о мире и о своем месте в нем у представителей этой группы. Вот как, например, проинтерпретировал фильм, который ему понравился, ученик 8 класса: *«...к арабам французы испытывают ненависть и потихоньку их истребляют. Этот фильм – комедия»*. Учащийся техникума 16 лет, интерпретируя компьютерную игру «Counter Strike», которую назвал произведением, повлиявшим на его мировидение, сообщил, *«...что в этой игре идет борьба с избеками, чеченцами и т.д.»* (орфография соблюдена). Еще для одного учащегося техникума незабываемым произведением стал фильм «Бригада». На просьбу рассказать о самом главном, что хотели передать, выразить создатели этого фильма, он ответил так: *«как надо выживать в России»*.

Закономерен вопрос о параметрах социоментальных групп. Приведем данные об особенностях восприятия художественных произведений подростками (опрос проходил в 2011 г.): *высокий уровень коммуникативных навыков (адекватное восприятие) – 17%; средний уровень коммуникативных навыков (частично адекватное восприятие) – 39 %; низкий уровень коммуникативных навыков (неадекватное восприятие) – 44%.*

Не намного утешительнее результаты аналогичного изучения студентов (опрос проходил в 2012 г.): *высокий уровень коммуникативных навыков (адекватное восприятие) – 17%; средний уровень коммуникативных навыков (частично адекватное восприятие) – 45 %; низкий уровень коммуникативных навыков (неадекватное восприятие) – 37%.*

Подведем итоги. С одной стороны, современная социокультурная среда дает ощущение причастности к модным и современным тенденциям, реально информирует по самым разным вопросам, фактам и проблемам, развивает художественную сферу личности. С другой же стороны, она таит в себе большое количество ментальных провокаций, «встреча» с которыми проходит безболезненно только для представителей немногочисленной группы с высоким уровнем коммуникативных навыков. Результатом взаимодействий современной аудитории с социокультурной средой оказываются разные по социально-гуманитарной значимости «картины мира», влияющие на духовное и физическое здоровье общества.

Выход представляется, во-первых, в социально ориентированном проектировании социокультурной среды для детей, подростков и тех, кто в этом заинтересован, и, во-вторых, – в массовом развитии коммуникативных навыков наших современников, прежде всего детей и молодежи.

Библиографический список

1. *Адамьянц Т.З.* Современная молодежь: представления о действительности и социокультурные механизмы самоопределения и самоорганизации // Россия реформирующаяся. Ежегодник. Отв. ред. М.К. Горшков. Вып. 9. М. ИС РАН. 2010. С. 226-243.
2. *Адамьянц Т.З.* Социоментальная личность (опыт изучения «картин мира» современных подростков) / Мир психологии. 2012. № 3. С. 253-261..
3. *Адамьянц Т.З.* Уровень развития коммуникативных навыков как индикатор в процессах самоопределения и самоорганизации личности / Мир психологии. 2010. № 3. С. 163-173.
4. *Адамьянц Т.З.* Массовое социоментальное развитие: миф или реальная возможность? / Общественные науки и современность. 2012. № 1. С. 27-46.
5. *Дридзе Т.М.* Две новые парадигмы для социального познания и социальной практики // Социальная коммуникация и социальное управление в экоантропоцентрической и семиосоциопсихологической парадигмах. Книга 1. М. ИС РАН. 2000. С. 5-42.
6. *Ермизина Е.В.* Диагностика и проектирование информационного пространства для детской аудитории / Педагогические науки. 2009. № 3. С. 20-23.
7. *Чудновская И.Н.* Коммуникативная компетентность молодежи: опыт семиосоциопсихологического исследования // VI Всероссийская научная конференция. М., 2010.

А. Г. Амирханян,
СПбГУ, Санкт-Петербург

ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ, ПРАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ИЗ КИТАЯ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Приток трудовых мигрантов в Россию обусловлен необходимостью привлечения трудоспособного населения, связанной с сокращением и старением населения. Для восточных рубежей России - Приморского края актуальна высокая циркуляция миграционных потоков, связанных с Китаем.

На сегодня возможно получение срочной медицинской помощи для всех мигрантов, независимо от статуса. Однако, отсутствие информации о такой возможности или опасение возможного раскрытия нелегального статуса препятствуют обращению за помощью. Доступ же к медицинским услугам амбулаторного и, тем более специализированного лечения оказывается еще более проблематичным.

Данные, представленные в данной работе были собраны в ходе более общего исследования аккультурации и интеграции мигрантов из Китая в Приморском крае. Кроме прочих вопросов изучались потребности трудовых мигрантов из Китая в лечении, а так же практики поведения, направленные на получение необходимого лечения.

В 2012-2013 гг. проводился опрос среди мигрантов из Китая во г. Владивостоке и в г. Находка. Места вовлечения участников: рыночные площади, торговые центры, а так же места рядом с местными гостиницами. Информация об опросе с изложением цели и задач исследования, а также анкета для ответов на вопросы предлагалась мигрантам на наиболее распространенном среди них китайском языке мандарин. В случае согласия мигрантов принять участие в исследовании, респондентам предлагалась анонимная анкета на самостоятельное заполнение. 98 выходцев из Китая,

находящихся в Приморском крае, ответили на вопросы стандартизированной анонимной анкеты. Полученные данные были введены и статистически проанализированы с использованием программного пакета SPSS 17.0.

Большинство опрошенных являются приезжими из приграничных деревень и небольших городков провинции Хейлунцзян (65.3%; n=64), значительно меньшая часть (16.3%; n=16) мигрантов прибыла из Хэбэй; из провинции Ляонин – (7.1%; n=7), далее в порядке убывания (4.1%; n=4) - из Пекина, (3.1%; n=3) из Шанхая, (2%; n=2) из Цзезяна, (1%; n=1) из Фудзяна, а один респондент (1%; n=1) отметил пункт «Другое место». 58,2% (n=57) участников были мужского пола и 41,8% (n=41) - женского. Возрастной разброс участников был от 18 до 57 лет, средний возраст составил 34 года. Подавляющая часть респондентов—64,3% (n=63)—сообщили, что работают в качестве индивидуальных предпринимателей, 18,4% (n=18) являются строителями, 9,2% (n=9) сообщили, что не работают и 4,1% (n=4) отметили пункт “другое”.

Из всей совокупности опрошенных, 14,3% (n=14) сообщили, что отказывали себе в лечении находясь в России по причине нехватки денег. По этой же причине 17,3% (n= 17) сообщили, что отказывали себе в еде, 23,5% (n=23) — в покупке одежды и обуви, 43,9% (n=43) — в поездке домой на праздник Весны.

Из всей совокупности опрошенных 31,6% (n=31) сообщили, что им было необходимо лечение, пока они находились в России. Это мигранты в возрасте от 20 до 57 лет (средний возраст 35 лет). 16,1% (n=5) мигрантам была необходима срочная медицинская помощь, 58,1% (n=18) нуждались в лечении распространенных заболеваний, и (n=7) 22,6% - в специализированном лечении.

Из тех, кто перенес заболевание, находясь в России, на вопрос о том, что они предприняли для лечения, 6,5% (n=2) ответили, что ничего не делали, 29,0% (n=9) лечились самостоятельно, 35,5% (n=11) сообщили, что

получили медицинские услуги в месте пребывания, 22,6% (n=7) отправились лечиться в лечебных учреждениях в Китае и 6,4% (n=2) поехали в Китай, чтобы лечиться там методами китайской народной медицины. Таким образом, среди респондентов которые, находясь в России перенесли какое-либо заболевание, значительная часть лечились тут же в российских лечебных учреждениях, однако многие мигранты сообщили, что отказывали себе в лечении, дожидаясь поездки домой.

О наличии медицинской страховки в России сообщили 3,2% (n=3) респондентов, кроме того 11,6% (n=11) опрошенных сообщили, что имеют страховку, но пока ею не воспользовались. Однако, подавляющая часть респондентов (85,1%; n=80) сообщили, что не имеют медицинский страховки, действующей в России. Лишь 55,1% (n=56) респондентов, не имеющих таковой, ответили на вопрос о возможном намерении приобрести медицинскую страховку на время пребывания в России. Из них 28,6% (n=16) сообщили, что не стали бы приобретать медицинскую страховку, даже если бы была возможность; 37,5% (n=21) сообщили, что приобрели бы медицинскую страховку для лечения возможных распространенных заболеваний; 8,9% (n=5) сообщили, что приобрели бы страховку для лечения имеющихся хронических заболеваний; и 12,5% (n=7) приобрели бы страховку для лечения возможных травм в связи с выполняемой работой. Некоторые респонденты (12,5%; n=7) затруднились с ответом. Таким образом, потребность в медицинской страховке среди китайских мигрантов, преимущественно индивидуально занятых предпринимателей все-таки есть. Актуальна популяризация услуг страхования среди индивидуально работающих предпринимателей из Китая на доступном для мигрантов языке в Приморском крае.

Так, в Центральном регионе России, где в основном работают мигранты из СНГ, российской стороной совместно со специалистами из Таджикистана разрабатываются меры по усовершенствованию механизма

оказания медицинских услуг мигрантам из Таджикистана. Позитивный опыт сотрудничества необходимо распространить более широко [1].

Опыт западных стран показывает, что охват как легальных, так и нелегальных мигрантов медицинскими услугами наиболее полно осуществляется при взаимодействии государственных и негосударственных организаций. Целесообразно налаживание системы сотрудничества некоммерческих организаций, страховых компаний с лечебными учреждениями для оказания услуг сопровождения мигрантов, при получении ими медицинской помощи (помощь с переводом, с разъяснением юридических аспектов, защитой прав пациента) [2].

Разработка и популяризация доступных для трудовых мигрантов форм медицинского страхования будет способствовать снижению риска повышения заболеваемости в регионе с циркулирующей миграцией

Библиографический список

1. Вовк Е. В. Проблемы ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов, трудовая миграция и вопросы здравоохранения // Трудовая миграция и вопросы здравоохранения «Материалы круглых столов» (июль, декабрь 2009 года)/ под общ. ред. Валентя Д.А., Иртугановой О.А. Павловской Ю.Ю., Бюро Международной организации по миграции (бюро МОМ) в Москве–М.: 2010, 29-41 стр. URL: http://moscow.iom.int/russian/publications/trudmigrac_and_zdravoohranenie-mod2.pdf (дата обращения 31.05.2013)

2. The European Union Agency for the Fundamental Rights (FRA). Migrants in an irregular situation: Access to healthcare in 10 European Union Member States. 64 p.: URL: http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf (дата обращения: 31.05.2013).

СТРАТЕГИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: НОВЫЙ ПОДХОД

Состояние здоровья россиян на сегодняшний день характеризуется крайне низкими показателями. Россия занимает 71-е место среди обследованных 174 стран мира по Индексу развития человеческого потенциала. Коэффициент жизнестойкости населения страны - 1,4 балла при пороговом значении в 2 балла. По продолжительности жизни, по данным ВОЗ, Россия находится на предпоследнем месте среди стран Центральной и Восточной Европы: в среднем россияне живут менее 70 лет (среднеевропейский показатель - 76 лет), женщины - 74,9 года, мужчины - 62,9 года, что соответственно на 5 и 10 лет ниже среднего по Европе значения [5]. Вероятность умереть от неинфекционных болезней (рака, болезней сердца и т.п.) в возрасте 30-70 лет у россиянина превышает 35% - такой уровень, называемый ВОЗ «кризисом здоровья взрослого населения», характерен только для некоторых африканских стран, Украины и южных стран СНГ.

Уже этих данных достаточно для признания ситуации критической. Однако, еще большее беспокойство вызывает нездоровье подрастающего поколения: все меньше детей рождаются абсолютно здоровыми, функциональные отклонения обнаруживаются уже у детей дошкольного и школьного возраста, происходит «омоложение» целого ряда заболеваний.

Подобные тенденции при современном достаточно высоком уровне развития медицины, а также существенных усилиях государства по модернизации системы здравоохранения, свидетельствуют от необходимости пересмотра методологического подхода к охране здоровья россиян, и в первую очередь – детей и молодежи.

Традиционно охрана здоровья – индивидуального и общественного – рассматривается как общественная практика, реализуемая преимущественно через совокупность медицинских учреждений и организаций, выполняющих специфические санитарно-гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия. В данном случае реализуется односторонний взгляд на охрану здоровья, не учитывающий всей совокупности разнородных факторов, влияющих на здоровье, а также механизмы его сохранения. При таком подходе все здравоохранение сводится к медицинскому контролю, по своей природе фокусирующему внимание на нездоровье (болезни).

Современная парадигма здоровья, однако, предполагает, что его нельзя отождествлять только с отсутствием болезни [2], и что основная здоровьесберегающая активность индивида имеет место за пределами системы предоставления медицинских услуг. Соответственно, ключевым из множества факторов, обуславливающих здоровье и продолжительность жизни человека, признается образ жизни и поведение человека. Именно поведенческий фактор является связующим, опосредующим звеном между здоровьем и основными группами воздействующих на него факторов, но и – что особенно важно – доступен управлению и коррекции силами общества, его институтов и самого индивида. Исходя из этого, следует признать, что медикалистский подход, при котором ответственность за здоровье нации возлагается на систему здравоохранения, слишком узок, неэффективен и не соответствует ни масштабу, ни самой сути проблемы охраны здоровья. Как указывает И.Б. Назарова, государство и общество не должны ограничиваться только вниманием к развитию системы здравоохранения, «они должны действовать шире, направляя силы на улучшение потенциала здоровья, на борьбу с факторами негативного влияния, на активизацию поведения человека» [3, с. 486].

Необходима новая стратегия решения проблемы, в рамках которой важнейшим направлением работы по охране здоровья станет деятельность по формированию и развитию у индивидов и групп готовности к заботе о своем

здоровье, стимулированию самосохранительной активности и ответственности граждан за сохранение здоровья. Соответственно, медицина будет рассматриваться как один из элементов системы, призванной обеспечить здоровье и качество жизни членов общества, и будет признана необходимость активного включения в работу по охране здоровья других социальных институтов – государства, экономики, СМИ, образования и т.п.

Анализ показывает, что каждый из ключевых социальных институтов имеет определенный потенциал для участия в деле охраны общественного здоровья и формирования самосохранительного поведения, но затрагивает своей деятельностью лишь отдельные аспекты этой проблемы.

Так, например, государство способно обеспечить создание правовых условий реализации права каждого человека на здоровую жизнь. Это достигается через производство законодательных норм, регулирующих различные аспекты общественной жизнедеятельности, имеющей отношение к здоровью человека – организацию медицинской помощи, осуществление санитарно-гигиенического контроля, защиту окружающей среды и т.д. От государства в целом зависит наличие и продвижение в обществе идеологии здоровья, разработка соответствующей социальной политики и наделение других общественных структур обязанностями и полномочиями по охране индивидуального и общественного здоровья.

Не столь однозначно влияние на охрану здоровья экономики – института, призванного обеспечить адаптацию человека и общества к условиям жизнедеятельности. Оно выражается, в частности, в детерминации социального неравенства и стратификации (фактора, связь которого с показателями здоровья общепризнанна), создания материальных условий для более или менее благополучной жизни, продвижении товаров, услуг и связанных с ними образцов поведения, значительная часть которых противоречит понятию здорового образа жизни.

Наиболее активное участие в охране здоровья - прежде всего, за счет трансляции подрастающему поколению самосохранительных ценностей,

установок и образцов поведения – ожидается от семьи, как основного агента социализации. Однако, переживающая институциональный кризис современная семья в целом не вполне успешно справляется с функцией социализации детей, в том числе и в отношении здоровья и обеспечения их благополучия. Кроме того, выполнению семьей задачи формирования готовности к сохранению здоровья препятствует неразвитость культуры самосохранения взрослого поколения россиян.

Мощным потенциалом с точки зрения охраны здоровья, а именно продвижения идеологии здоровья и «самосохранительного» просвещения, обладают средства массовой информации. Однако, будучи коммерциализированны и «неинфицированы» идеологией здоровья, они, скорее, играют деструктивную роль, транслируя сомнительные и порой опасные для здоровья идеи, модели и установки.

В целом, названные социальные институты, хотя и оказывают одностороннее (за исключением, может, быть, семьи) и не всегда позитивное влияние, способны внести существенный вклад в создание социального контекста здорового поведения, обеспечить «организационную, экономическую, средовую поддержку индивидов, групп или сообществ, благоприятствующей здоровью», которая является необходимым компонентом продвижения здоровья [4].

Однако, для решения задачи формирования установок на здоровый образ жизни и самосохранительного поведения этого не достаточно. Речь должна идти о целенаправленном, систематизированном, основанном на превентивном воздействии, длительном и непрерывном обучении индивида здоровому (самосохранительному) поведению в наиболее критичный период становления и развития личности - в детстве, отрочестве и ранней молодости.

В большинстве случаев в этот период индивид включен в процесс социализации в условиях сложившейся образовательной системы и конкретных образовательных учреждений – детских садов, школ, колледжей, вузов. Поэтому, признавая необходимость системной работы на всех уровнях

социальной организации и вовлечения в процесс сохранения здоровья нации различных социальных институтов и организаций, мы считаем, что одним из основных и наиболее эффективных путей является формирование самосохранительного поведения индивида в системе образования.

Возможность и эффективность решения этой задачи в рамках системы образования обусловлена следующими обстоятельствами:

- система образования подконтрольна государству, что позволяет реализовывать единую и согласованную с другими подсистемами общества политику продвижения здоровья во всех образовательных учреждениях;
- система образования охватывает подавляющее большинство (в идеале всех) детей и подростков и значительную часть молодежи;
- организация жизнедеятельности индивида, которая в значительной степени определяет его дальнейшее поведение и состояние здоровья, в период детства и отрочества во многом зависит от агентов социализации, в том числе организаторов образования и педагогов;
- индивид включается в систему образования на этапе первичной социализации, когда воздействия, направленные на формирование установок, простейших навыков и стереотипов поведения, наиболее эффективны;
- индивид интегрирован в систему образования на протяжении длительного и критичного, с точки зрения социализации, периода своей жизни, что создает возможности целенаправленного и систематизированного воздействия на личность на разных этапах ее развития;
- для детей и подростков учебная деятельность является естественной, поэтому вопросы формирования здорового образа жизни и паттернов самосохранительного поведения могут быть органично включены в учебно-воспитательный процесс;
- система образования имеет многоуровневую структуру, что позволяет обеспечить непрерывность, последовательность и преемственность

формирования самосохранительных установок и здорового поведения на всех этапах онтогенеза и развития личности;

- институт образования располагает эффективными технологиями передачи знаний, формирования навыков и стереотипов поведения; именно в рамках системы образования могут быть реализованы наиболее эффективные модели формирования здорового образа жизни, социализации в сфере здоровья – через целенаправленное социальное научение путем наполнения когнитивного и конативного (поведенческого) компонентов установки на здоровое поведение и, одновременно, подкрепления аффективного компонента, формирование мотивации к здоровью, освоение и закрепление умений, навыков здорового образа жизни, развитие самосохранительных поведенческих стратегий;

- в процессе образовательной деятельности достигается интеграция индивидуального, социокультурного и институционального механизмов охраны здоровья, что позволяет радикально повысить эффективность решения этой задачи в масштабах общества.

Ни один из прочих социальных институтов и организационных структур не располагает такими возможностями и не может принять на себя ответственность по охране здоровья в наиболее важном – превентивном (профилактическом) – аспекте, подразумевающим формирование и развитие у индивида таких установок, поведенческих навыков и мотивации, которые будут способствовать самостоятельному (без внешнего давления) и эффективному решению вопросов здоровья и обеспечения безопасности в различных ситуациях на протяжении всей жизни и, тем самым, обеспечат сохранение и укрепление здоровья в долгосрочной перспективе.

Таким образом, потенциал института образования как института охраны здоровья трудно переоценить. Однако, в настоящее время образование в нашей стране выступает фактором, негативно воздействующим на здоровье детей, подростков и молодежи. Цели и задачи образования достигаются зачастую ценой разрушения здоровья

обучающихся. Это связано, с одной стороны, с реалиями нынешнего этапа развития образования - ростом объема познавательной информации, доли умственной нагрузки в режиме дня, уплотнением сетки учебных занятий, использованием информационных технологий и т.п., негативно сказывающихся на здоровье учащихся. С другой стороны, школа достаточно пассивна в отношении здорового образования учащихся: работа по продвижению идей и навыков здорового жизни не относится к числу приоритетных и, как правило, носит несистемный, спорадический характер.

Фактически единственное звено образовательной системы, где уделяется внимание вопросам охраны здоровья и формирования самосохранительного поведения, - это дошкольное образование. Результативность в процессе формирования самосохранительного поведения в дошкольных учреждениях достигается за счет регулярности воздействий и прямого внешнего контроля. В школьном и постшкольном образовании сформированные ранее образцы здорового поведения некоторое время сохраняют инерцию. Однако, в условиях увеличения учебной нагрузки, роста (с возрастом) рисков вовлечения обучающихся в саморазрушительное поведение, отсутствия систематических воздействий по формированию и развитию самосохранительных паттернов и ослабления внешнего контроля часть уже сформированных образцов здорового поведения постепенно разрушается (или заменяется нездоровыми), а новые позитивные установки и навыки, соответствующие возрасту, не формируются. Итогом становится недостаточный уровень самосохранения у детей, подростков и молодежи, негативная динамика самосохранительного поведения от низших к высшим ступеням образования [1] и все более ухудшающееся здоровье подрастающего поколения.

Чтобы переломить ситуацию, недостаточно снизить или исключить риски для здоровья подрастающего поколения в образовательной системе. Необходимо создать условия для выполнения системой образования задачи охраны здоровья и формирования самосохранительного поведения

обучающихся. Это требует выработки новой стратегии развития образования, подразумевающей, прежде всего, осуществление целенаправленной, системной и своевременной работы по формированию и развитию у обучающихся готовности к самосохранительному поведению на протяжении всего времени их пребывания в образовательной системе.

Способна ли отечественная образовательная система в своем нынешнем состоянии справиться с выполнением подобной функции? Мы полагаем, что для этого есть определенные основания, в частности:

- существующие механизмы управления системой образования позволяют вменить охрану здоровья в ее функции, контролировать и регулировать ее исполнение;

- большинство образовательных учреждений располагает необходимой информационной и материально-технической базой для охраны здоровья;

- применяемые в системе образования психолого-педагогические технологии могут быть адаптированы под задачи самосохранительной социализации в ходе обучения по всем дисциплинам (биология, химия, русский язык, и т. д.);

- кадровый состав и квалификация (знание психологии, физиологии, динамики возрастного развития и пр.) большинства педагогов на всех уровнях образования позволяют предвирать вовлечение детей в разрушительные для здоровья поведенческие практики;

- заложен фундамент для охраны здоровья на первой ступени образовательной системы (в дошкольных образовательных учреждениях соблюдаются основные принципы и есть позитивный опыт охраны здоровья);

- существующая система повышения квалификации педагогических кадров дает возможность внедрять новые технологии охраны здоровья в образовательный процесс;

- идеология охраны здоровья может быть интегрирована как в учебные, так и во внеучебные формы деятельности образовательных учреждений;

- опыт взаимодействия образовательных учреждений, семьи и общественности позволяет повысить эффективность охраны здоровья обучающихся в системе образования.

Модернизация системы образования в институт охраны здоровья обучающихся и их непрерывной самосохранительной социализации, на наш взгляд, позволит существенно повысить эффективность охраны здоровья в обществе в целом, поможет следующему поколению россиян быть более здоровым, чем предыдущее.

Библиографический список

1. *Алимпиева А.В., Прасова Е.А.* Самосохранительное поведение подрастающего поколения: динамика в процессе образования // Здоровье – основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения. Труды Шестой Всерос. науч.-практ. конференции с междунар. участием. СПб.: Изд-во Политехнического ун-та, 2011. – С. 328-337.

2. Глоссарий терминов по укреплению здоровья. ВОЗ, 1998 / http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_NEP_98.1_rus.pdf

3. *Назарова И.Б.* Здоровье занятого населения, Гос. ун-т Высшая школа экономики. - М., 2007.

4. *Green L.W., Kreuter M.W.* Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach (2d ed.). – Mountain View, Calif.: Mayfield, 1991.

5. The European Health Report. WHO, 2012 / http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/184155/The-European-Health-Report-2012,-1.-Where-we-are.pdf

РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГРУППЫ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ В ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

В настоящее время появились исследования, в которых признается институциональный подход к социологическому анализу физической культуры. Институт физической культуры населения взаимосвязан с рядом других социальных институтов: семья, здравоохранение, образование, спорт, армия и др. Эти институты участвуют в процессе развития физической культуры. Они имеют свою структуру, характеризующуюся связью соответствующих элементов. Социальный заказ на развитие физической культуры обуславливает необходимость интеграции основных социальных институтов, причастных к воспроизводству физической культуры.

Выделим социальные факторы институционализации физической культуры, которые можно разделить на несколько групп. 1. Макрофакторы: глобализация; олимпийское движение; международные требования к качеству образования; средства массовой информации международного уровня. Данная группа факторов имеет политическую, социально-экономическую, этнокультурную основу. 2. Мезофакторы: историческое наследие; национальная специфика; социальная политика; природно-климатические ресурсы; идеология; инфраструктура. Группа мезофакторов действует на уровне различных странах и регионов, определяясь условиями окружающей реальности. 3. Микрофакторы: укрепление здоровья; медико-социальная реабилитация; интеграция в социальную группу (семья, друзья, студенческая группа, производственный коллектив); сформированная система ценностных ориентаций, влекущая за собой удовольствие при проведении досуга; следование моде (например, на спортивное тело).

Эти факторы могут носить характер: объективный; субъективный². Объективные факторы – это факты, относительно автономные по отношению к внутренним интенциям субъекта, влияющим на развитие физической культуры. К примеру, специфика социальных отношений, состояние инфраструктуры, принадлежность к профессиональной группе преподавателей физической культуры, наличие свободного времени, семейное положение, социальное обеспечение и др. Объективные факторы служат основой для структурирования субъективных. Субъективные факторы – это причины, которые проявляются в мотивациях субъектов, участвующих в процессе развития физической культуры. Например: морально-волевые качества личности, интересы, потребности (стать членом профессиональной группы преподавателей физической культуры), ценностные ориентации, физиологические особенности (возраст, пол, состояние здоровья, уровень физического развития).

Васельцова И.А., Игошкин А.Н., Михайлова О.Н., Стрельников А.А. в результате проведения социологического опроса отмечают, что приобщению к занятиям физической культуры содействовали: 25,9% – «никто», 35% – семья, 6,5% – высшее учебное заведение, 17,6% – школа³. Это говорит о низкой результативности воздействия различных социальных институтов на развитие физической культуры. Все факторы институционализации физической культуры можно разделить на положительные, содействующие этому процессу, и отрицательные, тормозящие его.

К положительным факторам можно отнести активность профессиональной группы преподавателей физической культуры. Кроме того, факторы институционализации физической культуры могут быть:

² Волкова О.А. Профессиональная маргинализация в условиях глобального экономического кризиса // Этап: экономическая теория, анализ, практика. – 2010. – № 3. – С. 86-94.

³ Васельцова И.А., Игошкин А.Н., Михайлова О.Н., Стрельников А.А. Анализ отношения молодежи к занятиям физической культурой // Интеграция инновационных систем и технологий в процесс физического воспитания молодежи. – Ульяновск: УлГТУ, 2010. – С. 24.

непосредственные, действующие на социальный процесс прямо (обязательные требования образовательного учреждения или предприятия); косвенные, действующие опосредованно, через источники или условия развития социального процесса (индивидуально-психологические или физиологические качества людей).

Институционализацию физической культуры мы рассматриваем как социальный процесс. Согласно П. Штомпке, источники социального процесса делятся на две категории⁴: внутренние, которые действуют внутри социальной системы физической культуры; внешние, основанные на взаимодействии данной социальной системы с другими системами (системы образования, здравоохранения, спорта и др.). К первой группе факторов можно отнести сплоченность профессиональной группы преподавателей физической культуры, ко второй – социальную политику в соответствующей сфере, уровень заработной платы.

П. Штомпка отмечает, что для развития социального процесса условия могут быть: достаточными, способствующими институционализации; недостаточными, при которых социальный процесс не совершается, или совершается в достаточно деформированном виде⁵. На наш взгляд, в России условия развития физической культуры недостаточны, по сравнению с условиями развития, например, спорта. Поэтому массовая физическая культура пока не сформирована.

Образцы физической культуры запечатлены в ценностях: материальных (спортивные сооружения, оборудование, инвентарь, одежда); нематериальных (наука, произведения искусства, связанные с физической культурой).

Попытаемся выделить этапы институционализации физической культуры. 1. «Зарождение». Первобытное общество. Исторический анализ связей с общественностью как социального института показывает, что

⁴ Штомпка П. Социология социальных изменений / Пер. с англ.; под ред. В.А. Ядова. – М.: Аспект Пресс, 1996. – 416 с.

⁵ Там же.

многие его черты зародились еще в первобытном обществе. Этот этап характеризуется возникновением потребности, удовлетворение которой требовало совместных организованных действий в виде игры с целью подготовки к охоте. 2. «Нормирование». Древний мир, Средние века. При рабовладельческом строе и феодализме происходит появление некоторых социальных норм, возникших в ходе стихийного социального взаимодействия, которое осуществлялось методом проб и ошибок. Эти нормы носили неформальный характер и были недолговечны. 3. «Формализация». Капитализм. В конце XIX в. в обществе сложились социально-экономические условия, послужившие объективными предпосылками вхождения в коммерческий сектор. Происходит выработка и установление системы формализованных санкций для поддержания соответствующих норм и правил, их дифференциация в зависимости от специфики различных социальных групп, использование в зависимости от социальных ситуаций. Происходит формирование системы статусов и ролей, которые охватывают всех членов социального института. Социальные статусы и роли отличаются от обычных социальных ролей более строгим контролем.

Выделим институциональные признаки институционализации физической культуры, показывающие степень ее развития: нормативно-правовая база; наличие круга субъектов, вступающих в социальные отношения, приобретающие устойчивый характер; структурная организация; наличие специфических социальных норм и предписаний, регулирующих поведение людей в рамках социального института физической культуры (в сфере физической культуры эти нормы носят в большей степени общественный, чем эридический характер); наличие определенных функций института, интегрирующих его в социальную систему, которые описаны нами выше; существование субкультурной символики: материальных и нематериальных символов; формирование идеологии (через систему образования, средства массовой информации).

Можно выделить следующие функции институционализации физической культуры: политическая (определение места государства на мировой арене); образовательная (повышение качества образования); экономическая (содействие производству и продаже специального оборудования, одежды, расширение практик потребления); военная (качественное усиление военнослужащих); интегративная (содействие включению людей, в особенности с ограниченными возможностями здоровья, в социальные группы, содействие объединению и сплоченности профессиональной группы преподавателей физической культуры); культурная (поскольку физическая культура является частью общей культуры, происходит повышение культурного уровня людей); нормативная (способствование снижению показателей девиантного, т.е. отклоняющегося от нормы, поведения – как в юридическом, так и в общественном понимании норм). Функции институционализации физической культуры постоянно трансформируются, меняется их социальное значение: некоторые из них нивелируются (например, культурная), другие усиливаются (к примеру, экономическая).

В настоящее время физическая культура по количественным (статистические данные) и качественным (состояние инфраструктуры) характеристикам не отвечает потребностям общества. Отмечается низкая эффективность физической подготовки на всех уровнях общего и профессионального обучения. В сфере физической культуры в настоящее время образование, реабилитация и рекреация стали частным делом. В структурном отношении виды физической культуры можно дифференцировать следующим образом: образовательная; спортивная; рекреационная; реабилитационная; адаптивная; визуальная, декоративная.

Таким образом, отмечается важная роль профессиональной группы преподавателей в институционализации физической культуры.

Библиографический список

1. *Васельцова И.А., Игошкин А.Н., Михайлова О.Н., Стрельников А.А.* Анализ отношения молодежи к занятиям физической культурой // Интеграция инновационных систем и технологий в процесс физического воспитания молодежи. – Ульяновск: УлГТУ, 2010. – С. 23-27.

2. *Волкова О.А.* Профессиональная маргинализация в условиях глобального экономического кризиса // Этап: экономическая теория, анализ, практика. – 2010. – № 3. – С. 86-94.

3. *Штомпка П.* Социология социальных изменений / Пер. с англ.; под ред. В.А. Ядова. – М.: Аспект Пресс, 1996. – 416 с.

**Е.А. Андриянова, В.А. Катрунов, М.Н. Кузнецова,
Р.Ю. Девличарова, Е.В. Засыпкина, Л.А. Павлова,
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов**

ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ В БИОЭТИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ

Каждый этап исторического развития общества содержит известную систему социальных ценностей, из которых исходит и на которые ориентируется человек в своей деятельности. В ряду социальных ценностей (свобода, семья, статус, роль и др.) особое место и роль в функционировании и развитии общества занимает здоровье.

Социальная значимость здоровья, как одной из основополагающих ценностей человека, заключена, прежде всего, в том, что, не учитывая уровень и состояние здоровья граждан общества, политики государства в области здравоохранения, невозможно дать системную характеристику общества, определить направления, формы и способы организации всех сторон социальной жизни, невозможно целостно решать задачи повышения качества жизни граждан.

Спецификой медико-этических и социально-культурных исследований здоровья является перенос центра тяжести в область изучения взаимосвязей здоровья и факторов уровня и качества жизни. Причем имеется в виду не только прямое воздействия на здоровье социальных и природных факторов, но и обратного воздействия здоровья на условия и образ жизни как «регулятора» тех или иных компонентов благосостояния.

Конечная цель – регулятивное управление состоянием здоровья через воздействие на социально-экономические параметры образа жизни, устранение или ослабление «вредных» и укрепление «полезных» для здоровья факторов.

Философы исследуют феномен здоровья и болезни с целью выяснить в них сферу человеческой свободы, сферу ответственного (личного) выбора определенного типа бытия человека. Под «здоровьем» понимается такая форма актуализации телесных потенций, которая обеспечивает максимум

возможностей для самоосуществления человека. Личностная установка на здоровье есть позиция « неотчужденной ответственности за собственное бытие».

Медицина и социология изучают здоровье с целью постижения механизмов его психофизиологической и социальной обусловленности и места в системе социально-культурных ценностей, регулирующих отношение человека к здоровью. Исследуются уровень выражения потребности в здоровье, установки и мотивы заботы о здоровье, природа социально-культурных факторов, влияющих на здоровье, и механизмы этого влияния. Особый интерес предоставляет факторы риска и антириска определения «нормы» здоровья и механизмы поддержания уровня здоровья, его ресурсы и пути формирования оптимальной социальной нормы. В качестве ключевой стоит задача разработки показателей здоровья, механизмов формирования и взаимодействия здоровья и образа жизни..

Исследование проблем здоровья ведется в современных странах, включая Россию, по следующим направлениям: скрининговые исследования, изучающие влияние образа жизни на здоровье; исследование факторов риска; исследование самосохранительного поведения.

Здоровье определяется сегодня как динамическое равновесие организма с окружающей средой, при котором все заложенные в биологической и социальной сущности человека физические, духовные и другие способности проявляются наиболее полно и гармонично, все жизненно важные подсистемы человеческого организма функционируют с максимально возможной интенсивностью, позволяя быстро и адекватно адаптироваться к быстро меняющейся природной и социальной среде.

Для понимания здоровья важно определить, что такое нормальная, здоровая жизнь, за пределами которой возникает болезнь. Привычным является понимание того, что норма - это состояние здоровья, а патология - это болезнь. Вместе с тем, понятие нормы это лишь составляющая понятия здоровья, оно не исчерпывает содержательно состояние здоровья. Норм-

термин очень близкий термину здоровья. Можно быть здоровым исходя из величин известных показателей строения и функций организма и в то же время иметь отклонения от нормы по некоторым психофизиологическим признакам. Норма – это типичное, обычное, наиболее часто встречающееся состояние здоровья, соответствующее определенному стандарту.

Норма не является каким-либо идеалом для данного вида. Все люди в том или ином отношении отличаются от некоторой идеальной нормы, как средней величины или как некоторого идеального качества (строения и поведения).

Норма – выражение оптимального состояния человека, его здоровья в конкурентной повседневно-бытовой и трудовой деятельности. Нормальное – это типичное, обычное, наиболее часто встречающееся здоровье, соответствующее определенному образцу или стандарту.

Заключение врача "здоров" ставится в некоторой степени весьма условно. Некоторой уступкой в оценке индивидуальных особенностей здорового и больного человека является применение специального выражения "практически здоров". Данное выражение свидетельствует о том, что на некотором ближайшем отрезке времени человек может быть здоров и трудоспособен, но что он не гарантирован от возможности заболевания при изменении условий, окружающих его в быту или на работе. Следует напомнить важное положение диалектики о том, что относительные критерии здоровья для той или иной популяции людей следует считать абсолютными для каждого отдельного человека в каждой отдельной ситуации его существования в тех или иных условиях. Недооценка этого положения о соотношении относительного и абсолютного в жизни человека как здорового, так и больного, может легко привести к релятивизму в его крайнем - субъективно-идеалистическом выражении.

Среди многочисленных определений здоровья имеют значение те, которые опираются на практически важные параметры состояния организма.

К таковым относятся: трудоспособность, некоторые количественные показатели отдельных функций (температура тела, кровяное давление, содержание форменных элементов, белков и сахара в крови, уровень хлористоводородной кислоты в желудочном соке и др.), отсутствие каких-либо неприятных ощущений в своем теле ("здоровый человек не чувствует своих органов"), хорошее настроение ("в здоровом теле – здоровый дух"), соблюдение оптимального для каждого человека режима труда и отдыха, поведение в семье, коллективе и т.д. Вместить все эти и другие параметры здоровья в одно краткое определение просто невозможно и вряд ли нужно заниматься поисками такого определения вообще. Для человека, как существа социального, норма или здоровье – это существование, допускающее наиболее полноценное участие в различных видах общественной и трудовой деятельности, это его образ жизни.

Определение здоровья осуществляется с позиций образа жизни. Именно в образе жизни проявляется, прежде всего, состояние организма, его способность адаптироваться к окружающей среде, готовность и возможность полноценно выполнять социальные функции. Здоровье – это состояние человека, при котором он полноценно выполняет социальные функции и ведет образ жизни, обеспечивающий сохранение, укрепление и развитие этого состояния. Здоровье, таким образом, содержательно шире, богаче, чем общепринятый стандарт нормы. Состояние здоровья раскрывает все многообразие социального, физического и духовного состояния индивида, общества в целом. Тогда как патология есть некоторое отклонение от общепринятого стандарта, отклонение от нормального психо-соматического состояния.

Здоровье человека – это комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу. Здоровье отражает уровень его экономического и культурного развития общества, состояние медицинской помощи, находясь в то же время

под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий общества. Можно сказать, что это интегральный показатель качества жизни в объективных ее проявлениях.

«Качество жизни» определяется уровнем удовлетворения основных духовных и материальных потребностей человека и выражается:

- в достойной среде обитания, необходимых условиях труда, быта и отдыха;
- в моральном и духовном состоянии общества;
- в здоровой пище, добротных товарах и жилье;
- в безопасности, правовой и социальной защищенности;
- в обеспечении качества работы госучреждений, организации здравоохранения.

Кроме того, понимание качества жизни находится в прямой зависимости от образа жизни человека, его возможности и способности полноценно выполнять социальные функции. По существу речь идет о здоровье человека как неперенном условии его качественной жизни. Существует ли некий стандарт качества жизни? Возможно ли определить некоторые общие критерии, признаки качества жизни для всех, или это только возможно для определенных категорий людей?

Можно предположить, что есть достаточно общий (для всех людей) набор элементов, признаков, дающий возможность говорить, что это и есть качественная жизнь:

- это тот минимум материальных и духовных ценностей, удовлетворяющих основные потребности человека;
- это достойная среда обитания: условия труда и отдыха, здоровая пища, безопасность, правовая и социальная защищенность;
- это моральное и психическое самочувствие;
- это активный здоровый образ жизни и , значит, способность человека полноценно выполнять социальные функции.

Иными словами, категория качества жизни не имеет однозначного определения, как не может быть равенства людей относительно их возможностей, способностей, статуса в системе общественных отношений. Качество жизни определяется степенью удовлетворения основных духовных и материальных потребностей человека, его психосоматическим здоровьем.

Качество жизни отражает то, что человек может и каковы условия для его полноценной деятельности. Важным в этой связи выступает выявление медицинских и социально-психологических аспектов качества жизни. Это сопряжено с тем, что человек может быть как относительно здоров так и болен, и для него возможно разное определение и понимание качества жизни.

Образ жизни действует как «фильтр» для социальных и биологических факторов, вызывающих болезни, дряхлость и смерть. Как правило, бедные менее здоровы, чем богатые, потому что они хуже питаются, их существование связано с физическими перегрузками, они имеют доступ к худшему медицинскому обслуживанию. Сколько рождается детей, какая доля из них выживает, какова средняя продолжительность жизни, каковы наиболее распространенные причины смерти - все это связано с состоянием здоровья.

Важным в профилактики заболевания, создание условий для полноценного развития человека является актуализация мотива на активный здоровый образ жизни, формирование у человека установки на здоровье, понимание его персональной значимости. И. Кант в своих трактатах и письмах говорил, что люди хотят исполнения двух своих пожеланий, а именно: «долго жить и при этом быть здоровыми» [3].

В целом можно говорить о чрезвычайно низкой фактической (а не декларированной) ценности здоровья, к тому же еще имеющей инструментальный, а не самоценный характер (здоровье, необходимое для чего-то более важного); о низкой культуре самосохранения и

ответственности за собственное здоровье только после его фактического или ожидаемого ухудшения или по совету врача.

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) при участии Минздравсоцразвития России, Росспорта, Института социальных исследований впервые в отечественной практике провела выборочное обследование на тему "Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения". Итоги обследования основаны на материалах опроса 2204 человек в возрасте 15 лет и более, проведенного в июне-июле 2008 г. по квотной стратифицированной выборке с вероятностным отбором респондентов на завершающем этапе ее реализации в 24 субъектах Российской Федерации¹.

Данные исследования показывают, что для подавляющего большинства людей в возрасте 15 лет и более хорошее здоровье является одной из наиболее актуальных базовых ценностей. На предложение определить по пятибалльной шкале ценность здоровья в ряду других жизненных ценностей 85,0% опрошенных дали ответы, в которых выражено максимальное ранговое значение ценности крепкого здоровья. В сознании подавляющего большинства людей всех возрастных групп здоровье как ценность вместе с ценностью семьи занимает 1-2 место среди других важнейших социальных ценностей - материального благополучия, работы, образования.

Большинство опрошенных (84,2%) вполне осознают, что состояние их здоровья зависит, прежде всего, от них самих. Лишь в группе пенсионного возраста этот показатель уменьшается до 69,3%, что объясняется как высоким уровнем заболеваемости в этой группе, так и, видимо, влиянием прежних стереотипов сознания об ответственности системы здравоохранения за здоровье населения.

Вместе с тем основная масса обследованных на практике относится к собственному здоровью весьма небрежно. Многие люди не приучены к стилю жизни и поведению, которые обеспечивают предупреждение заболеваний, подвержены влиянию отрицательных социальных норм и

традиций. Как свидетельствует совокупность полученных данных о распространенности положительных и отрицательных поведенческих факторов, влияющих на здоровье, доля тех, кто в повседневной жизни действительно бережет свое здоровье, не превышает 25% обследованных.

Признавая на декларативном уровне важность здоровья, полезность занятий физической культурой, пагубность курения, употребления алкоголя и т.д., большинство людей в реальной жизни пренебрегают возможностями сохранения здоровья и рисками его потери.

Отрицательное проявление субъективных (личностных) качеств обследованных в их отношении к собственному здоровью выражается, например, в следующих фактах:

64,1% - отметили, что не соблюдают режим питания;

76,4% - не занимаются утренней гимнастикой;

33,7% - регулярно курят, из них 48% - выкуривают от 11 до 20 и более сигарет в день;

84,7% - употребляли алкогольные напитки, в том числе каждый четвертый употребляет водку, коньяк и другие крепкие напитки регулярно.

На вопрос: "В какой мере Вы заботитесь о своем здоровье?" дали ответ, что мало заботятся или совсем не заботятся в возрастной группе 15-19 лет 37,4% опрошенных, в группе 20-24 года - 47,0% и т.д. по нарастающей прогрессии. Лишь респонденты пенсионного возраста, фактически поголовно страдающие разными заболеваниями, начинают осознавать необходимость ответственного отношения к своему здоровью.

Различия в мотивации и моделях поведения индивидов, связанных с их здоровьем, в значительной мере определяются присущими им социально-демографическими и социально-статусными особенностями.

Относительно чаще недооценивают актуальность бережного отношения к своему здоровью респонденты, занимающиеся предпринимательской деятельностью (63,9% опрошенных). Выше средних показателей доля респондентов, не уделяющих надлежащего внимания

укреплению своего здоровья, в возрастных группах 30-39 лет и 40-49 лет (56,5% и 58,5% соответственно), среди мужчин (55,5%) и жителей сельской местности (54,5%).

В группах респондентов с разным уровнем общего и профессионального образования различия в отношении к здоровью не выходят за пределы статистической погрешности (3%). отношение респондентов к своему здоровью выявлялось с помощью самооценок его состояния. Считают состояние своего здоровья очень хорошим и хорошим 28,8% обследованных, удовлетворительным - 59,0%, плохим и очень плохим - 10,8%, затруднились определить - 1,4%.

Заметно разнятся самооценки состояния здоровья в слоях населения с разным уровнем доходов: в высокодоходных группах считают свое здоровье плохим и очень плохим 5,5%, в группах со средними доходами - 13,8%, в группах с низкими доходами - 27,9%.

Процентное распределение положительных и отрицательных самооценок здоровья в сочетании с данными о его реальном состоянии и влиянии на него поведенческих факторов является достаточно существенным показателем отношения населения к здоровью. Судя по этому показателю, большинство людей относятся к своему здоровью как к сравнительно легко "возобновляемому ресурсу", не приучено постоянно думать о его состоянии, а тем более, практически заботиться о нем, не привыкло противостоять вредным привычкам. Управление здоровьем начинается с познания себя, своего организма, его особенностей. Именно осознание ценности здоровья, воспитание ответственного отношения способно изменить поведенческий подход к здоровью к известным, казалось бы, примерам, правилам гигиенического воспитания, самозаботы, самозащиты, снижающих риск болезней.

Управление здоровьем неотделимо от потребности усвоения знаний здорового образа жизни. Учеными выявлено отсутствие у 53% россиян правильных представлений о здоровом образе жизни.

Свойственное многим людям ощущение социальной неустроенности и нервного напряжения, сравнительно низкий уровень благосостояния коррелируют с достаточно ущербным стилем жизни значительной части населения. Речь идет об отсутствии интереса у многих людей к активному отдыху. Наиболее распространенным ответом респондентов на вопрос, какой отдых наиболее типичен в повседневной жизни, является ответ "смотрю телепередачи, видеофильмы", который дали 58,0% опрошенных.

Те же самые обстоятельства обуславливают значительную распространенность вредных привычек. Немалая часть населения ищет легкие способы преодоления фрустрации с помощью различных эрзацев "отдыха" - курят, употребляют алкоголь, наркотики. Обследование показало, что население достаточно хорошо информировано о том, насколько люди рискуют навредить своему здоровью курением, употреблением спиртных напитков и наркотиков [2].

Управлять здоровьем - значит воспитывать, формировать и проявлять положительную медицинскую активность как устойчивую благоприятную оценку индивидом состояния своего здоровья и направленность действий на сохранение здоровья и соответствующее изменение образа жизни.

А сегодня мы можем констатировать факт низкой приверженности населения ведению здорового образа жизни. Для улучшения здоровья жителей России нужны не только усилия системы здравоохранения, врачей, но и активное участие самих граждан. До каждого жителя нашей страны необходимо довести информацию о здоровом образе жизни, мерах профилактики, а также о правильном лечении уже выявленных заболеваний. Следует быстро и доступно разъяснить, что именно каждый может сделать для сохранения своего здоровья [4].

Исследование самоохранительного поведения возникло в связи с радикальным концептуальным переходом в политике охраны здоровья: от рассмотрения граждан как пассивных потребителей медицинских услуг к

осознанию ими собственной активной роли в создании условий, способствующих сохранению и приумножению здоровья.

В основе изучения самоохранительного поведения лежит исследование ценностно-мотивационной структуры личности и ценности здоровья в этой структуре.

Реформирование системы здравоохранения страны должно быть подчинено реализации четырех основополагающих принципов:

- социальной справедливости и общедоступности медицинской помощи;
- расширения и обеспечения необходимого минимума медицинских услуг при минимальной их стоимости;
- оптимального соотношения стоимости медицинских услуг и распределения государственных ресурсов; 4. свобода выбора медицинских услуг.

Безусловно, охрану здоровья населения нельзя сводить только к оказанию медицинской помощи. Решающим здесь являются: создание благоприятной среды обитания, высокого уровня и качества жизни; обеспечение безопасности пищевых продуктов и воды; проведение продуманной демографической политики; пропаганда здорового образа жизни; снятие социально стресса.

В связи с реализацией прав человека на здоровье и лечение неминуемо возникает вопрос о качестве медицинской помощи, оказываемой больному. Высококачественная помощь может быть определена как помощь, которая «максимизирует благо пациента, принимая во внимание баланс ожидаемых плюсов и минусов для процесса лечения во всех его частях» [1].

Говоря о здоровье, можно выделить четыре фундаментальных аспекта, обусловленные факторами, которые определяют состояние здоровья: образ жизни; факторы риска, влияющие на здоровье населения и окружающую среду; переориентация и реформирование системы здравоохранения; мобилизация политической, управленческой и технологической поддержки с

целью осуществления необходимых изменений. Именно эти факторы лежат в основе формирования здоровья человека, нации в целом. При этом, здоровье нации – это не только и даже не результат работы службы здравоохранения. Это показатель успешности функционирования всех социальных проектов государства. Люди здоровы, счастливы – государство выполняет свое назначение хорошо. И наоборот. Здоровье должно рассматриваться как состояние, позволяющее вести активную в социальном и экономическом плане жизнь. Кроме того, требуется стратегическая переориентация акцентов с продолжительности жизни (характеристики, с которой традиционно идентифицировалось понятие здоровья) на продолжительность здоровой жизни, т.е. жизни без болезней и инвалидности. Иными словами, должна изменяться парадигма развития и системы здравоохранения, и наших представлений о ценности здоровья.

Здоровье, это наш повседневный выбор и модель поведения, ориентированная на определенные ценности. Как раз в этом проявляется наша социологическая культура, социологический образ мышления и действий.

Здоровье, кроме всего прочего, несет в себе не только собственно медицинское и социально-психологическое содержание, но также и нравственный смысл, нравственное значение. Здоровье является одним из проявлений человеческой сущности, определяющими качество жизни человека.

Библиографический список

1. Власов В. В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. М., 2000. С. 180.
2. Демография и показатели здоровья населения РФ / http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm/
3. Кант И. О способности духа только силою воли побеждать болезненные ощущения.// Трактаты и письма.- М.: - 1980г. С. 300.
4. Сбережение народа зависит от Вас. - М., ГЭОТАР – Медиа, 2006, С. 57.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕГРАЦИИ СОЦИАЛЬНО - ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ «ЗДОРОВЫЙ ДОШКОЛЬНИК» В НАУКОГРАДАХ.⁶

В основу социально-оздоровительной технологии «Здоровый дошкольник» и Научно-практической школы оздоровления детей им. Ю.Ф. Змановского при Академии ПК и ППРО и НЦ «Здоровья детей» РАМН положена концепция известного медика, педагога просветителя [1]. Юрий Филиппович Змановский (1929-1995), профессор, доктор медицинских наук, зав. лаборатории НИИ педиатрии РАМН, работал зам. директора НИИ дошкольного воспитания и НИИ физиологии.

Систему физкультурно-оздоровительной работы руководству и сотрудникам дошкольных учреждений необходимо совершенствовать, используя современные данные возрастной физиологии, дошкольной педагогики, лечебно – профилактической медицины при эффективном организационно - методическом сопровождении здоровьесберегающих технологий.

В Академии повышения квалификации и ППРО проводятся управленческое консультирование и инновационные игры по внедрению технологии в рамках конкурсных программ «Российских образовательных форумов» в наукоградах.

В Российской Федерации сейчас 14 наукоградов (Бийск, Дубна, Жуковский, Кольцово, Королев, Мичуринск, Обнинск, Петергоф, Протвино, Пущино, Реутов, Троицк, Фрязино, Черноголовка) с населением 1073,0 тыс. жителей, дети посещают 227 дошкольных учреждениях. Свыше 70 территорий претендует на этот новый статус. Это и закрытые территории (Железногорск, Новоуральск, Краснознаменск, Саров, Северск, Снежинск и др.), и академгородки (Красноярский, Томский, Иркутский), и

⁶ Материал был подготовлен при поддержке РГНФ (грант 12-03-00490/13)

муниципалитеты столичных мегаполисов (Гатчинский, Люберецкий, Подольский, Химкинский), и потенциальные наукограды (Дмитровograd, Зеленоград, Зерноград, Комсомольск-на-Амуре, Оболенск, Ханты-Мансийск), и региональные технополисы Набережные Челны, Гусев и безусловно инноград Сколково..

Термин «наукоград», введенный в географический лексикон в 90-е годы явно требует корректировки. Настоятельно стучится в дверь концепция *технополиса*⁷.

Начинать решение проблемы социального заказа на услуги дошкольных учреждений в наукоградах (технополисах) желательно с социологических исследований, экспертиз, обсуждения рекомендаций. Идеально после предварительной диагностики провести инновационную игру

Еще в 90-е годы нами, в лаборатории социальных проблем дошкольного образования РИПКРО было доказано, что специалисты дошкольной сферы наукоградов наиболее эффективно раскрывают свой потенциал в ходе проектирования направлений деятельности (методических разработок, методологии управления, формирование социального заказа и т.п.)

Сама тема «формирование заказа» говорит и о необходимости «педагогической рефлексии» и «коллективной мыследеятельности». Да родители нам робко предлагают идеи, но мы (педагоги) догадываемся как надо воспитывать, у нас есть опыт и знание детских проблем.

⁷ Технополис не структура, которую необходимо строить из кирпича и цемента, а среда, которая создается в течение длительного времени и является плодом эволюционного развития технологий экономики, науки, культуры, общества. Технополис - это город, в котором "критическая масса" образования и культуры, науки и техники, наукоемкого бизнеса и венчурного капитала порождает "цепную реакцию" научной и деловой активности международного масштаба. Технополис - это город выдающихся инновационных способностей, высочайшего уровня жизни, как магнит, притягивающий лучшие умы из всех уголков планеты. Система дошкольных учреждений наукограда в Российской Федерации является эталоном формирования культуры жизнедеятельности. Просматриваются два этапа модернизации данной системы.

Первый этап - формирования заказа для системы дошкольных учреждений на здоровый образ жизни в момент становления наукограда-технополиса.

Второй этап – содержательная и структурная модернизация центров развития ребенка в дошкольные микрорайонные центры, с постепенным тиражированием социальных, оздоровительных, педагогических технологий во вновь строящиеся микрорайоны (г. Дубна, г. Троицк).

Главная проблема, как говорят родители, состоит в отрицательном отношении руководителей разных уровней к понятию социальный заказ.

Какой социальный заказ на здоровый образ жизни нужен в наукоградах?

- На гармоническое развитие ребенка средствами физического, музыкального, духовно – нравственного воспитания ,а не «спорта высших достижений»
- На необходимость физической активности ребенка для развития опорно-двигательного аппарата.
- На поддержку отцовства и материнства в формировании психического, нравственного здоровья младенца.
- На помощь семье в профилактике и коррекции заболеваний техногенного характера.

В дошкольных образовательных учреждениях города Бийска сложилась система работы по сохранению здоровья, профилактике заболеваемости, улучшению питания и оздоровлению детей. В 23 дошкольных образовательных учреждениях функционируют физкультурные залы, в 6 – имеются бассейны, в 25 – спортивные площадки. С целью совершенствования физического воспитания в дошкольных образовательных учреждениях осуществляется медико-педагогический контроль. Вся работа с детьми ведется с учетом индивидуального уровня физического развития и здоровья ребенка. Постоянное внимание вопросам охраны и укрепления физического и психического здоровья дошкольников позволили: стабилизировать показатель заболеваемости детей (на протяжении 5 лет пропуски одним ребенком по болезни составляют 12,2 дня, по России – 13,5 дней), более качественно и полноценно осуществлять физкультурно-оздоровительную работу с детьми.

Многие наукограды России взяли за основу системы дошкольного образования создание центров развития ребенка. Так в г. Дубна из 22 детских садов 19 имеют статус центра, в гг. Троицке и Пущино все детских сады являются центрами развития ребенка, в г. Фрязино 9 из 12, аналогична ситуация в г. Реутове, Кольцове, в г. Королев, где из 36 ДООУ десять являются центрами. Следует учитывать, что до 1992г. почти все ДООУ наукоградов находились в ведомственном подчинении (Института ядерной физики, ИЗМИРАН и др.). Поэтому статус центров развития отчасти компенсировал коллективам утраченные льготы. С 2003 года в большинстве наукоградов, возникла кризисная ситуация в связи с ростом очереди в детский сад. Начинается срочное строительство и реконструкция учреждений. Поэтому так важны исследования социальных процессов на новом уровне. Изменились условия жизни, изменились дети, изменился прием в начальную школу. Школа все в большей мере диктует свои требования: умение читать и считать, и даже, нередко, иметь такой объем знаний, который еще десять лет

назад был доступен лишь первокласснику. Однако, большинство «инновационных» ДОУ пошли по пути усложнения образовательных программ, совершенно игнорируя потребности ребенка и состояние его здоровья. Об этой опасности еще в 1990 г. предупреждали сотрудники НИИ педиатрии РАМН Ю.Ф. Змановский, М.Н. Кузнецова, Т.К. Марченко, Ю.Е. Лукоянов [2]. Программа профессора, доктора медицинских наук Ю.Ф. Змановского, посвящена проблемам воспитательно-оздоровительной работы в дошкольных учреждениях.

Основные отличия программы (как основы социальной технологии):

1. Комплексный подход, включающий различные компоненты, совокупность которых объединена в понятии “здоровый образ жизни” ребенка. Реализация программы носит преимущественно индивидуально-дифференцированный характер.
2. Наличие физиологического обоснования в каждом из разделов программы наряду с учетом ряда закономерностей возрастной психологии, педагогической психологии и спортивной медицины.
3. Данная программа может применяться в любом дошкольном учреждении благодаря простоте большинства рекомендуемых средств и методов, отсутствию необходимости в приобретении дорогостоящей аппаратуры, необязательности высокого уровня профессиональной подготовки персонала, но при обязательном и добросовестном выполнении рекомендаций.
4. В ряде разделов программы предусмотрен учет климато-географических и экологических особенностей региона.

Теоретико-методологический раздел программы содержит оригинальные понятия “здоровье” и “здоровый ребенок” и является её медико-педагогическим обоснованием. В соответствии с современным подходом, представленным в отечественной и зарубежной медицинской литературе, приводятся три определения здоровья человека — соматическое (физическое), нервно-психическое и сексуальное; все эти определения относятся и к растущему организму. Важнейшим условием такой работы, является определение исходных показателей состояния здоровья и психического развития детей в дошкольных образовательных организациях (в Москве это называлось «тесты мэра»). В комплекс антропометрических показателей, регистрируемых персоналом ДОУ, включаются определения длины и массы тела, а также индексов: отношений длины тела к возрасту, массы тела — к возрасту и массы — к длине. Последний показатель отражает гармоничность физического развития ребенка.

Рациональная организация двигательной деятельности имеет важное значение для развития физиологических систем растущего организма. Особое внимание следует уделять циклическим упражнениям, в первую очередь оздоровительному бегу (скорость 1,0 — 1,2 м./сек, т.е. два коротких шага в секунду). Комбинации беговых упражнений (бег, прыжки, метание мяча, лыжи, велосипед и т.п.) воздействие всех видов двигательной деятельности детей ведут к тренировке выносливости — наиболее ценного

оздоровительного качества. Эти упражнения составляют основное содержание утренней зарядки, занятий по физическому воспитанию, двух обязательных прогулок, физкультминуток на занятиях другими видами деятельности и т.п. Важнейшим и основным разделом занятий по физической культуре и прогулок являются подвижные игры с циклическими упражнениями, а у детей старшего дошкольного возраста – и элементы спортивных игр и упражнений. Положительный эмоциональный заряд достигается, в частности, музыкальным сопровождением всех физкультурных занятий. В зависимости от конкретных задач используются различные методы проведения занятий: поточный, посменный, групповой, круговая тренировка. Моторная плотность занятия – 800 и более (для прогулок 600 и более). Обязательный фрагмент каждого занятия составляют упражнения разминочного и гимнастического характера, способствующие улучшению осанки и выполняемые при участии мышц и связок конечностей и позвоночника. При проведении ряда занятий детей обучают приемам мышечного расслабления. Действенным средством повышения двигательной деятельности детей, как считал Ю.Ф. Змановский являются «домашние занятия» для родителей по выполнению физических упражнений с детьми в выходные и праздничные дни.

Система эффективного закаливания в ДОУ, должна реализовываться таким образом, чтобы каждый момент пребывания ребенка в детском саду характеризовался как благоприятный для становления аппарата физической терморегуляции, плохо функционирующей в периодах раннего и дошкольного детства. Обязательным условием закаливания является поддержание определенной температуры воздуха в помещениях, не превышающей +18-+20°C, так как при более высокой терморегуляции не развиваются и создаются условия для возникновения респираторных заболеваний. Также эффективным условием для закаливания является, прежде всего, наличие у детей неперерегревающей одежды на открытом воздухе и в помещениях. При закаливании всегда следует учитывать климато-географические условия, особенности радиационной обстановки, влияющие на терморегуляцию. Основными принципами активного закаливания в ДОУ являются систематичность, последовательность специальных дозированных воздействий, учет индивидуальных особенностей ребенка и состояния его здоровья, комплексное использование природных факторов. Отличные результаты можно получить при наличии в ДОУ оздоровительного комплекса: бассейна (минимальной вместимостью 7+10 кв. м.), сауны, фитобара.

Задачей комплекса психокоррекции и психопрофилактики в ДОУ является купирование (прерывание своевременным лечением) нарушений эмоционального состояния детей и создание условий для нормального функционирования их нервной системы. Для педагогов и психологов ДОУ является обязательным выявление факторов, способствующих возникновению и развитию дистрессовых невротических состояний;

применение психолого- педагогических приемов, направленных на купирование и предупреждение нежелательных аффективных проявлений, прежде всего у гиперактивных детей; обеспечение условия для положительных эмоций в ежедневном распорядке дня детей, создание условий для благоприятного социально – психологического климата в ДООУ и по возможности в семьях воспитанников и т.д.

Каждый педагог, как и родитель, в поисках эффективного оздоровительного режима должен создавать возможности для достаточной двигательной активности с преобладанием циклических упражнений, достаточной умственной нагрузки и условий для духовно-нравственного совершенствования и эмоционального благополучия детей с учетом половозрастных и региональных особенностей. Важное условие оздоровительного режима – достаточный, не укороченный и не излишний по длительности дневной и ночной сон.

Одним из главных условий гармонического развития ребенка в детском саду является обеспечение рационального питания, основанного на «золотых правилах» приготовления пищи, одобренных Всемирной организацией здравоохранения: выбор продуктов, обработанных с помощью современных технологий безопасности, тщательный прогрев пищи, правильное ее хранение.

Главное в данной социальной технологии эффективная реализация физкультурно-оздоровительной работы включающая и дополнительные услуги, возможна при добросовестном выполнении своих обязанностей персоналом ДООУ в постоянном взаимодействии с родителями, попечительским советом и учредителями. В этом плане характерными примерами качественного внедрения СОТ служат комплексные программы развития наукоградов и соответственно разработки научно-практических коллективов Бийск, Дубна, Протвино, Троицк [3].

Библиографический список

1. *Змановский Ю. Ф.* К здоровью без лекарств.— М.: «Советский спорт», 1990.
2. *Антонов Ю.Е.* Управление дошкольными организациями: актуальная динамика. М., ТЦ Сфера, 2013.
3. Социально-оздоровительная технология «Здоровый дошкольник»: практические разработки (под. ред. Ю.Е.Антонова). М.: Педагогическая литература, 2012.

Т.А. Антонова,
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ РИСКАХ В ГОРОДСКОЙ СРЕДЕ

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии - одна из характерных черт здравоохранения всех развитых стран. Одной из причин роста числа онкологических заболеваний единодушно признаются факторы урбанизации. Но если в городах выше риск онкологических заболеваний, то здесь же больше возможностей эти риски предотвратить: все онкологические центры сосредоточены в городах [1]. Однако горожане пользуются услугами диагностической и профилактической помощью в крайних случаях. Около 60% среди впервые регистрируемых больных выявляют в III-IV стадиях заболевания. Это приводит к увеличению смертности и значительной инвалидизации больных из-за сложности, массивности, опасности и дороговизны медицинских технологий. Ежегодно в России более 200 тыс. больных впервые признают инвалидами от онкологического заболевания (13,5% от общего числа инвалидов). Расходы на выплаты по инвалидности и лечению больных в III-IV стадиях заболевания являются одной из наиболее затратных статей бюджета [2]. Таким образом, большую актуальность приобретает своевременное выявление и лечение больных на ранних стадиях заболевания, что является не только средством улучшения качества жизни и ее продления, но и способом сокращения затрат. Концепцией развития здравоохранения до 2020 года предусматриваются задачи, решение которых зависит не только от медицинских работников, но и от муниципалитетов, социальных служб, социологического мониторинга и, главное, от информированности самих горожан о рисках онкологических заболеваний и способах борьбы с ними. Как раз информированность горожан в этих вопросах и является пока нерешенной проблемой.

Нами было проведено исследование отношения горожан к указанной проблеме. Социологическое исследование проводилось в феврале-апреле 2012 года на территории города Волгограда и малых городов Волгоградской области в рамках мероприятий, посвящённых 4 февраля, Всемирному дню борьбы против рака. Основным методом было анкетирование с последующей интерпретацией результатов. Анкетирование, с автором данной статьи, проводили сотрудники кабинетов медицинской профилактики в муниципальных бюджетных учреждениях здравоохранения Волгограда и области совместно. Цель опроса – выявить уровень осведомленности населения о риске онкологических заболеваний. Респондентами были лица, постоянно проживающие на территории данного муниципального образования, получатели медицинской помощи. Ввод анкет осуществляли специалисты отдела мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний ГКУЗ "ВОЦМП". Статистическая обработка проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel. Величина статистической погрешности составляла 4,3%, не превышала допустимую и не могла существенно влиять на достоверность проведённого исследования. В выборке было 2039 человек.

Распределение респондентов по возрастным группам носило неоднородный характер, более многочисленной оказалась группа 45-60 лет, она составляет почти треть опрошенных. Самая малочисленная возрастная группа 18-25 лет. Остальные возрастные группы распределены более или менее равномерно. В целом распределение соответствовало реальному представительству возрастных групп в структуре городского населения Волгоградской области. Это относится и к гендерному составу респондентов. Он также соответствует среднестатистическому гендерному распределению жителей в городах Волгоградской области: более многочисленную группу респондентов, превышающую почти в два раза, представляют женщины.

Мы выяснили также социальные характеристики респондентов. Половину опрошенных составляет работающее население. Работающие пенсионеры и пенсионеры по возрасту в количестве 13-14%, остальные группы малочисленны, их доля не превышает 10%. Респонденты также дифференцировались по материальному положению. Полученные данные показали средний и низкий уровень доходов у преобладающей части респондентов. Группа респондентов, уровень дохода которых превышает 25 тыс. руб., очень малочисленна.

Таким образом, с помощью вопросов, содержащих социолого-демографические характеристики опрашиваемых, удалось выделить характеристики типичного городского потребителя медицинской помощи: это работающая женщина от 35 до 60 лет с низким или средним уровнем доходов.

Далее мы выясняли, считают ли респонденты, что достаточно осведомлены о *профилактике* онкологических заболеваний. Большинство респондентов посчитали себя информированными о существовании мер по профилактике рака, однако пятая часть опрошенных признают себя неосведомлёнными. Таким образом, даже субъективная оценка, которая, обычно, бывает завышенной, дает большой процент неосведомленности в данном вопросе. Но этот вывод не является корректным, поскольку основан на допущениях, а не на фактах. Поэтому мы предложили респондентам детализацию профилактических мер с просьбой отметить те, которые им известны.

Среди всех принципов профилактики рака самым популярным оказался принцип отказа от курения и употребления алкоголя, с ним знакомы около 80% опрошенных. Примерно одинаковое количество респондентов (60%) осведомлены о принципах здорового питания и необходимости регулярных медицинских осмотров. Около половины респондентов информированы о потребности контроля пребывания на солнце, что очень важно для нашей южной природной зоны с высокой степенью инсоляции и такого фактора

здорового образа жизни, как физическая активность. Меньшая часть опрошенных (около 40%) знали о необходимости соблюдения техники безопасности при работе на вредных производствах. Обращает на себя внимание то, что респонденты недооценивают роль фактора положительных эмоций в профилактике рака.

Затруднились в выделении принципов профилактики онкологических заболеваний 3,4% респондентов. Если сопоставить эти данные с ответами на прямой вопрос (заявили отсутствие осведомлённости 20% респондентов), становится очевидной значительная недооценка своих знаний по профилактике рака респондентами. Т.е. заявили об отсутствии знаний 20%, но на самом деле не имеют их только 3,4%, они не смогли отметить ни один принцип профилактики онкологических заболеваний.

Таким образом, *индекс осведомлённости* о мерах по профилактике онкологических заболеваний высок и составляет 0,95, что не соответствует осведомлённости по самооценке респондентов 0,71. Наблюдается заниженная самооценка знаний по профилактике рака. Это вызвано тем, что свои знания респонденты далеко не всегда ассоциируют с установками именно на профилактику онкологических заболеваний.

О высокой степени информированности говорит ещё и тот факт, что 353 человека, т.е. 25,5% опрошенных продемонстрировали осведомлённость обо всех предложенных факторах профилактики. Но почему же эта высокая информированность не способствует формированию соответствующего здоровьесберегающего поведения? Ответ на этот вопрос мы попытались получить, предложив самим респондентам назвать наиболее существенные для них причины.

Показателями, мешающими вести образ жизни, предупреждающий онкологические заболевания, примерно в равной степени были названы занятость и отсутствие средств - около 30%. Меньшее количество респондентов (около 20%) ссылались на отсутствие знаний и затруднялись в формулировании причин. Отсутствие желания заниматься профилактикой

онкологических заболеваний есть у седьмой части респондентов. Значительная часть респондентов отмечали несколько причин одновременно.

Муниципальные медицинские учреждения предоставляют широкий спектр услуг профилактического и диагностического характера, но горожанами они очень мало востребованы. Возможно, их не удовлетворяет сама организация работы медиков [3]? Мы выяснили этот вопрос. Оказалось, что большая часть (около 50%) опрошенных положительно оценивают профилактическую работу медицинских учреждений, меньшая часть (около 40%) оценивают отрицательно. В областном центре степень удовлетворенности выше, чем в малых городах, что естественно – здесь больше соответствующих медицинских учреждений, они лучше оснащены, в их работе участвуют профессиональные ученые. Но оказалось, что и состоянием своего здоровья в крупном промышленном городе удовлетворены больше жителей, чем в малых городах.

Согласно самооценке, доля лиц, удовлетворённых своим здоровьем, почти на 10% меньше чем тех, кто своим здоровьем неудовлетворён. Причем, опять в малых городах эти данные несколько ниже, чем в областном центре. Разумеется, достоверные сведения о состоянии здоровья населения могут быть получены лишь при квалифицированном и достаточно полном медицинском обследовании, поэтому мы не развивали эту тему в своем опросе, а поинтересовались тем, насколько велика роль медицинских работников в информации населения о рисках онкологических заболеваний.

Оказалось, что основными источниками знаний о профилактике онкологических заболеваний являются средства массовой информации, врач и другие медицинские работники. На третьем месте - группа анкетированных со знаниями «от людей». Многие опрошиваемые отмечали два или все три источника информации. Таким образом, СМИ и интернет составляют серьезную конкуренцию квалифицированным медицинским консультациям, что не может не тревожить, поскольку в этих источниках содержится много непроверенной или даже ложной информации. Интересно, что, несмотря на

высокую степень осведомленности о рисках онкологических заболеваний и возможности получать информацию о них из самых разных источников, примерно, треть респондентов этими рекомендациями не пользуется. Это мы выяснили на материале ответов на вопрос об употреблении горожанами табака и алкоголя. Большинство опрошиваемых позиционируют себя не употребляющими табак и алкогольные напитки, а около трети на этот вопрос ответили утвердительно. Очевидно, что эти результаты не дают нам реальной картины масштабов алкоголизации и никотинизма, поскольку зачастую «употребление в праздник» респондентами не считается употреблением как таковым. Тем не менее, вопрос целесообразен, поскольку помогает вскрыть противоречие между знанием принципа профилактики и его реализацией в обыденной жизни. В то время как удовлетворены своим здоровьем менее половины опрошенных, треть из них продолжает употреблять табак и алкоголь. Одной из задач данного социологического исследования было выявление взаимосвязи материального положения и осведомлённости о принципах профилактики онкологических заболеваний. Из-за малочисленности крайней группы с доходом более 25 тыс. руб. она была объединена с близкой категорией – "10-25 тыс. руб." и представлена в виде категории «10-25 тыс. руб. и более». Были выделены следующие принципы профилактики:

1. Соблюдение правил здорового питания
2. Отказ от курения и употребления алкоголя
3. Физическая активность
4. Соблюдение техники безопасности при работе с канцерогенными веществами (асбест, радон, и др.)
5. Контроль пребывания на солнце
6. Положительные эмоции
7. Регулярные медицинские осмотры

Было выяснено, что прямая взаимосвязь материального положения и принципов профилактики онкологических заболеваний не прослеживается.

Тем не менее, можно выявить общую тенденцию: по первым трём принципам профилактики онкологических заболеваний большую осведомлённость продемонстрировали респонденты с уровнем доходов менее 10 тыс. руб. в месяц, а по остальным четырём – с доходом 10-25 тыс. руб. и более.

Таким образом, изучение осведомлённости по вопросам профилактики онкологических заболеваний выявило высокую степень информированности горожан. Основные противоонкологические знания респонденты получают из средств массовой информации, качество публикаций которых не всегда высокое, а также от врача и других медицинских работников. Важными представляются высокие показатели осведомлённости респондентов о вреде курения и употребления алкоголя. Но эти знания носят формальный характер, т.к. о собственном употреблении заявила треть опрошенных. Обращает на себя внимание недооценка респондентами такого фактора профилактики, как положительные эмоции.

Причинами, мешающими вести здоровый образ жизни, названы занятость и низкий уровень доходов, а также отсутствие знаний. Первые две причины отражают реальную ситуацию, в которой находится городское население, третья причина связана с субъективными факторами (воспитание, установки, желания самих горожан).

Жители крупного промышленного города больше удовлетворены своим здоровьем и состоянием профилактической работы медицинских учреждений, чем жители малых городов, хотя их информированность о риске онкологических заболеваний ниже, вредных привычек у них больше, они чаще ссылаются на занятость и отсутствие средств, мешающих вовремя обратиться к врачу. В то же время, обращаются чаще, в то время как жители малых городов пополняют свои знания в этой области, в основном, при помощи СМИ и Интернета. Проведённое социологическое исследование показало, что значительная часть взрослого населения городов Волгоградской области, независимо от социального положения, нуждается в

целенаправленных мероприятиях по санитарному просвещению в целях создания и укрепления мотивации к здоровому образу жизни и профилактике онкологических заболеваний. Очевидно, что рутинно проводимая в этом направлении работа не дает желаемого результата. Результаты социологического исследования осведомлённости населения по вопросам профилактики онкологических заболеваний позволяют выделить приоритеты в организации деятельности профилактической службы в городах Волгоградской области, определить потребности населения в профилактических программах с учетом медико-социальных и региональных особенностей и могут быть использованы для принятия управленческих решений.

Библиографический список

1. *Петров В.И., Седова Н.Н.* Социологические проблемы здоровья городского населения// Социология города. 2008. №1. – с. 5 – 11.
2. *Кураков Д.А., Антонова Т.А.* Информированность городского населения об онкологических рисках и способах их профилактики//Социология города. 2013. №2. – С. 16-19.
3. *Ненарокомов А.Ю., Антонова Т.Ю., Барковская А.Ю.* Межличностный конфликт в онкологии // Биоэтика. 2012. №1(9). – с. 36 – 39.

**И.Ю. Аранович, Н.В. Гришечкина,
И.Г. Новокрещенова,**
ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И.Разумовского Минздрава России, Саратов

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОРГАНИЗАЦИЕЙ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Несмотря на то, что проблема медицинского обслуживания беременных является в современной науке достаточно популярной и интенсивно разрабатываемой [1], все же существует дефицит работ, посвященных комплексной оценке деятельности женской консультации в процессе подготовки женщины к выполнению роли матери. Одним из важных показателей эффективной работы женской консультации является удовлетворенность беременных организацией и качеством обслуживания в женской консультации. Данный факт ориентирует на поиски методологических и эмпирических исследовательских стратегий, способных адекватно рассмотреть обозначенный феномен.

С целью определения основных факторов удовлетворенности беременных организацией и качеством обслуживания в женских консультациях г. Саратова, нами было проведено анкетирование 599 беременных женщин, в результате которого были получены следующие результаты.

Большинство беременных женщин (54,1%) полностью удовлетворены качеством медицинского обслуживания в женской консультации, доля лиц, частично удовлетворенных качеством медицинских услуг, составляет 22,7%, неудовлетворены взаимодействием с медицинской организацией в период наблюдения 19,0% респондентов.

Беременные женщины в целом высоко оценили различные параметры деятельности женской консультации: качество оказания медицинских услуг (средняя оценка $4,13 \pm 0,11$), организацию оказания медицинских услуг

(средняя оценка $3,94 \pm 0,12$), уровень санитарно-гигиенических условий (средняя оценка $3,96 \pm 0,06$), график работы врачей (средняя оценка $3,89 \pm 0,08$), оснащенность техникой (средняя оценка $4,02 \pm 0,07$).

По выборочным данным схожего по целям и задачам научного исследования Платоновой С.Н. [2] из числа всех опрошенных беременных женщин работу первичного звена как удовлетворительную оценили только 53,4% из них. Среди 100 опрошенных респондентов 20,3% были полностью удовлетворены оказываемой им медицинской помощью, 18,2% указали на невнимательное отношение, 21,0% сослались на сложность попасть на прием, 8,8% отметили торопливость осмотра, на недостаток диагностического обследования указали 34,8% беременных женщин.

С целью анализа влияния различных факторов на параметры удовлетворенности деятельностью женской консультации опрошенные беременные были разделены на две группы.

В 1-ю группу включены женщины, с которыми проводилась психотерапевтическая работа, целью которой было снижение уровня тревоги, коррекция проблем взаимоотношений в семье, принятие женщиной новой для неё роли матери, повышение осведомлённости о психических особенностях и потребностях ребёнка до рождения, обучение эффективному взаимодействию с медицинским персоналом женской консультации и родильного дома. В среднем количество психотерапевтических сессий составило 6,8.

При исследовании удовлетворенности в группе беременных, прошедших курс психотерапевтической коррекции (группа № 1) выявлена более высокая удовлетворенность медико-социальным обслуживанием в ходе диспансеризации по сравнению с беременными, не прошедшими соответствующий курс (группа № 2).

Мнения женщин двух групп также значительно отличаются при оценке степени доверия к наблюдающему их врачу и его доброжелательности. Участницы группы №1 в 96,0% случаев отмечают

желание обсудить возникающие в процессе течения беременности вопросы не только с мужем и мамой, но и с наблюдающим врачом и психологом, в отличие от группы № 2, где подобное желание наблюдается лишь у 24,0% респондентов. В группе № 2 23,0% составляют женщины, которые связывают своё обращение в женскую консультацию только с целью получения документов (листа нетрудоспособности, родового сертификата), т.е. их посещение врача носит формальный характер, в группе № 1 таковые отсутствуют.

Косвенным показателем, характеризующим степень удовлетворенности медицинским обслуживанием, является низкий процент беременных, решившихся на смену женской консультации в случае представившейся возможности, так ответили на соответствующий вопрос только 27,2% опрошенных.

Обращает на себя внимание тот факт, что доля беременных, не поменявших бы в случае представившейся возможности женскую консультацию, среди прошедших курс психотерапии (88,5%), существенно превышает процент женщин, имеющих аналогичное мнение среди не прошедших соответствующий курс (49,5%) (разница относительных показателей достоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента, ошибки показателей $m=\pm 1,53$ и $m=\pm 3,31$ соответственно, $t=2,93$).

К числу параметров, которые влияют на психологическое состояние во время беременности, 7,0% опрошенных беременных женщин добавили отношение медицинского персонала в женской консультации, высокую квалификацию специалистов (26,2%), медико-техническую оснащённость учреждения (16,9%), соблюдение стандартов медицинского обслуживания (12,3%), комфортность условий и отсутствие очередей (18,5%) и вежливость, доброжелательность персонала (26,1%). Таким образом, такой социально-психологический параметр оценки деятельности женской консультации как вежливость и доброжелательность так же важен для беременных женщин, как и профессиональный – высокая квалификация специалистов.

Профессиональные и личностные особенности медицинского работника влияют на формирование профессиональных отношений и отношений с пациентами. Эти отношения необходимы для продуктивного взаимодействия и достижения взаимопонимания между медперсоналом и пациентами, которыми являются беременные женщины. Большое значение в этом случае приобретают профессиональные и коммуникативные способности, особенности и черты характера личности медперсонала. Оценивая качество коммуникации с врачом, 74,96% женщин отметили, что у них не возникает трудностей при общении с наблюдающим врачом. У 12,5% женщин полученная от врачей информация чаще носит негативный характер. Незначительное количество опрошенных недовольны тем, что врачи не объясняют результаты исследований – 4,2%. Такое же количество женщин – 4,2% признались, что врачи при общении используют приказной тон, в некоторых анкетах присутствовало указание на то, что во время приема врач часто запугивает – 4,2%.

В реальной ситуации в женской консультации оценка уровня доброжелательности врача высока у большинства женщин – 54,2%. Уровень доброжелательности врача считают достаточным 33,3% и 12,5% не довольны обслуживанием по этому фактору. Оценка уровня доверия к врачу является высокой у 25,0% женщин. Не полностью доверяют врачу – 45,8%, не доверяют 29,2%. Средние показатели характеристик врача, у которого наблюдались беременные женщины, в реальной ситуации составляют $3,74 \pm 0,06$ (уровень доверия) и $3,93 \pm 0,08$ (уровень доброжелательности).

В идеальной ситуации в женской консультации 91,7% женщин хотели бы больше доверять врачу, только 8,3% считают, что все же не стоит до конца полагаться на врача. Женщины хотели бы, чтобы врачи в женской консультации были более доброжелательными – 91,7%. 8,3% считают, что в идеальной ситуации врачебный персонал должен быть вежлив, но не навязчив. Средние показатели характеристик врача в идеальной ситуации составляют $4,2 \pm 0,11$ (уровень доверия) и $4,3 \pm 0,09$ (уровень

доброжелательности) и достоверно превышают аналогичные оценки в реальной ситуации.

Определяя виды медицинской помощи, которую необходимо получать в женской консультации, большинство женщин, прежде всего, отметили осмотр акушера-гинеколога – 29,7%. Немаловажными также являются диагностические методы – 25,7%, лабораторные методы – 23%, консультации других специалистов – 21,6%. Объемом лечебно-диагностической помощи довольны 37,5% женщин. Достаточный объем помощи получили 37,5%. Удовлетворительную оценку полученной помощи дали 25% женщин.

По итогам проведенного исследования можно сделать следующие выводы. Удовлетворенность качеством медицинского обслуживания зависит от уровня образования (доля респондентов, оценивших качество медицинской помощи на 4 и 5, среди имевших высшее образование (92,9%) существенно превышает процент женщин, поставивших соответствующее оценки и имеющих среднее образование (49,5%) (разница относительных показателей достоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента, ошибки показателей $m=\pm 1,53$ и $m=\pm 3,31$ соответственно, $t=2,93$).

Также установлена достоверная ($t = 3,37$) прямая средней силы ($\rho = 0,52$) корреляционная зависимость между возрастом и удовлетворенностью качеством медицинского обслуживания (оценка проведена методом ранговой корреляции Спирмена).

Вопреки существующему мнению о влиянии паритета родов на восприятие деятельности системы здравоохранения, в группах повторнородящих и первородящих женщин различий в оценках параметров деятельности женской консультации в уровне удовлетворенности медицинским обслуживанием не установлено.

Решением проблемы оказания всесторонней поддержки беременной женщине может стать лишь взвешенный компромисс между тремя видами помощи, необходимой женщине в период беременности – медицинской, социальной, психологической. Повлиять на удовлетворенность беременных

организацией и качеством обслуживания в женской консультации позволит лишь комплексный подход к беременности и понимание ее как целостного психофизиологического состояния.

Библиографический список

1. *Гаджиев, Р. С., Бейбугова А. М.* Мнение беременных об организации и качестве медико-социальной помощи, оказываемой в женских консультациях // *Здравоохранение РФ.*– 2008.– № 3.– С. 29-32.

2. *Платонова С.Н.* Научное обоснование организации специализированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи на региональном уровне: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. - Иваново: 2005. - 20 с.

В.А. Артемов, О.В. Новохацкая,
Институт экономики и организации промышленного
производства СО РАН, Новосибирск Академгородок

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВРЕМЕНИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ: СОЦИОЛОГО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.

Введение

Последние 25 лет – уникальный период в современной истории России, что в самой разной форме отразилось на всех сторонах жизни, в том числе на использовании времени, социальном самочувствии и здоровье большинства населения.

Идея данной статьи возникла как задача, потребность соотнести данные лонгитюдного исследования⁸, связанные с условиями жизни, использованием времени, социальным самочувствием сельского населения, с одной стороны, и его здоровьем, - с другой. А также соотнести исследовательские и статистические данные.

В лонгитюдном исследовании представлены качественно различающиеся «временные точки» советского, российского общества: 1986-1987 гг. – рассматриваются как исходная точка периода значительных изменений во всех сферах жизни; 1993-1994 гг. - период после смены политического и экономического строя, характеризующийся резким снижением уровня жизни большей части населения; 1999 г. – относительная стабилизация условий жизни с общей тенденцией на ухудшение, определенная адаптация сельского населения к изменившимся условиям жизни; 2004-2005 гг. – некоторые позитивные изменения в положении

⁸ Информационной базой являются анкетные и бюджетно-временные данные лонгитюдного исследования условий жизни, использования времени, повседневной деятельности сельского населения, проводимого ИЭОПП СО РАН под руководством д.филол.н., проф. В.А.Артемова (бисезонные обследования проведены в 1986-1987, 1993-1994, 1999, 2004-2005 гг.). Обследования проводились в Новосибирской области, метод сбора анкетной информации – формализованное интервью, бюджета времени – ретроспективный опрос за вчерашний день. Выборка – непропорциональная, квотная, объем выборки в каждом бисезонном обследовании 1200-1500 человек.

сельхозпредприятий, в социальной инфраструктуре, положении сельского населения в целом.

Для анализа было выбрано определение здоровья ВОЗ, одного из трех составляющих показателей индекса развития человеческого потенциала – продолжительность ожидаемой жизни при рождении и две группы исследовательских данных: бюджет времени в виде его основных разделов и ответы на вопросы об изменениях условий жизни семьи, в поселении, собственного состояния и общая оценка текущих результатов реформ.

Анализ связи показателей использования времени и здоровья велся на макро-уровне, где в качестве показателя здоровья (как *физического, социального и психического* благополучия) населения используется продолжительность предстоящей жизни при рождении, а в качестве общей характеристики использования времени - укрупненная структура среднего бюджета времени, в том числе продолжительность общей трудовой нагрузки как одного из основных показателей использования времени (бюджета времени). Оценка изменений условий жизни и своего состояния используется в качестве показателя социального самочувствия населения. Основным методом анализа состоял в сопоставлении изменений показателей использования времени и продолжительности жизни в сочетании с субъективной оценкой других изменений.

Приводим некоторые результаты анализа, касающиеся *работающего* населения, подчеркивая, что тенденции, здесь проявившиеся, в большей мере есть следствие состояния общества в целом и его изменения, чем отражение региональной специфики.

Понятия «здоровье», показатель ОПЖПР.

Определение здоровья как состояния «полного социально-биологического и психического благополучия, когда функции всех органов и систем уравновешены с природой и социальной средой и отсутствуют какие-либо болезненные состояния и физические дефекты» скорее соответствует понятию абсолютного здоровья, не существующего в природе [8].

Мы используем определение здоровья как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» Всемирной организации здравоохранения [1], которое справедливо названо «социологическим» [2]. Следует отметить, что данное определение действительно «социологическое», полностью соответствующее нашему представлению о здоровье именно в социологическом контексте, в социологическом исследовании, социологическом анализе.

Наиболее обобщенным показателем здоровья является ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖПР). Продолжительность предстоящей жизни при рождении отражает самые фундаментальные условия жизни, характеристики повседневной деятельности, экономическое, социально-психологическое состояние общества. Этот показатель наряду с душевым производством валового внутреннего продукта и уровнем образования составляет комплекс показателей, на основе которого рассчитывается получивший широкое распространение при межстрановых и межрегиональных сравнениях индекс человеческого развития. Исследования доказывают, что ожидаемая продолжительность жизни является «важным и надежным показателем здоровья» [18].

Продолжительность предстоящей жизни при рождении в 1980-2000-е гг. очень сильно изменялась (таблица 1). Здесь тоже можно выделить периоды и «точки». Во-первых, 1986-1987 гг., когда был достигнут наивысший за три десятилетия уровень этого показателя. Затем был период умеренного, а затем обвального снижения продолжительности жизни до минимального уровня в 1994 г. Его сменил период некоторого восстановления утраченного, но в 1999-2003 гг. снова происходило снижение этого показателя. Временные точки нашего лонгитюдного исследования в селе почти полностью совпадают с пиками и провалами кривой продолжительности предстоящей жизни населения России.

Таблица 1

**Ожидаемая продолжительность жизни населения России при рождении
(все население России), лет [9, с. 351; 12, с. 125; 13, с. 120] ***

Годы	Все население	жен.	муж.	Годы	Все население	жен.	муж.
1986-87	70,1	74,6	64,9	1997	65,1	72,3	58,9
1988	69,9	74,4	64,8	1998	65,8	72,3	59,9
1989	69,6	74,5	64,2	1999	64,6	71,6	58,6
1990	67,9	73,9	62,0	2000	64,3	71,7	58,1
1991	67,7	73,9	61,7	2001	64,2	71,6	58,1
1992	66,9	73,4	60,7	2002	63,7	71,1	57,5
1993	64,3	71,5	57,9	2003	63,4	70,9	57,3
1994	63,2	70,8	56,8	2004	63,8	71,3	57,6
1995	64,1	71,5	57,7	2005	63,4	71,1	57,2
1996	64,7	71,8	58,4	2006	64,7	71,9	58,7

* Жирным шрифтом обозначены точки максимума и минимума продолжительности жизни, курсивом - годы проведения лонгитюдного исследования 1986-2005 гг.

Точки максимума и минимума и близкие к ним совпадают соответственно с точками минимума и максимума различий этого показателя для мужчин и женщин.

При существенном различии показателя ОПЖПР у женщин и мужчин его динамика практически одинакова. Различие ОПЖПР между мужчинами и женщинами в 1986-2005 гг. было минимальным в 1988 г. (9,6 лет), максимальным в 1994 г. (13,6 лет), т.е. в точках максимума и минимума этого показателя. Конечно, главной причиной падения ОПЖПР являются изменения реальных условий жизни. У Гвоздевой приводятся данные об ОПЖПР по группам стран в зависимости от уровня ИЧРП, из которых видно, чего стоили России реформы 1990-х гг., особенно в сравнении с группой стран с высоким уровнем ИЧРП [6].

Гипотезы:

Первая гипотеза заключалась в негативном влиянии на здоровье большой общей трудовой нагрузки и малой величиной времени удовлетворения физиологических потребностей, в частности сна, и свободного времени в 1986-1987 гг.

Вторая гипотеза состояла в том, что показатель ОПЖПР связан с оценками изменений условий жизни и собственного состояния, являющихся конкретным выражением социального самочувствия сельского населения.

Бюджет времени и здоровье

1986-1987 гг. - точка отсчета всех изменений, происшедших в последние 25 лет. Это начало периода значительных, а в дальнейшем коренных перемен в государстве и обществе.

Увеличение общей трудовой нагрузки (ОТН), особенно тяжелого ручного труда в личном подсобном хозяйстве, максимальная продолжительность ОТН за все точки обследования (таблица 2). При минимальном времени сна и свободном времени был достигнут самый высокий показатель ОПЖПР за весь период исследования (таблица 1).

Таблица 2

Бюджет времени работающего сельского населения, часов в среднесезонную неделю*

Затраты времени, занятия	Женщины				Мужчины			
	1986	1993	1999	2004	1986	1993	1999	2004
	1987	1994		2005	1987			
Рабочее время	43,4	36,5	35,2	36,6	54,5	49,6	44,3	47,5
Время, связанное с работой	4,6	4,2	4,4	4,2	4,4	4,8	4,1	4,3
Труд в домашнем хозяйстве	24,5	25,7	24,1	20,7	5,0	5,4	6,8	6,2
в т.ч. приготовление пищи	9,8	10,5	11,1	8,9	0,6	0,7	0,9	0,6
уход за жильем	4,0	4,0	4,0	3,3	1,2	1,1	1,8	1,3
уход за одеждой, обувью	2,9	4,1	2,7	2,2	0,1	0,3	0,1	0,2
Работа в личном подсобном хозяйстве	15,2	18,6	17,6	16,5	13,9	17,1	19,4	16,0
в т.ч. работа на участке	4,8	6,1	5,6	6,1	3,1	3,6	3,1	4,6
Уход за скотом, птицей	7,6	10,0	8,5	8,6	6,6	9,2	11,4	8,8
прочий труд в ЛПХ	2,8	2,5	3,5	1,8	4,2	4,3	4,9	2,5
Уход за детьми и занятия с ними	4,3	3,7	3,2	2,5	2,6	1,7	1,3	1,3
в т.ч. уход за детьми	3,0	2,4	1,8	1,4	1,1	0,6	0,5	0,3
занятия с детьми	1,3	1,3	1,4	1,1	1,5	1,1	0,8	1,0

Удовлетворение физиологических потребностей	60,5	61,2	63,4	66,0	63,2	63,3	65,7	65,9
в т.ч. сон	48,5	48,6	50,2	51,8	51,5	49,7	52,0	52,0
Свободное время	14,7	16,4	19,1	20,0	23,7	24,3	24,6	25,3
в т.ч. учеба	0,2	0,1	0,2	0,4	0,2	0,3	0,1	0,1
просмотр телепередач	5,6	7,3	9,4	10,5	10,3	11,9	14,4	14,4
прием гостей, в гостях	3,1	3,6	3,3	3,8	3,0	3,8	3,3	3,8
чтение	1,8	2,1	1,7	1,1	2,3	2,3	1,1	1,3
пассивный отдых	1,2	0,8	1,9	1,5	1,6	1,6	2,4	1,2
зрелища	0,4	0,1	0,1	0,1	0,7	0,1	0	0
активный отдых, спорт	0,4	0,3	0,2	0,4	3,0	1,6	0,9	1,5
Прочие затраты времени	0,8	1,7	1,0	1,5	0,7	1,8	1,8	1,6
Общая трудовая нагрузка, включая уход за детьми	90,7	87,4	83,1	79,4	78,9	77,5	75,1	74,1

* Курсивом выделены затраты времени женщин и мужчин, различия

которых с аналогичными затратами времени в предыдущем обследовании (коэффициенты Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни) статистически значимы с вероятностью 99%.

На вторую половину 80-х гг. приходится пик как реальной, так и прожективной досуговой активности, что связываем, прежде всего, с улучшением условий жизни в тот период и социально-психологической атмосферой тех лет.

1993-1994 гг. Продолжался с начала реформ 1991 г. массовый развал промышленных и сельскохозяйственных предприятий, учреждений социальной сферы.

В самом начале 90-х гг. было состояние некоторого равновесия между рабочим временем и временем труда в домашнем хозяйстве на предельном уровне совокупных затрат труда. За ним должно было последовать либо сокращение времени труда в личном подсобном хозяйстве, если бы реорганизация колхозов и совхозов привела к их экономической самостоятельности и росту эффективности и объема производства, либо сокращение рабочего времени, если в совхозно-колхозном секторе таких перемен не произойдет. В итоге реализовался второй вариант с большим набором негативных последствий.

Произошло значительное сокращение рабочего времени при продолжении роста затрат труда в личном подсобном хозяйстве (в первую очередь за счет увеличения живности, требующей постоянного ухода и тяжелого ручного труда). Снова уменьшилось время сна и пассивного отдыха, достигнув минимальных величин из всех "точек" при максимальной доле желавших использовать для пассивного отдыха дополнительное свободное время.

1994 г. был своего рода переломным. Изменения на следующем отрезке свидетельствуют о переходе от экстенсивного роста семейного хозяйства к режиму жизнесбережения при относительно минимальном уровне трудовых затрат и потребления.

1999 г. - очередная точка перегиба кривой продолжительности предстоящей жизни, снова начавшейся сокращаться после короткого периода ее увеличения.

Произошло дальнейшее сокращение общей трудовой нагрузки, включая рабочее время. Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья за 1995-1998 гг. также свидетельствуют о сокращении общей трудовой нагрузки, рабочего времени (кроме женщин столичных городов) и времени труда в ЛПХ [7, с. 55-68]. Сокращение трудовой нагрузки совпало и с некоторым повышением рождаемости в 1999 г.

В целом «давление времени» периода 1986-1994 гг. сменилось своей противоположностью из-за резкого сокращения времени основного труда.

Данные лонгитюдного исследования свидетельствовали о некоторой адаптации сельского населения к изменившимся условиям жизни, но не давали оснований для оптимистичного прогноза роста продолжительности предстоящей жизни.

2004-2005 гг. В последний исследовательский период не было отмечено такой четкой связи продолжительности жизни и условий жизни, использования времени, как это было в 1986-1987 и 1993-1994 гг., но это лишь подчеркивает полную достоверность и надежность выявленной нами связи. Некоторая подвижка показателя продолжительности жизни при рождении в 1999-2004 гг. тем не менее связана с рассмотренными нами ранее факторами.

Трудовая нагрузка сельского населения продолжала снижаться главным образом за счет сокращения времени труда в домашнем и личном подсобном хозяйстве. Впервые за весь исследовательский период выросло рабочее время. Сокращение рождаемости и количества детей в семьях привело к уменьшению затрат на уход за детьми и занятия с ними. Необходимо отметить, что время сна и удовлетворения физиологических потребностей также как и свободное время имели тенденцию к увеличению. Считаем все эти изменения позитивными.

Значительная по продолжительности и тяжести трудовая нагрузка, недостаток времени для полноценного восстановления затраченных сил, проблемы с медицинской помощью, наличием и доступностью лекарств

приводят к накоплению усталости, раздражительности, к неудовлетворенности жизнью, к ухудшению здоровья населения, что не может не сказаться и на здоровье последующих поколений.

Социальное самочувствие и здоровье

а) Оценка изменения условий жизни

На социальное самочувствие людей большое влияние оказывают изменения в условиях жизни в поселении или в семье и оценки этих изменений. Как отмечал П.А.Сорокин, «бедность или благоденствие одного человека измеряется не тем, чем обладает он в данный момент, а тем, что у него было ранее и в сравнении с остальными членами сообщества» [14, с. 273]. Это фундаментальное положение действительно и сегодня, помогая анализировать реальные изменения, происходящие в повседневной жизни большинства населения страны, и человеческие последствия этих изменений. «Сравнение», о котором писал П.А.Сорокин, есть эмоционально-ценностная оценка, формирующая социальное самочувствие людей. Оно, в свою очередь, является наряду с материальным положением и возможностью получения необходимых услуг, одним из факторов жизнеспособности населения.

Оценки изменений условий жизни – «собираательные», поскольку оцениваются в совокупности количественные и качественные характеристики, в том числе и относительно своих потребностей, которые в описываемый период были относительно стабильными.

В 1990-е гг. оценки изменений условий жизни в селе (таблица 3) изменились на противоположные по сравнению с серединой 1980-х гг. В первой половине 2000-х гг. доля негативных оценок существенно сократилась, а изменение в предложении товаров вообще стало оцениваться положительно.

Таблица 3

Оценки условий жизни, собственного состояния и их изменений

Условия жизни, состояние	1986-87		1993-94		1999		2004-05	
	же н.	му ж	же н.	му ж	же н.	му ж	же н.	му ж
Состояние здоровья*								
Хорошее	33	44	19	35	10	24	9	30
Среднее	53	42	56	47	68	62	71	59
Плохое	14	14	24	17	21	13	18	9
Изменение условий жизни**								
Условия труда	40	37	н/д		- 68	- 75	- 14	-33
Транспортное обслуживание	55	57	- 26	- 37	- 45	- 52	-6	-3

Бытовое обслуживание	36	33	- 65	- 59	- 62	- 64	- 13	-1
Торговое обслуживание	19	3	- 14	- 30	13	13	62	59
Медицинское обслуживание	49	51	- 45	- 43	- 68	- 65	0	0
Условия отдыха, досуга	-1	4	- 28	- 29	- 42	- 49	- 15	-19
Условия воспитания, образования детей	37	32	- 30	- 26	- 48	- 44	-7	3
Материальное положение	н/д		- 45	- 67	- 71	- 58	0	10
Жилищные условия	н/д		13	7	- 24	- 19	10	11
Отношения между людьми	н/д		- 73	- 65	- 67	- 63	- 52	-33
Отношения в семье	н/д		- 2	2	3	- 3	10	15
Отношения на работе	н/д		- 7	- 16	- 10	-9	9	12
Изменение собственного состояния**								
Уверенность в завтрашнем дне	н/д		- 67	- 57	- 78	- 58	- 38	-19
Настроение	н/д		- 44	- 38	- 61	- 41	- 26	-2
Здоровье	н/д		- 48	- 32	- 54	- 38	- 48	-29
Чувство безопасности	н/д		- 32	- 26	- 47	- 26	- 33	-11
Степень свободы	н/д		- 2	5	- 11	6	2	3
Оценка текущих результатов реформ*								
Положительно, скорее положительно	...		4	4	7	4	23	25
Отрицательно, скорее отрицательно	...		76	78	79	78	52	54

* В % к числу ответивших

** Разность в процентных пунктах между долями, давших позитивную и негативную оценку изменений

Несомненно, что условия жизни на уровне семьи и поселения оказывают существенное влияние на социальное самочувствие людей. Сходную оценку дает в своей статье Л.В. Бондаренко, подкрепляя ее

данными социологического исследования социально-трудовой сферы села в 2004 г. «Реформирование экономики не только не принесло положительных перемен в социально-психологическом климате деревни, но обусловило рост социальных разочарований, напряженности и угроз. В оценках сельским населением изменений в жизни за последние 10-12 лет в целом преобладают негативные позиции: 42,6% респондентов считают, что жизнь ухудшилась, в том числе 25,5% – сильно ухудшилась. Положительно оценивают перемены 29,6% сельчан, при этом значительное улучшение отмечают только 6,9%» [3]. И делается вывод, что «социально-психологический климат в социуме» зависит прежде всего от "уровня, качества и устойчивости жизни» [3].

В обоснование «неуникальности» данных нашего исследования и допустимости экстраполяции результатов и сочетания, использования их в совместном анализе с более общими данными статистики приводим очень близкие к нашим результаты крупного российского исследования (проведено под руководством Ю.М. Плюснина в 1999 г. в 13 регионах России, в том числе в Сибири, в 53 селах и 26 городах, опрошено 1922 чел.). Было выявлено «сохранение и нарастание... негативных тенденций ... в социально-психологических установках людей», «приспособительный характер» поведения. Отмечены «рост психологического напряжения», «тяжелое эмоциональное состояние людей», «зафиксирован высокий уровень «социального стресса», который «связан с негативным отношением к официальной власти», а поддержка «реформ» минимальна. Отмечается также возросшее предпочтение базовых ценностей - материального благополучия и физической безопасности». В итоге 68% опрошенных оценили свое душевное состояние пессимистично, 62% - испытывали напряженность и неуверенность [10, с. 155-156]. Ю.М. Плюсин приводит оценки сибиряками направленности преобразований в России: «возрождение страны» - в 1999 г. отметили 4%, «упадок и разрушение страны» - 50,7% опрошенных, отмечая, что эти оценки «однозначно совпадают с данными обследований ВЦИОМ и других [10, с. 51].

б) Оценка здоровья и его изменений

Самооценка здоровья снизилась (таблица 3); в первую очередь, здесь сказались общая ситуация и упадок здравоохранения. Оценки здоровья в целом усреднились главным образом за счет снижения доли тех, кто считает свое здоровье хорошим. Есть немало обстоятельств, влияющих на долгосрочную динамику самооценок здоровья: уровень образования, культуры, самоконтроля, внешние условия. Однако на относительно коротком отрезке времени действие этих обстоятельств сглаживается и главную роль играет динамика реального состояния и самочувствия людей.

Но эти данные показывают, что сельские женщины оценивают состояние своего здоровья более критично и негативно, нежели сельские мужчины. «Индикаторы индивидуального здоровья во всех возрастных группах у женщин ниже, чем у мужчин не только по самооценкам, но и по

показателям распространенности хронических заболеваний и тяжести множественных патологий. Что связано с высокими социальными и биологическими нагрузками: рождение и воспитание детей, трудности современного быта, вызванные сегодняшним падением жизненного уровня» [16].

Еще один фактор

При формулировке гипотез нами не был учтен существенный фактор: меры по сокращению производства и потребления алкоголя (середина 1980-х гг.) и полная их отмена в начале 1990-х гг. Ликвидация государственной монополии и каких-либо ограничений на производство и продажу алкогольных напитков привела к значительному росту потребления спиртного, особенно суррогатного. В 1993-1994 гг. была минимальная продолжительность жизни как следствие комплексного удара по труду, доходу, ценностям, трезвости, справедливости, перспективе пришедших к власти "демократов".

Большое значение для оздоровления людей, в середине 1980-х гг. улучшения обстановки в семье, на работе, в поселении имели и антиалкогольные меры 1985-1986 гг., резкое сокращение производства и потребления спиртных напитков.

Летом 1987 г. на вопрос о том, что изменилось в селе после выхода антиалкогольных постановлений, 66% респондентов ответили, что стало спокойнее на улицах, меньше пьянства, хулиганства, 22% - что не стало выпивок на производстве, 16% - что улучшилась обстановка в семьях, 14% не отметили изменений, и около 10% отметили, что негде стало купить алкогольные напитки, возникли очереди [4, с. 134-137]. Очень близкие результаты получены при опросе 4000 жителей Москвы в том же июне 1987 г.: более половины опрошенных отметили позитивные изменения и около четверти таких изменений не отметили [17]. В итоге всех этих и других изменений в 1986-1987 гг. после относительно стабильного периода выросла продолжительность предстоящей жизни, достигнув самого высокого за наш исследовательский период уровня. Статистика правонарушений, заболеваемости, смертности, в том числе от самоубийств, отравлений алкоголем, убийств, уровня рождаемости хорошо эти мнения подтверждает. Например, в 1986-1987 гг. коэффициент рождаемости в селе составил 19,1 (в среднем по стране 17,2) [9], что заметно больше чем в предшествующие и последующие годы; особенно выросла доля вторых и третьих рождений [5, с. 56].

В 1990-2000-е гг. неуклонно менялось в одном направлении и мнение о том, что в селе стали больше пить, и мнение о необходимости мер органов власти по сокращению пьянства (таблица 4). Следует отметить реалистичную и твердую позицию женщин в отношении необходимости антиалкогольных мер, которые, к сожалению, не были никак учтены в политике государства в 1990-е гг.

Таблица 4

Мнения о мерах против пьянства, % к числу ответивших сельских работников

Меры	Женщины			Мужчины		
	1993	1999	2005	1993	1999	2005
Нужны меры властей против пьянства	24	21	32	11	9	17
Нужны ограничения в продаже спиртного	19	20	31	4	13	17
Не надо никаких мер	80	48	27	80	62	52
Другое	6	4	9	6	15	6
Затруднение с ответом	2	7	8	2	5	9

В 2004-2005 гг. абсолютное большинство женщин и мужчин считали, что в селе за последние пять лет перед опросом стали пить больше (80% женщин и 61% мужчин). Близкие к этим данные - 75% всех опрошенных отметили, что пьянство за последние 10-12 лет увеличилось - были получены в ходе исследования, проведенного Центром всероссийского мониторинга социально-трудовой сферы села в 2004 г. [3].

Примечательным является изменение числа самоубийств как одного из главных показателей физического, социального и психического состояния населения. В 1980 г. их было 34,6 случая на 100 тысяч населения, в 1984 г. - 37,9, в 1985 - 31,0, в 1986 - 23,1, в 1987 - 23,2, затем этот показатель рос до 1994 г. (42,1), в 1998 г. сократился (35,4), а в 1999-2000 гг. снова поднялся до 39,3 [9; 13]. Аналогичная динамика была и по числу случайных отравлений алкоголем и убийств, по другим причинам смертности, да и смертности в целом [9; 13]. В немалой степени ухудшение здоровья было и следствием недостаточной личной заинтересованности, ответственности, активности в его сохранении и укреплении.

Связь продолжительности жизни и потребления алкоголя подчеркивают и другие исследователи. "Динамика продолжительности жизни россиян - это зеркальное отображение динамики потребления алкоголя". Действительно, пики-верхушки потребления алкоголя полностью совпадают с пиками-провалами продолжительности жизни. Это относится к 1993-1994 гг. и 2000-2001 гг. Позитивный "перевертыш" - пик продолжительности жизни и провал потребления алкоголя - пришелся на антиалкогольную кампанию 1986-1987 гг. [15].

Заключение.

Гипотеза о негативном влиянии экстремальной трудовой нагрузки на продолжительность жизни не подтвердилась. В 1986-1987 гг. была самая

большая трудовая нагрузка, но и продолжительность жизни была тоже самой большой.

Вторая гипотеза подтвердилась. Это свидетельствует, что одним из факторов, определивших продолжительность жизни, можно считать социальное самочувствие, выражающееся в оценках сельскими работниками изменений, происшедших в условиях жизни, в социальной сфере, в собственном состоянии, в его самооценках. Именно одним из факторов, поскольку свое воздействие на продолжительность жизни оказали и другие факторы – состояние здравоохранения, качество питания, потребление алкоголя, особенно суррогатного и др.

Предлагая вниманию социологов результаты нашего экспериментального анализа, мы не абсолютизируем их. Но обращаем внимание на несколько моментов. На наш взгляд, неслучайность такого совпадения показателя ОПЖПР всего сельского населения страны и социального самочувствия опрошенной нами совокупности сельского населения. В свою очередь, это обстоятельство позволяет более серьезно, уверенно делать экстраполяцию выводов по локальным обследованиям на большие общности. Конечно, здесь многое зависит от надежности выборочной совокупности поселений и респондентов. Да и от общего состояния общества тоже.

Считаем опыт совместного анализа исследовательских и статистических данных важным и перспективным.

Библиографический список

1. Большая российская энциклопедия. М.: БРЭ, 2008, т. 10.
2. Большая советская энциклопедия. М.: Советская энциклопедия, 1972, т. 9.
3. *Бондаренко Л.В.* Сельская Россия в начале XXI века (социальный аспект)// Социологические исследования, №11, 2005.
4. *Вершинина Т.Н.* Отношение сельского населения к потреблению алкоголя: сознание и реальное поведение//Условия и образ жизни сельского населения (тенденции изменения)/ Под ред. В.А.Артемова, Новосибирск, 1990.
5. *Вишневский А.Г., Щербов С.Я.* и др. Новейшие тенденции рождаемости в СССР// Социологические исследования. №3, 1988.

6. *Гвоздева Г.П.* Россия и Сибирь в процессе глобального развития человеческого потенциала // Экономика России и Сибири: прошлое, настоящее, будущее. Новосибирск, ИЭОПП СО РАН, 2008.

7. *Гвоздева Г.П.* Неоплачиваемый труд как фактор адаптации россиян в период кризиса// Вестник Новосибирского госуниверситета. Серия «Социально-экономические науки», том 1, выпуск 1. - Новосибирск, 2000.

8. Демографический энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1985.

9. Народное хозяйство. М., 1988.

10. *Плюснин Ю.М.* Контуры социальной политики России: Трансформация экономического поведения и социальных ценностных установок населения провинциальной России // ЭКО, №10, 2000.

11. *Плюснин Ю.М.* Малые города России. Социально-экономическое поведение домохозяйств, ценностные установки и психологическое состояние населения в 1999 году. Московский общественный научный фонд, 2000.

12. Российский статистический ежегодник. М., 2007.

13. Российский статистический сборник. М., 2002.

14. *Сорокин П. А.* Человек. Цивилизация. Общество/ Общ. ред., сост.и предисл. А. Ю. Согомонов: Пер. с англ. — М.: Политиздат, 1992.

15. *Халтурина Д., Коротаев А.* Антиалкогольная политика: мировой опыт и российские реалии.//Население и общество. №103, 2006.

16. Цит. по: «*Советская Сибирь*» 04.08.2007.

17. Экспресс-информация//Социологические исследования, 1987, №6.

18. A Decade of Transformation. Regional Monitoring Report, N8, 2001. The Monee Project CSE/CIS/Baltic. UNICEF, Innocenti Research Centre, Florence, Italy.

С.А. Ахметова, Ф.Ф. Ишкиннеева,
Казанский Федеральный Университет, Казань

ВОСПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

В современном дискурсе анализ демографического развития российского общества осуществляется порой на основе диаметрально противоположных подходов. Одни ученые рассуждают о кризисе воспроизводства человека, снижении ценности семьи и детей (А.И. Антонов, В.И. Борисов), другие уверены в незыблемости семьи как социально-демографической общности, ее непреходящей ценности (Г.И. Климантова, Г.И. Осадчая, С.В. Королева) с позиции сохранения здоровья человека и общества.

Здоровье как ценность.

Человек обычно не осознает ценности здоровья. Это осознание приходит, когда появляются симптомы физического или психического неблагополучия. Общество обычно не знает о состоянии своего здоровья, поскольку это – статистическое понятие, характеризующееся комплексом демографических показателей: рождаемости, смертности, детской смертности, уровня физического развития, заболеваемости, ожидаемой продолжительности жизни.

Здоровье характеризуется состоянием полного физического, психического и социального благополучия, - зафиксировано в Уставе Всемирной организации здравоохранения. В документах ВОЗ здоровье рассматривается как состояние, позволяющее людям вести активную в социальном и экономическом отношении жизнь: акцент сделан на продолжительности здоровой жизни. Концепция здоровья пересматривается с позиции качества жизни населения, то есть с позиции оценки степени удовлетворения потребностей и возможностей самореализации. Здоровье –

это ценность, определяющая способность человека к труду и обеспечивающая его развитие. Обычно выделяют три вида здоровья: физическое, психическое и нравственное (социальное). Физическое здоровье – это естественное состояние человека, обусловленное нормальным функционированием всех органов и систем человека. Психическое здоровье, зависящее от состояния головного мозга, характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств. Нравственное здоровье определяется моральными принципами, которые являются основой социальной жизни в конкретном человеческом обществе. На состояние организма влияют социальные условия, формируя характер и привычки человека, его образ жизни. Под здоровым образом жизни понимаются культура питания, движения, целесообразное использование свободного времени, занятия творчеством – все это влияет на духовное и физическое здоровье, укрепляя или разрушая его, продлевая или укорачивая жизнь. Образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закаливающий, позволяет до глубокой старости сохранять психическое и физическое здоровье. Сознательное и ответственное отношение к здоровью – должно стать нормой жизни и поведения каждого человека.

Семья и здоровье.

Семья как социокультурное образование рассматривается в ракурсе различных парадигм. Традиционным является эволюционистский подход в изучении семьи, в соответствии с которым семья изменяется при изменении общества. Однако изменчивость семьи сочетается с ее устойчивостью: при всех социальных трансформациях семья сохраняет универсальную функцию – рождение и социализация новых людей. В концепции Ф.Тенниса об общности и обществе семья трактуется как естественное единство, в которое человек вовлекается уже при рождении, это общность, основанная на

кровных узах, возникающая в силу общего происхождения, прежде всего связи матери с ребенком. В общности отношения между людьми носят эмоциональный характер, это доверительные отношения [1, с.114-125]. В семье, с рождения ребенка, начинается формирование здорового образа жизни, с юного возраста вырабатывается осознанное отношение к здоровью: стало модным не курить, не злоупотреблять спиртным, не использовать наркотики, заниматься спортом. Люди начинают понимать, что только здоровье дает возможность реализовать успешную профессиональную жизнь, создать благополучную семью, воспитать желанных детей. Здоровье имеет непреходящую ценность для человека любого возраста и общества в целом.

Между тем в российском обществе сложилось тревожное положение в отношении репродуктивного здоровья молодых людей – потенциальных родителей. Здоровье женщин и мужчин фертильного возраста закладывается в раннем детстве: происходит становление общесоматического здоровья, берут начало многие заболевания, формируются основы сексуального поведения, репродуктивные установки. Поэтому беречь здоровье нужно смолоду. С возрастом наблюдается накопление хронической патологии – к периоду совершеннолетия, когда девушки и юноши вступают в репродуктивный возраст, многие из них уже имеют хронические заболевания или отклонения от нормы. Эти заболевания могут прямо или косвенно оказывать влияние на репродуктивную систему. Причем подростки редко самостоятельно обращаются за медицинской помощью. Доктора насчитывают множество медико-социальных факторов «риска» для репродуктивной системы, в числе ведущих – условия и образ жизни.

Актуальной проблемой охраны репродуктивного здоровья являются аборты и деторождения в подростковом возрасте. Рост сексуальной активности молодежи при низком уровне знаний по вопросам контрацепции приводит к увеличению числа нежелательных беременностей, исходом которых зачастую является искусственный аборт или юное материнство. Одновременно у молодежи отмечается рост болезней из-за инфекций,

передающихся половым путем. Риск, связанный с сексуальным и репродуктивным поведением, представляет опасность для обоих партнеров, однако женщины чаще испытывают на себе его последствия, поскольку биологически молодые женщины более восприимчивы к инфекциям, передающимся половым путем, чем женщины более старшего возраста.

В соответствии со структурно-функциональным подходом семья анализируется как системное социодемографическое образование со множеством функций как явных, так и латентных. При неразвитости других институтов (производство, социальное обеспечение) их функции выполняла семья. По мере формирования социальных институтов сужается круг функций, выполняемых семьей: дети уже не «рабочие руки», не «кормильцы в старости», остаются лишь специфические функции семьи, связанные с рождением человека. Редуцирование функций семьи ведет к изменению ее структуры: исчезает необходимость в большой многопоколенной семье, в большом числе детей, распространяется модель малодетной семьи.

Воспроизводственные процессы в социально-территориальном ракурсе.

Двойственная природа семьи – как малой группы и социального института – обусловлена ее спецификой: это союз мужчины и женщины, создаваемый добровольно с целью производства человека, продолжения рода; в то же время семья как социальный институт реализует фундаментальную функцию самосохранения общества, воспроизводства новых поколений. Семья одновременно и частная и публичная сфера жизнедеятельности общества. В семье как частной сфере жизни общества супруги вправе сами, без вмешательства извне, определять цели и средства своих действий. Проблема здесь в том, что на семью – частную сферу жизни общества – возлагаются задачи общесоциального характера, связанные с физическим и социокультурным воспроизводством индивидов.

Центральной демографической проблемой в жизнедеятельности российского общества и семьи является, по мнению отечественных демографов, низкая рождаемость, причины которой усматриваются, в частности, в расхождении ожидаемого (планируемого) и желаемого числа детей. Репродуктивные потребности семьи, как правило, не реализуются. Факторы воздействия на тенденции рождаемости связаны с формированием просемейного, пронаталистского, жизнесберегающего образа жизни, для этого необходимо, в частности, демографическое просвещение общества.

Новая демографическая ситуация превращает родительство в главную профессию страны.

В то же время воспроизводственные процессы в России характеризуются продолжающейся депопуляцией: показатели рождаемости в 2012 г. составили 12,5 рождений на 1000 населения, смертности – 13,5 смертей на 1000 населения.

Республика Татарстан считается одним из наиболее благоприятных регионов РФ. Рассмотрим основные показатели демографических процессов в республике.

В Татарстане рождаемость превысила смертность только в 2011 году – впервые за последние 19 лет. Динамика регистрации актов о рождениях в РТ за период с 1991 по 2012 гг. свидетельствует о падении рождаемости в 1990-е гг.: с 13,6 рождений на 1000 населения (промилле) в 1991 г. до 9,4 промилле в 1999 г. и о начале роста рождаемости: с 9,9 промилле в 2005 г. до 14,7 промилле в 2012 г.[2].

Статистические данные свидетельствуют о сохранении тенденции малодетности: из общего числа родившихся в республике в 2012 г. 47% - первенцы, 40% - вторые дети, 10% - третьи, 3% - четвертые. По сравнению с 2011 г. в структуре рождаемости появление на свет вторых и последующих детей увеличилось на 13%. В некоторых муниципальных районах республики среди новорожденных доля вторых и третьих детей намного больше, чем в городских округах.

Статистические данные свидетельствуют о росте численности детей, рождающихся в неполных семьях: в 2012 г. этот показатель составил в РТ 18% от общего числа новорожденных, то есть в неполной семье рождается каждый шестой ребенок. В отдельных сельских и городских поселениях доля таких детей выше.

Таблица 1

Районы РТ	Доля рождений в неполных семьях, %	
	2012 г.	2011 г.
Новошешминский	33	28
Верхнеуслонский и Спасский	32	29
Лаишевский	26	25
Менделеевский	25	27,5

В гг. Казани и Набережных Челнах доля рождений в неполных семьях также растет. Из-за разводов ежегодно более десяти тысяч детей остаются в неполных семьях. При этом 59,5% семей распадаются, не просуществовав и десяти лет. Наиболее кризисными считаются первые пять лет совместной жизни: 35% семей распадаются именно в этот период.

Спецификой республики является ее полиэтнический характер, поэтому традиционно заключаются межнациональные браки: в 2012 г. количество зарегистрированных межнациональных браков составило 21% от общего количества зарегистрированных браков (каждый пятый брак – межэтнический). С 2011 г. в РТ наблюдается рост числа браков, заключаемых местными жителями с иностранными гражданами: в 2012 г. зарегистрирован 671 акт о заключении таких браков, что на 7% больше, чем в предыдущем году.

Демографические процессы в республике носят неравномерный характер: в одних поселениях – городских и сельских - воспроизводственные процессы имеют положительную динамику, в других продолжается убыль населения. Брачная структура, в том числе доля лиц, состоящих в зарегистрированном брачном союзе, устойчивость брачных пар характеризуют социально-демографический потенциал общества. Динамика регистрации актов заключения браков в РТ за период с 2005 по 2012 гг. показывает вариативность процесса брачности: то рост, то снижение уровня брачности. За 2005 г. зарегистрировано 7,2 брака на 1000 жителей, максимум достигнут в 2011 г. – 9,9 браков на 1000 населения, в 2012 г. – спад - 8,7 браков на 1000 населения.

Процессы брачности и разводимости в региональном контексте. Статистические данные свидетельствуют о дифференцированном уровне брачности в городских и сельских поселениях, о значительном разбросе показателей брачности в различных районах республики. Наивысшие показатели брачности зафиксированы в сельских районах: Елабужском – 12,8 браков на 1000 населения, в Нижнекамском – 9,5, Сабинском – 9,2, Альметьевском – 8,7; наименьшие показатели – в Кайбицком, Верхнеуслонском, Дрожжановском, Высокогорском, Лаишевском районах – в среднем 4,4 брака на 1000 жителей.

В городах и сельских поселениях республики в 2012 г. по сравнению с 2011 г. наблюдается уменьшение количества заключенных браков на 1000 населения:

Таблица 2

Тип поселения	Количество браков, промилле Спад, %	
	2012 г.	2011 г.
г.Казань	10,6	5,3
г.Набережные Челны	9,1	9,0
Сельские районы	7,6	10

Статистика свидетельствует, что в сельских районах интенсивность падения уровня брачности выше, чем в наиболее крупных городах. Брачное

состояние влияет на уровень рождаемости, ее дифференциацию в городах и сельских поселениях республики. Наивысшие показатели рождаемости в 2011 г. отмечены в городах Казань – 16,1 промилле (число рождений на 1000 населения), Набережные Челны – 14,8 промилле, в муниципальных районах: Альметьевском – 15,9, Елабужском – 15,5, Нижнекамском – 15,1, Кукморском и Тукаевском – по 15,0. Наименьшие показатели рождаемости зафиксированы в Кайбицком и Тетюшском районах – 7,9 промилле, Камско-Устьинском – 8,1, Дрожжановском – 8,3, Спасском – 8,5, Апастовском, Пестречинском – 8,6 актов рождения на 1000 жителей[2].

Низкие показатели брачности и рождаемости, зафиксированные в отдельных районах республики, объясняются более старой демографической структурой сельского населения по сравнению с городским: стариков по сравнению с городом, по данным статистики за 2012 г., больше на 5,5%. Тип возрастной структуры городского населения можно охарактеризовать как стационарный: детей (в возрасте до 15 лет) и стариков (в возрасте от 60 лет) примерно поровну. В сельском населении – регрессивный тип возрастной структуры: доля детей на 5,7% меньше доли лиц пожилого и старого возраста, что означает убывающее население [3].

Представление о брачной структуре населения не является полным без характеристики процессов разводимости. Анализ статистических данных расторжения браков за период с 2008 по 2012 гг. показывает растущую нестабильность заключаемых в республике брачных союзов. За 2012 г. зарегистрировано 15457 актов о расторжении браков, что на 4,8% выше, чем за 2011 г. В Казани также зафиксирован рост числа расторгаемых браков: увеличение по сравнению с 2011 г. на 5,3%, в Набережных Челнах – на 15%, в районах республики – на 1,2%. Эти данные говорят о более прочных брачных союзах в сельской местности по сравнению с городской. В РТ за 2012 г. в среднем на 1000 жителей приходилось 4,1 акта о расторжении брака (рост по сравнению с 2011 г. – было 3,9 акта). В Казани на 1000 жителей приходится 4,4 развода, в Набережных Челнах – 5,3, в районах республики – 3,5. Среди районов наивысшие показатели разводимости – в Ютазинском районе (5,5), Нижнекамском (5,1), Заинском (5,0), Лениногорском (4,4), Бугульминском (4,3); наименьшие – в Тюлячинском районе (1,6), Кайбицком, Сабинском, Черемшанском (по 1,7) [2].

Процессы рождаемости в значительной мере зависят от брачной структуры населения, от стабильности брачных пар. Исследователями замечено, что уровень рождаемости ниже в незарегистрированных брачных союзах по сравнению с зарегистрированными, при этом растет доля детей, рождающихся в неполных семьях, в которых, как правило, меньше детей, чем в полных семьях.

Столица республики г. Казань, начиная с 2009 г., демонстрирует позитивную динамику воспроизводственных процессов. Население столицы растет за счет естественного прироста. Еще в советское время рекордным по числу зарегистрированных новорожденных после 1918 г. в Казани был 1987

год – 18 730 актов о рождениях. По числу детей, родившихся в 2011 г. (18385 детей, или 15,8 на 1000 жителей), Казань лидирует не только в республике, но и опережает города - миллионники Приволжского федерального округа – Уфу, Самару, Нижний Новгород (численность последнего – 1 255 159 человек, пятое место в России), в то время как в Казани жителей меньше (восьмое место в России), а также Москву и Санкт-Петербург. Рост уровня рождаемости в Казани в 2012 г. составил 17,7 промилле, в республике показатель рождаемости ниже – 14,7 промилле, в районах – 12,6 промилле.

Мысленное обращение в кризисный 1992 год позволяет акцентировать внимание на впервые случившемся в мирное время в Казани факте превышения годового числа смертей над годовым числом рождений. Минимум рождений пришелся на 2000 г., тогда в Казани на свет появилось всего 8849 детей (8,0 промилле). С тех пор за период с 2000 г. по 2012 г. рождаемость увеличилась более чем вдвое, естественный прирост населения города продолжается.

По уровню брачности в Казани наблюдается «восходящая» тенденция: за последние 15 лет количество зарегистрированных браков увеличилось более чем вдвое. В 2011 г. зарегистрировано 13053 брака – это рекорд за весь период государственной регистрации браков в Казани; 4903 пары расторгли брак, причем основная доля разводов по-прежнему приходится на молодые семьи, прожившие совместно не более пяти лет. По отношению к общему количеству регистрируемых браков доля разводов падает: в 2007 году разводов было 50% от общего количества зарегистрированных браков, в 2011 году этот показатель снизился до 38%[4].

В отношении детности семьи: в Казани в 2012 г. 54% новорожденных – первенцы (выше общереспубликанского показателя на 7%). По сравнению с 2007 годом, когда начала действовать Концепция демографической политики, включающая гибкую систему выплат по уходу за ребенком, выдачу родовых сертификатов, «материнского капитала», семей, имеющих вторых и последующих детей, стало больше почти на треть.

Для объяснения феномена, связанного со спецификой социально-демографической ситуации в Казани, по сравнению с другими территориями республики, еще недостаточно эмпирического материала: демографические процессы обычно имеют инерционный характер, зависят от множества разнообразных факторов, носят порой непредсказуемый характер.

Сложные, неоднозначные, противоречивые процессы, происходящие в современном татарстанском обществе, детерминируют многообразие моделей воспроизводственных процессов, в том числе динамику и дифференциацию брачности и, как следствие, рождаемости в социально-территориальном аспекте. Нарастание кризисных явлений в жизни семьи, падение ценностей семейного образа жизни, ослабление социально-нормативной регуляции в обществе, социальная аномия, с одной стороны, укрепление основ государственности, устойчивость в развитии общества, с

другой, объясняют вариативность поведенческих стратегий жителей республики.

Для возрождения ценности института семьи, родительства и детства необходима стабильная социально-экономическая ситуация, уверенность в завтрашнем дне, возрождение нравственных основ общества. Пока же анализ демографических процессов как в Российском обществе в целом, так и в социально-территориальном ракурсе свидетельствует о том, что коренного перелома в воспроизводстве населения пока не произошло. Процессы брачности/разводимости имеют вариативный, неустойчивый, характер, наблюдается значительная дифференциация показателей демографических процессов в различных городских и сельских поселениях, уровень рождаемости остается низким, не обеспечивающим простого воспроизводства населения. Позитивная динамика – естественный прирост населения, наблюдающаяся лишь в отдельных поселениях и пока не носит долговременного характера.

Коренной перелом в воспроизводственных процессах возможен только при благоприятной социально-экономической ситуации в обществе, при эффективной демографической политике, при возрождении семьи как социального института, в том числе распространении укоренении в обществе модели трех - четырехдетной семьи, что позволит сохранять и воспроизводить поколения россиян в режиме хотя бы простого воспроизводства. Только такое функционирование общества может быть оценено как здоровое.

Библиографический список

- 1.Немецкая социология / Под ред. Р.П. Шпаковой. – СПб.: Наука, 2003. – 562 с.
2. Управление записи актов гражданского состояния Кабинета Министров Республики Татарстан. Статистические показатели работы органов ЗАГС Республики Татарстан за 2012 год. AdobeReader-[StatSbornik. 2012].
- 3.Естественное движение населения муниципальных районов и городских округов РТ (статистический бюллетень). Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по РТ. Казань, 2013. [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.tatstat.gks.ru> (23.05.2013).
- 4.Из доклада начальника Управления ЗАГС А.Р.Шавалеевой «О демографической ситуации в Казани за 2011 год». [Электронный ресурс].

ЦЕННОСТЬ ЖИЗНИ – ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Добровольное медицинское страхование опирается, в частности, на представление страхуемых лиц о ценности жизни и здоровья, выраженное, в конечном итоге, в виде некоторой суммы. С другой стороны, людям непривычно измерять ценность жизни в рублях, поэтому получение подобной информации социологическим путем, посредством опроса, несколько затруднено. Тем более что для практического применения нужны данные не о «ценности вообще», а о конкретной ценности – для каких-то определенных страховых случаев, для конкретного лица с его конкретными обстоятельствами, в соотношении с конкретными страховыми взносами.

Обзор известных методик определения справедливых страховых выплат, а также результаты собственного исследования зависимости оценки справедливой страховой выплаты от характеристик респондента имеется в работе: «Россияне оценивают стоимость своей жизни в 3 миллиона рублей» www.rgs.ru/media/CSR/on_startup/Life_value_07.pdf , выполненной Центром стратегических исследований Росгосстраха.

Мы попытались выяснить у относительно небольшой и не репрезентативной для России, но перспективной для страхования аудитории ее представления о ценности жизни – вне связи со страховыми взносами, но в связи с некоторыми характеристиками страхуемых лиц. Опрашивались студенты Московского государственного института электроники и математики – 19–23 года, 59 мужчин, 28 женщин и группа лиц старших возрастов – в основном 37–48 лет, 8 мужчин, 13 женщин, все с высшим образованием, средним (для Москвы) уровнем дохода, всего 108 респондентов.

Респондентам предлагалось сконструировать систему страхования жизни, при которой в случае смерти человека его наследникам выплачивалась бы страховка. Надо было установить сумму страховой выплаты, а также зависимость этой суммы от того, кто застрахован, кому она выплачивается и каковы обстоятельства смерти. Наличие явных страховых взносов не предполагалось. Задача была сформулирована так: «восстановление, по возможности, социальной справедливости, то есть в той мере, в которой это вообще возможно, смягчение травмы от смерти человека – травмы материальной (потеря кормильца) и хоть в какой-то мере – моральной».

Ниже приведена часть полученных данных в следующем формате: сначала формулировка вопроса в анкете и ниже – все предложенные варианты ответа и доли респондентов, выбравших тот или иной ответ – сначала для студентов, потом для «старших». Ввиду малости выборки данные округлены до 5 %.

Для кого должно быть установлено обязательное страхование?

Ни для кого	25 %	5 %
Для части жителей	20 %	25 %
Для всех жителей	55 %	60 %
Не знаю	0 %	10 %

Должно ли страховое возмещение при гибели человека зависеть от пола погибшего?

Да	10 %	0 %
Нет	85 %	95 %
Не знаю	5 %	5 %

Должно ли страховое возмещение при гибели человека зависеть от возраста погибшего?

Да	45	%	25 %
Нет	50 %	70 %	
Не знаю	5 %	5 %	

Должно ли страховое возмещение при гибели человека зависеть от профессии погибшего?

Да	40 %	35 %
Нет	55 %	55 %
Не знаю	5 %	10 %

Должно ли страховое возмещение при гибели человека зависеть от того, какую зарплату он получал?

Да	15 %	30 %
Нет	75 %	60 %
Не знаю	10 %	10 %

Должно ли страховое возмещение зависеть от родственных отношений застрахованного и получателя страховой суммы?

Да	35 %	50 %
Нет	60 %	35 %
Не знаю	5 %	15 %

Если вы ответили на этот вопрос «да», то ответьте, пожалуйста, на следующие пять вопросов, если ответили «нет» – пропустите их.

В каком случае страховое возмещение должно быть больше?

Для мужа в случае смерти жены	5 %	0 %
Для жены в случае смерти мужа	40 %	35 %
Не знаю	55 %	65 %

В каком случае страховое возмещение должно быть больше?

Для родителя при потере взрослого ребенка (не иждивенца)

40 %	35 %

Для взрослого ребенка при потере родителя

40 %	15 %

Не знаю

20 %	50 %

В каком случае страховое возмещение должно быть больше?

Для отца при потере взрослого ребенка

0 %	0 %

Для матери при потере взрослого ребенка

30 %	15 %

Не знаю

70 %	85 %

Должно ли страховое возмещение зависеть от того, единственный ли это родитель и единственный ли это ребенок?

Да

70 %	45 %

Нет

25 %	35 %

Не знаю

5 %	20 %

Если погиб ребенок, должно ли страховое возмещение зависеть от возраста родителей, то есть от того, могут ли они иметь еще детей?

Да

45 %	20 %

Нет

50 %	50 %

Не знаю

5 %	30 %

Должно ли страховое возмещение зависеть от того, являлся ли наследник иждивенцем?

Да

45 %	60 %

Нет

40 %	25 %

Не знаю

15 %	15 %

Должно ли страховое возмещение зависеть от того, было ли застрахованное лицо единственным кормильцем этого иждивенца?

Да	75	%	65 %
Нет	25 %	25 %	
Не знаю	0 %	10 %	

Должно ли страховое возмещение зависеть от того, являлось ли застрахованное лицо гражданином данной страны?

Да	45 %	40 %
Нет	50 %	45 %
Не знаю	5 %	15 %

Должно ли страховое возмещение зависеть от наличия у застрахованного лица регистрации (прописки)?

Да	30 %	10 %
Нет	60 %	65 %
Не знаю	10 %	25 %

Если смерть была вызвана болезнью, должно ли страховое возмещение зависеть от образа жизни застрахованного, то есть от того, насколько он сам берег свое здоровье и была ли связана болезнь с образом жизни?

Да	65 %	45 %
Нет	25 %	35 %
Не знаю	10 %	20 %

Должно ли страховое возмещение зависеть от степени личной вины или неосторожности, проявленной застрахованным лицом и повлекшей наступление страхового случая?

Да	45 %	40 %
Нет	50 %	45 %
Не знаю	5 %	15 %

Какое страховое возмещение при гибели застрахованного вы считаете в среднем нормальным, справедливым?

Медианный ответ 1,3 млн. руб. 1,3 млн. руб.

Какие затраты на спасение жизни одного человека вы считаете нормальными, справедливыми?

Медианный ответ 1,0 млн. руб. 1,3 млн. руб.

А группы из, скажем, пяти человек?

Медианный ответ 3 млн. руб. 10 млн. руб.

Какие затраты для предотвращения опасности для человека вы считаете

нормальными, справедливыми?

Медианный ответ 0,3 млн. руб. 0,3 млн. руб.

Выводы

Все группы опрошенных оценивают жизнь примерно в 1 млн. руб., при этом страховое возмещение и расходы на спасение оцениваются примерно, расходы на спасение группы из нескольких человек оцениваются примерно пропорционально, а расходы на предотвращение опасности – меньше на порядок. Разброс цифр, называемых большинством респондентов, укладывается в один порядок (от вдвое меньше медианного значения до вдвое большего), что делает эти результаты оценочными.

Что же касается зависимости возмещения от параметров страхуемого лица и получателя, то респонденты полагают, что

- родителям жизнь ребенка ценнее, чем ребенку – жизнь родителей,
- матери жизнь ребенка ценнее, чем отцу (корреляция с полом респондента не отмечена), – ценность единственного ребенка и

единственного родителя выше, причем среди самых молодых респондентов это мнение разделяют все, среди старших – около половины,

- от половины до четверти респондентов считает, что ценность ребенка зависит от возраста родителей, то есть от того, могут ли они иметь еще детей; доля считающих так падает с возрастом,

- примерно половина респондентов считает, что должно быть обязательное страхование жизни для всех граждан; доля считающих так растет с возрастом,

- большинство считает, что страховое возмещение не должно зависеть от пола,

- примерно половина респондентов считает, что оно не должно зависеть от возраста, причем доля считающих так с возрастом растет,

- около трети респондентов считает, что оно должно зависеть от того, была ли полезна обществу профессия застрахованного и была ли она сопряжена с риском,

- около четверти респондентов считает, что оно должно зависеть от зарплаты,

- от четверти до половины респондентов считает, что страховое возмещение должно зависеть от родственных отношений застрахованного и получателя страховой суммы, и эта доля сильно растет с возрастом,

- большинство респондентов считает, что оно должно зависеть от того, являлся ли наследник иждивенцем и было ли застрахованное лицо единственным кормильцем,

- около половины респондентов считает, что оно должно зависеть от гражданства, и около четверти считает, что должно зависеть от регистрации (прописки),

- около половины респондентов считает, что оно должно зависеть от того, берег ли застрахованный здоровье и была ли его вина в наступлении страхового случая.

СПЕЦИФИКАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ КВОТИРОВАНИЯ ПРИ ПРОЕКТИРОВАНИИ ВЫБОРКИ В СОЦИОЛОГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Квотная выборка населения, при которой перед интервьюерами ставится задача наполнения подвыборок, заданных сочетанием легко идентифицируемых признаков, регулярно используется в социально-медицинских исследованиях. Она часто применяется для решения таких задач, как, например, получение сопоставимых по размеру групп для статистического сравнения [14], выравнивание характеристик групп [16], контроль репрезентативности интернет-опросов [13], наконец, в качестве замены более сложных в реализации методов случайного отбора [12; 15]. Последнее применение оправдано тем, что сопоставление результатов применения квотной и вероятностной выборки в области здравоохранения, часто показывает их близость [10].

Однако при проектировании квотной выборки перед исследователем встает ряд вопросов, ответы на которые зависят от ситуативных факторов, специфики предмета и объекта исследования. Среди них – установление списка параметров квотирования и деление непрерывных признаков или признаков, содержащих слишком много градаций (например, возраста и образования), на интервалы, затем преобразуемые в дискретные значения, сочетание которых и определяет квотные группы. Эти две задачи можно объединить в рамках общей проблемы спецификации параметров квотирования.

На первый взгляд, определение качественного состава квотных признаков – одна из самых простых задач, решаемых в процессе проектирования выборки. Своей кажущейся простотой она обязана весьма ограниченным возможностям выбора, которыми располагает исследователь.

Как правило, параметры квотирования должны относиться к переменным, распределение которых в генеральной совокупности известно на основании текущей статистики, предыдущих репрезентативных обследований или переписей населения. Уже одно это обстоятельство сужает возможный набор признаков до двух-трех десятков. Кроме того, для квотного отбора могут использоваться только сравнительно легко регистрируемые интервьюерами характеристики респондентов. Иногда такие признаки как доход, владение собственностью или источник средств к существованию просто физически не могут быть измерены с должным качеством, например, если население высоко оценивает вероятность криминальных рисков или преследования со стороны государства. Впрочем, определение доходов – это сложная задача даже вне сенситивных контекстов. «Так как вопросы о доходах вызывают множество проблем, получение адекватной информации о доходе семей в массовых опросах обычно невозможно» [6, с. 198].

Поэтому в социологической практике наиболее часто в качестве квотных параметров используются простейшие характеристики населения – пол, возраст и образование. Они отвечают как требованиям измеримости (причем не только с точки зрения «сенситивности» вопросов, но и с точки зрения объективной способности респондентов на них ответить), так и требованиям наличия информации. Хотя даже измерение возраста, образования и семейного положения таит в себе многочисленные опасности смещений [4], добиться приемлемого уровня точности для такого рода признаков все же намного проще. Отчасти поэтому данные об их распределении в генеральной совокупности широко доступны как на основании переписей, так и на основании текущей статистики.

Однако, как показывает практика социологических исследований, пол, возраст и образование не исчерпывают всего множества признаков, которые могут быть задействованы в проектировании квотных выборок. Так, в масштабных исследованиях социальной структуры российского общества,

проводившихся ИКСИ РАН, использовались квоты не только по полу, возрасту, но и типу поселения, национально-этнической и социально-профессиональной принадлежности [5]. В опросах Центра миграционных исследований квотировалась страна происхождения и сектор занятости женщин – трудовых мигрантов [3]. Фонд ИНДЕМ для диагностики коррупции разрабатывал выборки, включавшие квоты государственных служащих по должностям и предпринимателей по числу занятых в бизнесе работников [7; 9]. А Т. А. Гурко отбирала респондентов для исследования на тему усыновления, квотируя даже столь сложный признак как структура семьи [1].

Приведенные примеры показывают, что выбор у исследователя имеется, хотя он и узок. Как его осуществить? Для этого необходимо обратиться к представлениям о квотной выборке как особой модели обоснования репрезентативности. Как известно, репрезентативность классических вероятностных выборок основана на факте нормального распределения их ошибок. Выборки, в которых случайный отбор не используется или используется ограниченно, могут содержать систематические ошибки, что делает вероятностную модель репрезентативности неприменимой. В обосновании представительности квотной выборки допускается наличие систематических ошибок отбора. Но распределение целевых признаков (то есть тех, которые необходимо измерить) в генеральной совокупности, воспроизводится, благодаря тому, что в выборке воспроизводится генеральное распределение квотных признаков. Это оказывается возможным, исходя из предположения о наличии сильной статистической связи между квотными и целевыми признаками. Если, например, пол, возраст и образование респондента почти полностью определяют его репродуктивное поведение, тогда, получив половозрастной и образовательный «слепок» населения, мы сможем с высокой степенью уверенности судить о распространении различных стратегий регулирования рождения детей. Такая модель обоснования

репрезентативности обеспечивает простое решение проблемы выбора квотных признаков. Очевидно, что для квотирования должны использоваться те переменные, которые, как ожидается, находятся в наиболее тесной связи с целевыми признаками, измеряемыми в конкретном опросе. Ожидания могут быть основаны на теоретических соображениях, но, естественно, более предпочтительны эмпирические факты. Иными словами, для выбора параметров квотирования необходимо привлечение данных предыдущих исследований, которые будут показывать, что целевые признаки сильно связаны с квотными.

К сожалению, обоснование репрезентативности по описанной схеме сталкивается с одним существенным препятствием методического характера. Почти все статистические связи, которые могут использоваться при проектировании квотной выборки, сами оказываются полученными в результате выборочных опросов. И как таковые могут быть артефактами, порожденными смещением выборки, например, эффектами типа «ошибки Берксона» [см., например: 8, с. 19-23]. Риск ее возникновения существует всякий раз, когда вероятность попадания в выборку респондентов с разными сочетаниями двух признаков непропорциональна частотам этих сочетаний в генеральной совокупности. Пусть существуют две независимых переменных x и y , принимающие значения 0 и 1, и доля $x1y1$ в генеральной совокупности составляет 25%. Если выборка смещена так, что в ней доля $x1y1$ достигает, скажем, 50%, то анализ данных опроса покажет наличие довольно сильной статистической связи между x и y , в то время как в реальности такой связи не будет существовать.

В качестве ситуации, благоприятной для возникновения эффектов типа «ошибки Берксона» может служить опрос госпитализированных больных. Выборка таких опросов часто бывает смещена таким образом, что в нее чаще попадают одновременные носители нескольких признаков, которые в реальности встречаются в генеральной совокупности независимо друг от друга.

Возможно возникновение ложной связи и при обычных массовых опросах населения, например, на тему отношения к политике в области здравоохранения, в особенности при наличии у населения устойчивых ассоциаций социологических служб с властью. Выборка оперативных опросов общественного мнения часто бывает смещена в сторону менее обеспеченных слоев населения, у которых ниже мобильность (возможность уехать на отдых или в командировку, работать по ненормируемому графику и т.д.) и меньше возможностей для изоляции от интервьюеров (консьержи в подъездах, проживание в элитных поселках и т.п.). Одновременно, благодаря предубеждению против социологов, выборка может быть смещена в сторону тех, кто поддерживает действующую власть. Таким образом, вероятность участия в опросе для лиц с низким материальным достатком и с позитивными установками в отношении политики правительства, может оказаться непропорционально велика, по сравнению с их долей в генеральной совокупности. Это смещение отразится в анализе в виде вывода о том, что бедные оказывают более высокую поддержку государственной политике в области здравоохранения, хотя на самом деле связи между уровнем достатка и поддержкой правительства может и не быть.

Таким образом, в идеале, наличие эмпирической связи между целевыми и квотными признаками должно быть проверено с использованием достаточно сильных средств рандомизации, прежде чем эта связь будет использована для обоснования репрезентативности квотной выборки. Но на практике такая возможность редко присутствует, поэтому необходима разработка и некоторых паллиативных средств. Одним из них может выступать так называемая «методическая триангуляция».

Согласно Н. Дензину, методическая триангуляция представляет собой процесс сопоставления данных, полученных различными методами, для повышения валидности результатов [11, р. 304]. В ситуации проектирования выборки это означает проверку того, что статистическая связь между

квотными и целевыми признаками действительно существует. Теоретически, различные методы сбора данных, применяемые в социологии здравоохранения (такие, как опрос по месту работы, опрос в посещаемых населением учреждениях, интернет-опрос, опросы населения по репрезентативным вероятностным выборкам и т.п.) подвержены различным смещениям. Иными словами, в случае образования ложных статистических связей, их сила должна быть довольно неравномерной между выборками, извлеченными разными способами. Соответственно, стабильное присутствие зависимости между квотными и целевыми признаками косвенно свидетельствует о ее валидности. Поэтому сопоставление результатов статистических тестов, проведенных по данным опросов разного типа может дать основание для включения переменных в число параметров квотирования в тех случаях, когда проверка с использованием рандомизации невозможна или экономически неэффективна.

Вторая задача, отмеченная нами в рамках проблемы спецификации параметров квотирования – определение интервалов непрерывных или содержащих слишком много градаций признаков. К ее решению можно подходить, как минимум, с двух позиций. Первая из них состоит в том, что одна из основных задач проектирования квотной выборки – это обеспечение ее реализуемости. Реализуемость же напрямую связана с существованием редких квотных групп. Чем меньше доля группы в населении, тем больших усилий будет стоить интервьюерам ее включение в выборку, и тем выше оказывается вероятность систематических смещений, вызванных различными стратегиями интенсивного поиска. Следовательно, одним из возможных принципов для установления границ является соблюдение равной наполненности квотных ячеек. В таком случае, определив количество интервалов, мы должны установить границы таким образом, чтобы ими оказалось охвачено равное число респондентов.

Вторая позиция исходит из того, что квотные признаки должны иметь максимально возможную статистическую связь с целевыми признаками – тем

самым будет обеспечена репрезентативность выборки. Тогда, разбивая переменную квотирования на интервалы, мы должны стремиться к тому, чтобы сохранить как можно более тесную линейную взаимосвязь между ней и новой, более грубой переменной. Равные интервалы в этом случае оказываются более предпочтительными, так как обеспечивают лучшую аппроксимацию исходного признака. Неравномерное же установление границ может вести к возникновению артефактных криволинейных зависимостей, которые вносят дополнительный «шум» в данные и ослабляют статистическую связь между квотными и целевыми признаками. Тем самым наносится ущерб репрезентативности выборки.

Требование разбиения, охватывающего равные группы респондентов, может вступать в противоречие с требованием разбиения квотной переменной на равные интервалы. Более того, это противоречие можно рассматривать как норму, поскольку для совпадения результатов применения двух подходов необходима равная частота проявления каждой градации признака в генеральной совокупности, что является чрезвычайно редким случаем. Очевидно, что между двумя противоречивыми подходами необходимо сделать выбор или найти компромисс. Это можно осуществить, опираясь на следующие основания. Во-первых, нам не может быть точно известно, насколько негативно повлияет неравенство квотных групп на возможности интервьюеров достичь их. Потери в силе статистической связи при перекодировке и огрублении переменной, напротив, могут быть легко измерены. Следовательно, в первую очередь необходимо ориентироваться на разницу тесноты статистической связи обоих вариантов с исходной переменной. Если эта разница невелика, можно отдать предпочтение варианту квотирования с равными группами (поскольку эффект неравенства групп неизвестен и может быть велик), если же она существенна, то необходимо найти разбиение, которое обеспечивало бы как можно более равные группы с минимальными потерями силы статистической связи.

Библиографический список

1. *Гурко Т. А.* Брак и родительство в России. – М.: Институт социологии РАН, 2008.
2. *Давыдов А. А.* Расчет квотной выборки. М.: Институт социологии РАН, 1993.
3. Женщины-мигранты из стран СНГ в России / Под ред. Е. В. Тюрюкановой. М.: МАКС Пресс, 2011.
4. *Мягков А. Ю.* Социально-демографические переменные в социологическом исследовании. М.: Флинта, Наука, 2002.
5. Россия – новая социальная реальность. Богатые. Бедные. Средний класс / Под ред. М. К. Горшкова, Н. Е. Тихоновой. М.: Наука, 2004.
6. *Садмен С., Брэдберн Н.* Как правильно задавать вопросы. М.: Институт фонда «Общественное мнение», 2002.
7. *Сатаров Г. А., Римский В. Л., Благовещенский Ю. Н.* Социологическое исследование российской судебной власти. СПб.: Норма, 2010.
8. *Флейс Д.* Статистические методы для изучения таблиц долей и пропорций. М.: Финансы и статистика, 1989.
9. Фонд ИНДЕМ. Проведение углубленного социологического исследования коррупции в Мурманской области. Доклад о результатах исследования. Интернет ресурс. Доступ 13.06.2013. URL: http://ak.gov-murman.ru/userfiles/social_research.pdf
10. *Cumming R. G.* Is Probability Sampling Always Better? A Comparison of Results from a Quota and a Probability Sample Survey // Community Health Studies, 1990, Vol. 14, Issue 2, pp. 132–137.
11. *Denzin N.* The Research Act. A theoretical introduction to sociological methods. 2nd ed. New York: McGraw Hill, 1978.
12. *Hainer V., Kunesova M., Bellisle F., Parizkova J., Braunerova R., Wagenknecht M., Lajka J., Hill M., Stunkard A.* The Eating Inventory, body

adiposity and prevalence of diseases in a quota sample of Czech adults // International Journal of Obesity, 2006, Vol. 30, Issue 5, pp. 830–836.

13. *Im E. O., Chee W.* Quota Sampling in Internet Research: Practical Issues // CIN: Computers, Informatics, Nursing, 2011, Vol., Issue 7, pp. 381-385.

14. *Morrow K. M., Vargas S., Rosen R. K., Christensen A. L., Salomon L., Shulman L., Barroso C., Fava J. L.* The Utility of Non-proportional Quota Sampling for Recruiting At-risk Women for Microbicide Research // AIDS and Behavior, 2007, Vol. 11, Issue 4, pp. 586-595.

15. *Owen L., McNeill A., Callum C.* Trends in Smoking During Pregnancy in England, 1992-7: Quota Sampling Surveys // British Medical Journal, 1998, Vol. 317, Issue 7160, pp. 728–730.

16. *Walter S. D.* The Feasibility of Matching and Quota Sampling in Epidemiologic Studies // American Journal of Epidemiology, 1989, Vol. 130, Issue 2, pp. 379-389.

ТРЕВОЖНОСТЬ И СТРЕСС: ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА ⁹

Введение

По определению ВОЗ, под здоровьем понимают состояние полного физического, психологического и социального благополучия [2], а не только отсутствие заболеваний или физических дефектов. Все три составляющие здоровья взаимосвязаны и, безусловно, влияют друг на друга. При отсутствии психологического и социального благополучия практически невозможно благополучие физическое и наоборот. Поэтому при исследованиях факторов риска здоровью населения ни один из его компонентов не должен быть упущен. В частности такие психоэмоциональные факторы риска как тревожность и стресс. Доказано, что воздействие на здоровье населения психоэмоционального напряжения сильнее, чем комплексное антропогенное воздействие экологических факторов радиации и химического загрязнения окружающей среды [4]. «Современные медико-биологические и психофизиологические исследования убедительно показывают, что эмоциональный стресс оказывает всестороннее разрушительное влияние на жизнедеятельность организма, подрывает здоровье людей. Психоэмоциональный стресс является причиной многих психосоматических заболеваний...» [8]. Стресс на работе и его неблагоприятное разрешение вызывает синдром эмоционального выгорания – состояние эмоционального, умственного истощения и физического утомления [3]. «К настоящему времени большинство исследователей сходятся во мнении, что чрезмерный стресс, возникающий в конфликтных

⁹ Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РГНФ, проект № 12-16-59016

или безвыходных ситуациях и сопровождающийся депрессией, чувством безнадежности или отчаяния, предшествует и с высокой степенью достоверности обуславливает возникновение многих злокачественных новообразований, особенно таких, как рак молочной железы и рак матки» [1].

Психоэмоциональные переживания являются наиболее значимыми в возникновении гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы, ряда заболеваний кожи, обмена веществ и др., не говоря уже о неврозах, неврозоподобных состояниях, психических расстройствах.

Таким образом, изучение психоэмоциональных факторов риска здоровью населения актуально и необходимо, а в промышленном регионе обусловлено еще и большей уязвимостью здоровья его населения перед ярко выраженной экзогенной нагрузкой.

Цель исследования

Оценить общий уровень тревожности, уровень профессионального напряжения и вероятность развития стресса у населения Пермского края.

Материалы и методы

Исследование по изучению уровня тревожности и вероятности развития стресса у населения Пермского края выполнено специалистами лаборатории методов анализа социальных рисков ФБУН «ФНЦ МПТ УРЗН». Метод – раздаточное анкетирование. При анализе данных использован адаптированный автором инструментарий, включающий три блока вопросов. Первый – направлен на изучение самооценки здоровья респондентом и анализ объективных показателей здоровья. Это вводный блок, который впоследствии позволил соотнести показатели подверженности стрессу и полученные результаты относительно здоровья человека. Второй блок вопросов являлся основным и заключался в применении двух шкал измерения. Первая предназначалась для измерения уровня тревожности по методике Немчинова Т.А. на основе обработки 50 утверждений, входящих в

состав ММРІ¹⁰[5]. Вторая, представляла собой часть методики «Дифференцированной оценки состояний сниженной работоспособности» (ДОРС), являющейся русскоязычной модификацией немецкого теста BMSII [7], который адаптирован Леоновой А.Б. и предназначен для индивидуальной и групповой диагностики качественной специфики переживаемых субъектами состояний сниженной работоспособности: острого утомления, монотонии, психического пресыщения и собственно психоэмоционального напряжения (или состояния стресса) [6]. Сочетание этих двух шкал в анкете дало возможность оценить как общий уровень тревожности и вероятность возникновения стресса у опрашиваемых, так и состояние, связанное с их профессиональной деятельностью. Третий блок, демографический, устанавливал социально-экономический статус респондента.

Объем выборочной совокупности составил 621 человек. Способ отбора респондентов – квотный. Сформированная выборочная совокупность репрезентативна по отношению к генеральной по критериям пола и возраста. Эмпирический материал прошел компьютерную обработку (использовался пакет прикладных программ SPSS for Windows 14,0).

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов исследования показал, что низкий уровень тревожности имеет только незначительный процент населения (8,7%). Данное значение показателя говорит о том, что эта группа людей обладает высокой стрессоустойчивостью. Треть респондентов (30,1%) принадлежат к категории людей со средним уровнем тревожности с тенденцией к низкому, а 40,1% ответивших имеют средний уровень тревожности с тенденцией к высокому. Последнее, указывает на их относительно слабую (среднюю) стрессоустойчивость, которая, при отсутствии определенных мер (использования приемов саморегуляции и других «антистресс-технологий»)

¹⁰ Миннесотский многоаспектный личностный опросник или ММРІ (англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory) — личностный опросник, разработанный в Университете Миннесоты Старком Хатгуэйем и Джоном МакКинли. Широко применяется в клинической практике.

увеличивает вероятность развития негативных последствий стресса. Пятая часть ответивших имеет высокий (20,1%) и очень высокий (0,9%) уровни тревожности. Данные респонденты относятся к основной группе риска, в которой вероятность развития стресса приближена к максимальным значениям. Высокая тревожность проявляется у людей в тенденции оценивать явления, предметы, события, объективно не опасные, как угрожающие, с последующим переживанием состояния тревоги. Высокий уровень тревожности создаёт угрозу психическому здоровью личности и способствует развитию предневротических состояний, что негативным образом влияет не только на их здоровье, но и на результаты деятельности [4].

Интересна степень адекватности восприятия и осознанности своего состояния людьми с разным уровнем тревожности. Так, в группе респондентов со средним уровнем тревожности с тенденцией к высокому, 85% ответивших полагают, что не подвержены никакому стрессу и 15% придерживаются мнения, что находятся в момент опроса в состоянии ощутимого стресса, влияющего на их состояние и поведение.

Респонденты, относящиеся к категории людей с высоким уровнем тревожности в 48,1% осознают свое состояние и в 51,9% – считают, что стресса нет. Люди, у которых средний уровень тревожности с тенденцией к низкому по шкале А.Т. Немчина в 8,4% случаев думают, что находятся в состоянии стресса. Таким образом, полностью адекватное восприятие своего состояния имеют только две крайние по степени выраженности показателя группы опрашиваемых – с очень высоким уровнем тревожности и с низким уровнем тревожности.

Оценивая объективные показатели здоровья респондентов удалось выявить корреляции между показателями вероятности развития стресса и наличия хронических заболеваний¹¹, а также между вероятностью развития

¹¹ Коэффициент корреляции (- 0,3), при $p \leq 0,05$

стресса и частотой заболеваемости простудой и гриппом¹². Указать направленность связей не представляется возможным, однако, основываясь на многочисленных исследованиях, можно предположить, что, помимо прочего, стресс является одним из значимых факторов развития хронических и простудных заболеваний [1].

Используемая в исследовании шкала измерения уровня профессионального стресса, позволила представить четыре функциональных состояния (утомление, монотония, пресыщение, стресс) организма работающего человека, которые отличаются степенью отрицательного влияния на его трудовую деятельность. Данные состояния дифференцируются по определенным признакам. Так, утомление сопровождается чувством усталости, снижением работоспособности, выражается в ухудшении показателей деятельности и прекращается после отдыха. Более тяжелое состояние, монотония, сопряжено со снижением восприимчивости, ослаблением сознательного контроля, ухудшением внимания и памяти, стереотипизацией действий, следствием чего является потеря интереса к работе и снижение ее продуктивности. Признаками психического пресыщения выступают потеря интереса к работе и неосознанное стремление к варьированию способов ее исполнения. Стресс – это своего рода итог всех описанных выше отклонений от нормального состояния человека и возникает в результате отрицательного внешнего воздействия на психические функции, нервные процессы или деятельность периферических органов человека.

В ходе анализа результатов исследования обнаружилось, что у большинства респондентов выраженность утомления умеренная (61,4% респондентов). Выраженное утомление наблюдается у 8,7% ответивших, еще у 0,1% респондентов утомление достигает высокого уровня. У трети работающего населения низкая степень выраженности данного состояния. Похожее распределение значений показателя наблюдается и по монотонии с

¹² Коэффициент корреляции 0,2, при $p \leq 0,05$

той только разницей, что выраженная монотония присуща 8,5% респондентов, а высокая степень – 0,3% ответивших.

У 12% работающего населения Пермского края обнаруживается выраженное состояние пресыщения, а еще у 0,3% высокая его степень. Чуть более половины респондентов страдают от психического пресыщения в умеренной степени и 35,9% – в низкой.

Выраженность пресыщения и стресса находится приблизительно в таком же распределении, что и утомления с монотонией. Умеренная ее степень обнаруживается у 51,8% респондентов, выраженная – у 12% ответивших, низкая – у 35,9% и высокая – в 0,3% случаев.

В большинстве случаев степень выраженности состояния утомления, монотонии, пресыщения и стресса оказывается одинаковой. Так, у 33,1% ответивших все четыре показателя находятся на низком уровне, у 57,4% – степень выраженности умеренная, а у 9,4% респондентов – выраженная. Высокая степень выраженности по всем четырем оцениваемым состояниям в совокупности наблюдается у 0,2% работающего населения Пермского края.

Крайне важным моментом в анализе ситуации стрессовой нагрузки населения региона является понимание степени информированности людей о самом явлении стресса и его влиянии на здоровье и качество жизни.

Большинство ответивших на вопрос: «Стресс – это...» не дают определения, а перечисляют основные признаки состояния (38,9%). Среди данной категории ответов респондентов наиболее часто встречаются следующие: *«волнение, беспокойство», «тревога», «усталость», «частое снижение настроения, апатия, усталость, нервозность», «повышенная раздражительность», «постоянное чувство тревоги, неуверенности», «когда не хочется ничего делать, нет настроения»* и т.п.

Почти треть ответивших (29,8%) говорят о стрессе как о реакции организма на воздействие внешних факторов. Стресс – это *«ответ нервной системы на какое либо раздражение», «психофизическая реакция организма на внешний раздражитель», «реакция организма на что-то новое,*

неожиданное», «ответная реакция организма для на изменение условий жизни», «состояние организма, реакция на трудную ситуацию», «реакция на внезапную ситуацию», «неудачи в любви, смерть близких» и т.д.

Стресс как болезнь охарактеризовали 8,4% респондентов. Стресс – это *«болезнь», «плохое самочувствие», «ухудшение здоровья», «недомогание»*. Еще 5,1% респондентов говорят о стрессе как о негативном эмоциональном состоянии: *«негативное состояние души», «неприятные эмоции», «тяжелое состояние души», «неспокойное состояние»* и т.п.

Очень абстрактную характеристику стресса как чего-то негативного дают 3,2% ответивших: *«ужас», «плохо на душе», «негатив», «очень плохо», «когда плохо», «кошмар»* и т.д.

Довольно значительный процент (14,6%) респондентов не может дать никакого определения и ограничивается такими репликами: *«ерунда», «часть нашей жизни», «не для меня», «у меня не бывает стресса», «наша жизнь», непонимание и равнодушие людей», «привычка», «осознание опасности», «тихий убийца», «невозможность себе противостоять»* и т.п.

Среди ответов на открытый вопрос: «Какие признаки стресса Вы можете назвать?» в 88,2% случаев названы такие как: *«раздражение», «волнение, возбуждение», «раздражительность, тревога», «страх», «снижение настроения», «бессонница», «плаксивость», «раздражительность, ничего не хочется делать. Нет желания думать о будущем» «неуверенность в себе», «слезы», «утомляемость, напряженность, усталость», «головная боль», «тремор в руках», «повышение артериального давления», «головокружение», «покраснение», «потливость»*. Респонденты чаще всего говорят об эмоциональной выраженности стресса и значительно реже о физических симптомах.

Небольшой процент респондентов (6,5%) в качестве признаков стресса называл его причины. *«Потеря денег, смерть близких и знакомых», «переживание, разлука с близким человеком», «авария, шок», «потеря работы, любимого человека, чрезвычайные ситуации», «любые неполадки в*

семье, внезапная болезнь» и т.д. И 5,3% ответивших не смогли охарактеризовать признаки стресса говоря, что *«стрессы бывают различные, но какие именно я затрудняюсь ответить»*, *«эмоции»*, *«индивидуально у каждого»* и т.п.

Очевидно, что несмотря на обыденность явления, значение самого понятия для большинства населения довольно расплывчато. Многие относительно хорошо знакомы с признаками и причинами стресса, но мало кто представляет, насколько стресс проявляется на физиологическом уровне. Следствием отсутствия знаний о процессах, происходящих в организме вследствие стрессовой нагрузки становится некомпетентность в способах выхода из стрессовой ситуации, даже несмотря на убежденность 94,3% респондентов в том, что длительный стресс провоцирует негативные последствия для здоровья.

Рекомендации:

Управление здоровьем населения региона требует комплексного анализа всех факторов риска его здоровью, в том числе и психоэмоциональных (тревожность и стресс). Только мониторинговые исследования помогут принимать верные решения в отношении мер по укреплению и сохранению здоровья жителей региона, а также в области формирования и создания системы мотивации ведения людьми здорового образа жизни. Все это обуславливает необходимость разработки и реализации комплексной системы мер, направленных на реализацию активной санитарно-просветительской работы, основанной на адресном информировании населения о психоэмоциональных факторах риска здоровью, как важнейших компонентов общего психофизиологического благополучия человека.

Библиографический список

1. *Балицкий К. П., Шмалько Ю. П.* Стресс и метастазирование злокачественных опухолей. Киев. «Наукова Думка», 1987.
2. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. (Принят в г. Нью-Йорке 22.07.1946). // [Электронный источник] Официальный сайт компании «Консультант Плюс» URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=INT;n=15647>
3. *Фролова Е.Я.* Профилактика и укрепление здоровья. Материалы дистанционного обучения // [Электронный источник] Официальный сайт ГОУ ДПО «СПб МАПО Росздрава». URL: <http://www.maps.spb.ru/education/ordinator/theme1.2.htm>
4. *Шафиркин А.В.* Компенсаторные резервы организма и здоровье населения в условиях хронических антропогенных воздействий и длительного психоэмоционального стресса // Физиология человека. 2003 а. - Т. 29. - № 6. - С. 12-22.
5. *Дмитриев М.Г., Белов В.Г., Парфенов Ю.А.* Психолого-педагогическая диагностика делинквентного поведения у трудных подростков. СПб.: ЗАО «ПОНИ», 2010 г. - 316 с.
6. *Панченко Л. Л.* Диагностика стресса: Учеб. пособие. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2005. – 35 с.
7. *Plath H.E., Richter P.* Ermuedung Monotonie - Saettigung - Stress (BMS). - Berlin:1. Handanweisung. 1984.
8. Международная декларация Психоэмоциональный стресс – угроза жизни и здоровья. М., 1995

ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ДЕМОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КАК ОБЪЕКТ СИНЕРГЕТИКИ¹³

Описание сложного, как показывает К. Майнцер – президент Немецкого общества по изучению сложных систем и нелинейной динамики, невозможно без представления о нелинейности и современных нелинейных моделей. В условиях современного мира линейное мышление, до сих пор доминирующее в некоторых областях науки, становится принципиально недостаточным, и даже опасным, в нелинейной сложной реальности [5].

«Нелинейность» – фундаментальный концептуальный узел новой парадигмы, в том числе, и социологического исследования. Можно даже сказать, что новая парадигма есть парадигма нелинейности [3].

Используя авторский подход к понятию статистической связи (нелинейной, линейной) в социологических исследованиях (для интервальных переменных) посредством реализации обобщенного варианта метода множественного сравнения для квантильных разбиений данных (объектов) по каждому измеряемому параметру, отказываясь от предварительного выдвижения гипотезы о форме зависимости (линейная или какой-то конкретный вид нелинейной зависимости), для изучаемой матрицы данных можно определить как формы зависимостей, так и степени их выраженности на различных отрезках шкал рассматриваемых переменных [1].

В социологическом исследовании И.Б. Бритвиной *«Демографические и миграционные установки жителей региона»* решались следующие задачи: изучить особенности демографических установок зауральцев; проанализировать направленность миграционных планов; выявить внешние и

¹³ Работа выполнена при поддержке РГНФ, проект № 12-03-00594-а

внутренние факторы, обуславливающие эти установки; изучить мнение жителей региона в отношении успешности внедрения мер общенационального проекта «Здоровья» и демографической политики в его составе; на основании сопоставления и анализа мнения жителей региона и мнения экспертов выработать практические рекомендации по совершенствованию демографической политики.

В феврале 2007 г. было опрошено 462 жителя Курганской области. Опрос был проведён методом анкетирования. При формировании выборочной совокупности использовался метод стратифицированной выборки по полу, возрасту и типу местности.

Для анализа результатов исследования в контексте нелинейности [2] из анкеты, которая использовалась в исследовании демографических и миграционных установок, нами были отобраны 44 интервальных параметра.

В рамках заявленной темы рассмотрим основные параметры, касающиеся здоровья:

X12 - Сегодняшнее стремление к поддержанию здоровья

X33 - Оценка состояния в населённом пункте – здравоохранение

А также параметры, для которых выявлены сильные связи с двумя основными параметрами:

X04 - Сегодняшнее стремление к отдыху, восстановлению сил

X07 - Сегодняшнее стремление к обеспечению личной безопасности

X10 - Сегодняшнее стремление к семейному кругу, поддержке родителей

X11 - Сегодняшнее стремление к достижению успехов в жизни

X18 - Количество детей

X20 - Желаемое количество детей при всех созданных для этого условиях

X22 - Количество детей (должно быть) в нормальной российской семье

X27 - Оценка социальной ситуации в населённом пункте в настоящее время

X32 - Оценка состояния в населённом пункте – образование

Линейные зависимости связывают между собой следующие три параметра (три сильные связи):

X12 - Сегодняшнее стремление к поддержанию здоровья

X04 - Сегодняшнее стремление к отдыху, восстановлению сил

X07 - Сегодняшнее стремление к обеспечению личной безопасности

Линейные зависимости не только являются малой частью всех сильных зависимостей, но и часто не дают исследователю глубокой и содержательной информации, выявляя в основном простые и легко прогнозируемые зависимости. Это актуализирует принятие синергетической парадигмы в социологической науке, направленной на изучение нелинейных эффектов.

Рассмотрим конкретные, допускающие содержательную интерпретацию нелинейные зависимости, в которых задействованы два основных тематических параметра (X12 и X33). Заметим, что параметры, характеризующие стремление к поддержанию здоровья и оценку состояния здравоохранения в населённом пункте, в основном выступают как причины (независимые переменные), влияющие на другие параметры, т.к. силы связи обратных зависимостей незначительны (в отличие от линейных зависимостей, где математически причина и следствие не определяются).

1. Зависимость параметра «Количество детей (должно быть) в нормальной российской семье» (X22) от параметра «Сегодняшнее стремление к поддержанию здоровья» (X12) в виде сравнительных весомостей параметра X22 для триад по шкале X12:

Триады по шкале X12	Сравнительная весомость параметра X22 для триад
X12-3	-114
X12-2	-3211
X12-1	247

Коэффициент силы связи = 0.56 (0.17)
Коэффициент корреляции = -0.09

Перед нами типичная зависимость с симметричным минимумом. Стремление к поддержанию здоровья влияет на оценку респондентов «Каким должно быть количество детей в нормальной российской семье». Причем когда стремление к поддержанию здоровья находится на стадии активного формирования (или неопределенности), находится на среднем уровне, мы наблюдаем резкое уменьшение оценки «Каким должно быть количество детей в нормальной российской семье» (сравнительная весомость = -3211). Обратная зависимость слабая (0.17). Линейная корреляция вообще близка к нулю (-0.09).

Аналогична по форме следующая зависимость:

2. Зависимость параметра «Сегодняшнее стремление к поддержанию здоровья» (X12) от параметра «Сегодняшнее стремление к семейному кругу, поддержке родителей» (X10) в виде сравнительных весомостей параметра X12 для кварт по шкале X10:

Кварты по шкале X10	Сравнительная весомость параметра X12 для кварт
X10-4	69
X10-3	-110
X10-2	-4052
X10-1	-99

Коэффициент силы связи = 0.60 (0.34)
Коэффициент корреляции = 0.24

Стремление к поддержанию здоровья сильно зависит от стремления к семейному кругу, поддержке родителей, при этом на второй кварте имеем сильный минимум (-4052).

3. Зависимость параметра «Желаемое количество детей при всех

созданных для этого условиях» (X20) от параметра «Сегодняшнее стремление к поддержанию здоровья» (X12) в виде сравнительных весомостей параметра X20 для кварт по шкале X12:

Кварты по шкале X12	Сравнительная весомость параметра X20 для кварт
X12-4	60
X12-3	-2289
X12-2	-139
X12-1	3226

Коэффициент силы связи = 0.59 (0.09)
Коэффициент корреляции = -0.16

Желаемое количество детей при всех созданных для этого условиях максимально (+3226) на первой квартире (низкий уровень) стремления к поддержанию здоровья. С увеличением стремления к поддержанию здоровья наблюдается резкое уменьшение желаемого количества детей и на третьей квартире достигает наименьших значений (-2289). Высокий уровень (4 кварта) стремления к поддержанию здоровья способствует некоторому повышению зависимого параметра (+60). Обратная зависимость крайне слабая (0.09). Таким образом, только стремление к поддержанию здоровья влияет на желаемое количество детей, но не наоборот. Причем следует отметить, что желаемое количество детей (при всех созданных для этого условиях) максимально определяют в своих оценках те респонденты, которые не заботятся поддержанием своего здоровья.

4. Зависимость параметра «Количество детей» (X18) от параметра «Оценка состояния в населённом пункте – здравоохранение» (X33) в виде сравнительных весомостей параметра X18 для кварт по шкале X33:

Кварты по шкале X33	Сравнительная весомость параметра X18 для кварт
X33-4	2029
X33-3	-50
X33-2	-2918
X33-1	-113
Коэффициент силы связи = 0.58 (0.21)	
Коэффициент корреляции = 0.19	

Если не принимать во внимание первую кварту оценки состояния в населённом пункте здравоохранения, количество детей у респондентов прямо зависит от оценки состояния в населённом пункте здравоохранения. Но первая кварта влияет на коэффициент корреляции, и он не представляет интереса (0.19). Наблюдается эффект, когда первая реакция на улучшение состояния здравоохранения уменьшает количество детей (обратная реакция), и только высокая оценка состояния здравоохранения способствует увеличению количества детей.

5. Зависимость параметра «Оценка социальной ситуации в населённом пункте в настоящее время» (X27) от параметра «Оценка состояния в населённом пункте – здравоохранение» (X33) в виде сравнительных весомостей параметра X27 для кварт по шкале X33:

Кварты по шкале X33	Сравнительная весомость параметра X27 для кварт
X33-4	2975
X33-3	355
X33-2	-3976
X33-1	-1029
Коэффициент силы связи = 0.74 (0.48)	
Коэффициент корреляции = 0.26	

Если не принимать во внимание первую кварту оценки состояния в

населённом пункте здравоохранения, когда социальная ситуация не оценивается как минимальная, мы наблюдаем прямую зависимость оценки социальной ситуации от оценки состояния здравоохранения. Но первая кварта, как и в предыдущей зависимости, влияет на коэффициент корреляции. Низкая оценка здравоохранения способствует далеко не самой низкой оценке социальной ситуации в населённом пункте в настоящее время.

Аналогична по форме следующая зависимость:

6. Зависимость параметра «Сегодняшнее стремление к достижению успехов в жизни» (X11) от параметра «Оценка состояния в населённом пункте – здравоохранение» (X33) в виде сравнительных весомостей параметра X11 для кварт по шкале X33:

Кварты по шкале X33	Сравнительная весомость параметра X11 для кварт
X33-4	2472
X33-3	-509
X33-2	-1783
X33-1	835

Коэффициент силы связи = 0.51 (0.17)
Коэффициент корреляции = 0.10

Можно также отметить прямую зависимость стремления к достижению успехов в жизни от оценки состояния здравоохранения, если не рассматривать первую кварту независимого параметра «Оценка состояния в населённом пункте – здравоохранение». Низкая оценка здравоохранения (1 кварта) способствует достаточно высокой оценке стремления к достижению успехов в жизни.

7. Зависимость параметра «Сегодняшнее стремление к обеспечению личной безопасности» (X07) от параметра «Оценка состояния в населённом пункте – здравоохранение» (X33) в виде сравнительных весомостей

параметра X07 для кварт по шкале X33:

Кварты по шкалеX33	Сравнительная весомость параметра X07 для кварт
X33-4	827
X33-3	-3098
X33-2	314
X33-1	10
Коэффициент силы связи = 0.57 (0.05)	
Коэффициент корреляции = 0.04	

В зависимости стремления к обеспечению личной безопасности от оценки состояния в населённом пункте здравоохранения наблюдается глубокий минимум на третьей квартире независимого параметра. Таким образом, повышение оценки состояния в населённом пункте здравоохранения резко снижает стремление к обеспечению личной безопасности (-3098). Но высокий уровень оценки состояния в населённом пункте здравоохранения опять резко повышает стремление к обеспечению личной безопасности (827).

8. Зависимость параметра «Оценка состояния в населённом пункте – здравоохранение» (X33) от параметра «Оценка состояния в населённом пункте – образование» (X32) в виде сравнительных весомостей параметра X33 для кварт по шкале X32:

Кварты по шкалеX32	Сравнительная весомость параметра X33 для кварт
X32-4	237
X32-3	3470
X32-2	787
X32-1	-6380
Коэффициент силы связи = 0.98 (0.88)	
Коэффициент корреляции = 0.48	

Мы рассмотрели четыре зависимости, когда оценка состояния здравоохранения в населённом пункте была причиной изменения других параметров. Теперь перед нами единственная зависимость, когда оценка состояния здравоохранения зависит от другого параметра, а именно от оценки состояния образования в населённом пункте. Зависимость очень сильная (сила связи 0.98). С 1 по 3 кварталы наблюдается сильная прямая связь, сравнительная весомость растёт с (-6380) до (3470). Но в дальнейшем высокий уровень оценки состояния образования способствует резкому спаду оценки состояния здравоохранения (с 3470 до 237). Хотя сильная общая возрастающая динамика сохраняется (237 значительно больше -6380).

Идеалами научного знания в классической науке служили простота, линейность, полное исключение неопределённости (случайности). Эта жестко детерминистическая картина мира – так называемый лапласовский детерминизм – осознаётся с точки зрения нашего времени как чрезмерно упрощённая теоретическая схема. Хотя многие стереотипы классически ориентированного разума – стереотипы линейного мышления – не изжиты до сих пор.

Приведённые выше результаты также позволяют говорить о возможности новой синергетической парадигмы в социологической науке, направленной на изучение нелинейных эффектов социальных систем. **Нелинейная социология** – это новый подход к изучению социологических явлений, ставящий своей главной задачей изучение специфически нелинейных свойств социальных явлений.

В любом социологическом исследовании желательно отслеживать одновременно **в единой системе мер связи** зависимости между всеми парами изучаемых параметров, причем, это должны быть и линейные, и простейшие нелинейные связи (значительно обогащающие линейную тривиальность детерминистского подхода), что позволяет сделать наш метод, основанный на сознательном игнорировании предварительного выдвижения

гипотез о форме зависимости отдельно для каждой пары переменных, что делает его достаточно универсальным и результативным.

В социологии представлены преимущественно нелинейные системы и без синергетического (нелинейность и т.д.) представлений их изучение будет значительно упрощено, т.к. половина (или более) наиболее интересной и неочевидной информации будет утеряна, пропущена. А линейные зависимости часто тривиальны и предсказуемы заранее логикой исследования.

Линейное мышление может быть опасным в нелинейной сложной реальности; терпеть неудачу в установлении правильных прогнозов.

Библиографический список

1. *Басимов М.М.* Изучение статистических связей в психологических исследованиях: Монография. Москва-Воронеж, 2008. с. 432.
2. *Басимов М.М.* Демографические планы жителей региона как объект синергетики // Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Вып. 6. Часть 2. Редкол.: Пивоваров Ю.С. (отв. Ред.) и др. – М.: ИНИОН РАН. 2011. – С. 195-203.
3. *Князева Е.Н., Курдюмов С.П.* Основания синергетики. Синергетическое мировидение. М.: КомКнига, 2005. с. 240.
4. *Князева Е.Н., Курдюмов С.П.* Основания синергетики. Человек, конструирующий себя и свое будущее. М.: КомКнига, 2006. с. 232.
5. *Mainzer K.* Thinking in Complexity. The Complex Dynamics of Matter, Mind, and Mankind. Berlin: Springer-Verlag, 1994. – P. 13.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ И ГОРОДСКОГО СООБЩЕСТВА ПО ВОПРОСАМ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАЦИИ: КОММУНИКАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ (НА МАТЕРИАЛАХ ИССЛЕДОВАНИЯ В Г. ИВАНОВО)

Введение

Человеко-средовые интеракции являются одним из важнейших аспектов комплексного социального анализа здоровьесбережения нации. В современном урбанизированном обществе возрастает роль города как локального социального и социокультурного сообщества, в том числе и по данному вопросу. С одной стороны, в городах сосредоточена основная инфраструктура здоровья (медицинские и спортивно-оздоровительные учреждения), реклама на городских улицах и проспектах призывает к здоровому образу жизни (с акцентом на его телесную составляющую), но, с другой стороны, как отмечала Т.М. Дридзе, «города первыми сигнализируют о социальном здоровье нации», т.е. о проблемах, «с которыми сталкиваются в городах дети, подростки и их семьи: бедность, вандализм, алкоголизм, наркомания и преступность, при несостоятельности социально-защитной, правоохранительной (в том числе судебной) и здравоохранительной деятельности, неэффективности систем социализации и жизнеобеспечения...» [1, с. 32].

С позиции методологии универсальной диагностики истоки социальных пороков (бедности, наркомании и т.д.) лежат, прежде всего, не в социально-экономической, а в духовной области, в сфере того, что в христианстве называется смертными грехами (лень, тщеславие и т.п.) [2].

Вопросы духовного здоровья актуализируются в связи с процессом десекуляризации, ведущим к восстановлению и усилению социальной роли

религиозных институтов и социокультурной значимости вероучительных традиций, ценностей и норм [3]. В результате общество приобретает постсекулярный характер [4]. Суть концепции постсекулярного общества Ю. Хабермаса, вызывающей активные междисциплинарные обсуждения [5, 6], состоит в том, что 1) доминирующая секулярная среда вынуждена считаться с существованием религиозных сообществ и публично признавать их функциональный вклад в воспроизводство желательных для общества мотивов и установок; 2) религиозным и светским менталитетам необходимо взаимодействовать по решению спорных, публично обсуждаемых проблем [7, с. 106-107].

Таким образом, в нынешних условиях из человеко-средовых интеракций нельзя исключать религиозную составляющую. Однако в соответствии с экоантропоцентрическим подходом Т.М. Дридзе нужно учитывать, что для социального познания изначальны не конфессиональные группы (равно как этнические, возрастные, профессиональные и т.п.) «с предписанными им типовым или среднестатистическим сознанием и поведением, как бы "распадающиеся" на своих отдельных "представителей", а люди, которые, осуществляя свой собственный выбор и/или делая его под давлением среды, сами образуют такие группы и общности» [1, с. 15].

По результатам опроса исследовательской службы «Среда» в рамках проекта «АРЕНА» (Атлас религий и национальностей РФ), проведенного в 2012 г. в 79 субъектах РФ, N=56900 чел., 41 % россиян исповедуют православие и принадлежат к Русской Православной Церкви [8, с. 11]. При этом нужно иметь в виду, что православная идентичность россиян – феномен многослойный и многоуровневый. Отечественные социологи делают акцент на этнической стороне православной идентификации, на традиционном самоопределении русского народа как православного [8, 10, 11]. Однако это самоопределение происходит в условиях секулярного общества потребления, в котором конфессиональная (в том числе православная) самоидентификация может сочетаться с увлечением магией, астрологией, оккультизмом, которое

распространяется под влиянием рекламы в массмедиа соответствующих услуг [12, с. 37], а у верующих в ближайшем окружении существует проблема социального отчуждения как «других» [13].

Поэтому необходимо не только фиксировать факт принадлежности к РПЦ, но и «разобраться в том, *что* ищет человек в церкви и ищет ли, что он от нее ждет и что находит, какую роль этот институт (как и религия в целом) играет в его повседневной, социальной жизни, с одной стороны, а с другой – что сама российская церковь несет в современном мире человеку и – шире – обществу, меняет ли она человека и общество...» [14, с. 65]. А, стало быть, вопрос о роли РПЦ в оздоровлении нации в целом и городской среды, в частности, нужно решать в аспекте ее взаимодействия как с церковным, так и внецерковным сообществом.

Описание исследования

Проблема взаимодействия РПЦ и городского сообщества по вопросам оздоровления нации исследовалась в ходе анкетного опроса, который был проведен в апреле-мае 2013 г. в г. Иваново – в русском городе по этническому составу его жителей; столице субъекта РФ, входящего в ЦФО – в российский регион с наибольшей долей населения, исповедующего православие и принадлежащего к РПЦ (51%) [8, с. 148].

Анкета включала пять блоков: 1) социально-демографические характеристики респондентов; 2) их отношение к религии; 3) когнитивный аспект проблемы (представления респондентов о внутрицерковной и социальной деятельности РПЦ, ее границах и возможностях); 4) оценочный аспект (оценка духовной и социальной роли РПЦ); 5) деятельностно-практический аспект (практики и установки на участие в социальных программах РПЦ).

Выборка (стратифицированная непропорциональная) составила 200 чел. Были опрошены равные доли мужчин и женщин (по 100 чел.) и

возрастных групп (18-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет, 60 лет и старше) – по 40 чел.

Полевой этап исследования проводила И.Е. Озерова.

Результаты исследования

Все опрошенные – русские.

Половина респондентов состоит в зарегистрированном браке (50,5% - 57% мужчин и 44% женщин). Никогда не состояли в браке 20% респондентов (23% мужчин и 17% женщин). Состоят в незарегистрированном браке 9% опрошенных (7% мужчин и 11% женщин). Разведены и не состоят в браке 11,0% респондентов (7% мужчин и 15 % женщин); вдовствующих респондентов 9,5% (6% мужчин и 13% женщин).

Каждый второй опрошенный имеет высшее образование (46% мужчин и 56% женщин).

По роду занятий в выборке представлены следующие категории: 1) учащиеся - 7%; 2) одновременно учатся и работают - 7%; 3) работающие на предприятиях с различной формой собственности, в учреждениях, фирмах и т.п. – 54,5%; 4) неработающие пенсионеры -12%; 5) работающие пенсионеры - 16,5%; 6) временно неработающие и неработающие – 3%.

По самооценкам материального положения преобладают те, кто живёт в достатке, но иногда приходится экономить (53%).

В определении отношения респондентов к Богу было выявлено, что 31% респондентов (18% мужчин и 44% женщин), каждый второй в возрасте 50-59 лет верит в Бога и не испытывает в этом никаких сомнений; колеблющихся между верой и неверием 29% (равные доли мужчин и женщин), менее всего в возрасте 50-59 лет; верят не в Бога, а в высшую силу 14% (16% мужчин и 12% женщин), в основном в возрасте до 29 лет; не верят в Бога 6,5% опрошенных (9% мужчин, 4% женщин) несколько чаще в возрасте старше 60 лет; в качестве агностиков себя определили 4,5% респондентов (8% мужчин, 1% женщин), все в возрасте до 60 лет; 10%

респондентов затруднились с ответом; 5% указали свои варианты: «Есть вера, а Бога может и не быть»; «Мистик, своё мировоззрение»; «Богов много» и др.

При рассмотрении конфессиональной принадлежности респондентов было выявлено, что большинство опрошенных причисляют себя к православию (57%, из них 47% мужчин и 67% женщин) как верующие, так и сомневающиеся, неверующие и агностики. Христианами без конфессиональной принадлежности считают себя 11,5% респондентов (13% мужчин и 10% женщин), каждый четвертый из них не верит в Бога, в основном это представители группы старше 60-ти и ни одного среди тех, кому 40-49 лет. Не относят себя ни к какой религии и не считают себя верующими 11% опрошенных (17% мужчин и 5% женщин), меньше всего в возрасте 30-39 лет, но каждый третий в предыдущем вопросе указал, что в Бога верит. Верующими без конфессии являются 10,5% (11% мужчин, 10% женщин), половина из них в возрасте 30-49 лет и среди агностиков по отношению к Богу. Язычниками себя определили 2% (все верят в некую высшую силу); протестантами – 1,5%; 6,5% дали свои ответы («своя собственная вера», «верю в личность», «космотеизм+язычество») или затруднились ответить.

Раз в месяц или чаще ходят в храм (молитвенный дом и т.п.) 9% респондентов; несколько раз в год – 28%; один-два раза в год – 16%; реже, чем раз в год – 27%; никогда не ходят в храм – 20% респондентов. Почти половина неверующих бывают в храме или ином культовом здании.

Каждый второй респондент (47%) молится только в трудных ситуациях; не молятся никогда – 30%; 10% молятся один раз в день; 11% - несколько раз в день, причем даже те, кто не верит в Бога. Но в целом частота молитв коррелирует с частотой хождения в храм.

Ключевой индикатор практикующего православного – совершение причастия. Каждую неделю причащается 0,5% респондентов; каждый месяц

– 1%; несколько раз в год – 3%; один раз в год – 4%; реже, чем раз в год – 22%; никогда не причащаются – 69%, в том числе 58,8% православных.

Таким образом, для большей части респондентов с православной идентичностью институциональные церковные нормы не являются базовыми детерминантами при соотнесении с конфессией. В целом картина мировоззренческих самоопределений среди опрошенных русских жителей города Иваново весьма многообразна.

Почти половина респондентов (44%) считают, что роль РПЦ в жизни общества такая, какой и должна быть; 16,5% опрошенных определяют роль «меньше, чем хотелось бы»; 15% – «больше чем, хотелось бы»; 7,5% решили, что РПЦ не играет никакой роли; 6% – слишком большую роль; 11% затрудняются ответить.

Каждый четвертый респондент видит в РПЦ прежде всего религиозную организацию, которая служит посредником между Богом и человеком, или зданием, где собираются верующие; для 14% (10% мужчин и 18% женщин) Церковь – это хранительница культурно-исторического наследия России; для 12% (18% мужчин и 6% женщин) – предпринимательская организация, ориентированная на получение выгоды: столько же опрошенных (13 мужчин и 11 женщин) считают ее властной структурой, сотрудничающей с государством; 11% (9% мужчин и 13% женщин) – местом взаимопомощи, поддержки и милосердия, по 7% – организацией, бескорыстно служащей людям, и душой русского народа; затруднились с ответом 2,5%.

Значительное большинство опрошенных (83,5%, 80% мужчин и 87% женщин, от 2/3 молодых респондентов до 29 лет до 90% тех, кому за 60 лет) интересуются информацией о деятельности РПЦ. Половина респондентов в основном получают ее через телевидение, 11,5% (никого старше 60-ти лет) – через Интернет.

В настоящее время РПЦ, также как и другие конфессиональные сообщества в России развивает социальное служение [15]. В научной литературе его определяют как духовно-практическую деятельность

религиозных общностей, направленную на оказание бескорыстной помощи нуждающимся на основе милосердия и благотворительности [16], как главную форму гражданской активности институциональных церковных структур и верующих [17]. В рамках методологии Т.М. Дридзе его следует рассматривать как субъект-субъектную коммуникативно-познавательную и материально-практическую деятельность по оздоровлению социальной и социокультурной среды и живущих в ней людей. Через социальное служение Церковь больше узнает об обществе, церковных и внецерковных людях, расширяет социальные контакты и помощь, а люди легче избавляются от стереотипных представлений в отношении Церкви и верующих и вовлекаются в социально значимые виды деятельности, что позитивно влияет на их самочувствие. Инструментарий подобных исследований сам выполняет определенную просветительскую функцию, т.е. социологи также включаются в эту диалоговую (или полиалоговую) деятельность.

Опрос подтвердил гипотезу о слабой информированности ивановцев о доктринальных и практических аспектах социального служения РПЦ. Так, о базовом церковном документе («Основах социальной концепции Русской Православной Церкви» [18]) ничего не знают 68,5% всех респондентов и 67,5% православных; знакомы с текстом соответственно лишь 4,5% и 5,3%. Такая же доля респондентов (при 6,1 % православных) знают о православных общественных организациях, действующих на территории города Иваново, и лишь 2% смогли назвать конкретную организацию и указать деятельность, которую она осуществляют, а именно - организацию «Колыбель», члены которой занимаются преабортными консультациями в городских больницах совместно с врачами и социальной реабилитацией (прежде всего, воссоединением семей), оказанием материальной и психологической помощи женщинам с детьми, находящимся в сложной жизненной ситуации [19, с. 104.].

Средствами для социальной деятельности РПЦ респонденты чаще всего считают деньги от продажи икон, книг, нательных крестов и др. (37,5%), а также частные пожертвования (36,5%). На основной источник (продажу церковных свечей) указали 28% респондентов и 31,6% православных. 14% опрошенных и 8,8% православных в качестве источника финансирования церковных программ назвали бюджетные средства.

Об опыте участия в церковной благотворительности сообщил каждый пятый опрошенный ивановец и каждый четвертый православный. Однако тех, кто когда-либо подавал милостыню намного больше – 73,4% всех респондентов и 77% православных. Кроме того, 26% респондентов жертвовали игрушки, вещи и т.п. детским приютам, домам; 20,5% участвовали в сдаче крови; 18% покупали товары на акциях, средства которых перечислялись на благотворительные цели и т.д. В целом практически все респонденты (92%) имеют опыт (персональный или через участие в организованных акциях) по оказанию материальной и моральной поддержки другим людям.

Все направления социальной деятельности РПЦ опрошенные горожане считают важными, но наиболее значимыми считают программы помощи престарелым и инвалидам, антиалкогольные и антинаркотические программы, детские программы, тюремное служение, медицинские программы и др.

Отрицают общественную результативность данных программ 14,5% всех опрошенных и 12,3% православных; полагают, что РПЦ должна заниматься исключительно духовными, а не социальными проблемами, соответственно - 21,5% и 14,0%; это коррелирует с тем, что наиболее эффективными социальные программы РПЦ респонденты признают в деле укрепления моральных ценностей (милосердия, сострадания) – 41% и 52,6%, а также увеличения количества прихожан (18,5% и 21,1%).

Наиболее эффективными в оказании социальной поддержки, по мнению 36% респондентов, являются государственные и муниципальные

органы социальной защиты населения; добровольцы (волонтеры) вне зависимости от веры (22%), православные социальные учреждения (приюты, центры и т.п.) – 20%, честные благотворители – 17,5%. Наименее эффективными опрошенные ивановцы считают некоммерческие общественные организации и фонды (8,5% по массиву и 3,5% православные), православные приходы (6,0% и 9,6%) и православные монастыри (4,0% и 7,0%). Однако сама Церковь социальному служению на приходском уровне и в монастырях придает большое значение [20].

Каждый третий респондент справедливо полагает, что социальная поддержка должна быть направлена на всех нуждающихся, независимо от веры, но каждый пятый не смог дать определенный ответ.

Половина респондентов считают, что самостоятельная инициатива верующих в области церковной социальной деятельности - это долг каждого верующего; четвертая часть оценивает ее положительно, если она не противоречит Священному Писанию; о том, что она не приносит никаких результатов, считают 5%, а о том, что верующие не должны действовать самостоятельно, без благословения священника – 2,5%. Однако в официальных документах РПЦ указывается на то, что не только православные общественные организации, но «и все общественно активные православные христиане призываются к тому, чтобы, бережно храня церковное единство, согласовывать свою публичную позицию со священноначалием, прежде всего правящим архиереем, а в необходимых случаях – с общецерковными структурами» [21].

Почти 1/5 всех респондентов, 24,5% православных, 37,5% людей старше 60 лет при 8,3% в возрасте 30-39 лет, 19% мужчин и 29% женщин хотели бы участвовать в социальных программах РПЦ.

Выводы:

Основными коммуникативными барьерами для эффективного взаимодействия РПЦ и городского сообщества по вопросам оздоровления нации являются:

- слабая включенность горожан в церковную жизнь;
- лишь каждый десятый считает церковь местом взаимопомощи, поддержки и милосердия;
- жители г. Иваново слабо информированы о доктринальных и практических аспектах социального служения РПЦ, его объектах и субъектах, основных направлениях, источниках финансирования;
- горожане почти не вовлечены в церковно-социальную работу;
- жесткая иерархичность в организации социального служения РПЦ.

Перспективы взаимодействия Церкви и горожан по указанной проблеме определяются следующими моментами:

- более половины опрошенных имеют православную самоидентификацию;
- почти 2/3 респондентов позитивно оценивают социальную роль РПЦ и каждый второй осознает ее значимость для духовного здоровья нации;
- значительное большинство опрошенных интересуется деятельностью РПЦ;
- практически все респонденты имеют опыт (персональный или через участие в организованных акциях) по оказанию материальной и/или моральной поддержки другим людям;
- все основные направления социального служения РПЦ опрошенные ивановцы считают важными;
- 3/4 респондентов признают их позитивные результаты.

Библиографический список

1. Дридзе Т.М. Две новые парадигмы для социального познания и социальной практики // Социальные коммуникации и социальное управление в экоантропоцентрической семиосоциопсихологической парадигмах / Отв. ред. Т.М. Дридзе. В 2 кн. Кн. 1. М.: ИС РАН, 2000. С. 5-42.
2. Немировский В.Г. Универсумная диагностика российского общества. Красноярск: Б. и., 2001. 176 с.
3. The Desecularization of the World: Resurgent Religion and World Politics / Ed. by P. Berger. Washington: Ethics and Public Policy Center. 1999. 143 p.
4. Habermas J. Die Dialektik der Säkularisierung. URL: **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки..**eurozine.com/articles/2008-04-15-habermas-de.html (дата обращения: 03.06.2013).
5. Postsäkulare Gesellschaft: Perspektiven interdisziplinärer Forschung / Hg. von W. Schweidler. Freiburg; München: Verlag Karl Alber, 2007. 437 S.
6. Discoursing the Post-secular: Essays on the Habermasian Post-secular Turn / Ed. by P. Losonczi, A. Singh. Münster: LIT Verlag, 2010. 178 p.
7. Хабермас Ю. Между натурализмом и религией: Филос. ст. М.: Весь мир, 2011. 336 с.
8. Арена: Атлас религий и национальностей РФ. М.: Исслед. служба «Среда», 2012. 240 с.
9. Вера. Этнос. Нация. Религиозный компонент этнического сознания / Отв. ред. М.П. Мchedlov. М.: Культурная революция, 2009. 400 с.
10. Рыжова С.В. Этническая идентичность в контексте толерантности. М.: Альфа-М, 2011. 280 с.
11. Синелина Ю.Ю. Возвращение русских к православию // Русский вопрос / Под ред. Г. В. Осипова, В. В. Локосова, И. Б. Орловой. М.: Экономика, 2007. С. 183-191.
12. Дубин Б.В. Массовая религиозная культура в России (тенденции и итоги 1990-х годов) // Вестник общественного мнения. 2004. № 3. С. 35-44.

13. *Лексин В.Н.* «Другие»: верующие и неверующие в повседневной жизни // Мир России. 2008. № 1. С. 147-188.

14. *Зоркая Н.А.* Православие в безрелигиозном обществе // Вестник общественного мнения. 2009. № 2. С. 65-84.

15. Социальное служение Русской Православной Церкви: Сб. науч. тр. / Под ред. И. Астэр, В. Галушко. СПб.: С.-Петербург. гос. ин-т психологии и социальной работы, 2011. 208 с.

16. *Антонова О.И. Костина Н.Б. Сторчак В.М.* Социальное служение. М.: ИД «АТИСО», 2012. 156 с.

17. *Белова Т.П.* Религия как институт гражданского общества. Иваново: Ин-т управления, 2012. 108 с.

18. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. М.: ОВЦС МП, 2001. 128 с.

19. *Белова Т.П.* Женское православное общественное движение в современной России // Женщина в российском обществе. 2011. № 2. С. 100-107.

20. О принципах организации социальной работы в Русской Православной Церкви. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1401894.html> (дата обращения: 05.02.2011).

21. Общественная деятельность православных христиан. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1400931.html> (дата обращения: 03.02.2011).

НАРКОТЕСТИРОВАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ

Наркотестирование, как мера профилактики наркомании среди студенческой молодежи, в 2013 году набирает новые обороты. Всё большее количество регионов России и вузов подключаются к реализации этого антинаркотического мероприятия. При этом, местные органы власти стремятся на законодательном уровне урегулировать вопрос об обязательном наркотестировании учащихся как средней, так и высшей школы. В Москве, например, депутаты городской Думы в первом чтении уже приняли законопроект, регламентирующий вопросы добровольного тестирования школьников, несколько ранее, в 2012 году Правительством Свердловской области было принято постановление «Об организации тестирования студентов высших учебных заведений на наличие психоактивных веществ». В данном документе, который носит рекомендательный характер, менеджменту вузов рекомендовано проводить ежегодное тестирование студентов на употребление наркотических средств.

Тестирование (пока также добровольное) проводится и в других регионах, так, например, в Чувашии в университете имени И.Н. Ульянова добровольное психологическое и медицинское тестирование на употребление наркотиков выявили желание пройти на начало 2012 года пятьсот студентов с различных факультетов университета. Попытки внедрения положения об обязательном тестировании студентов на наркотики предпринимались и в Перми (однако прокуратура опротестовала подобные законодательные нововведения). Приведенные примеры не исчерпываются перечисленными регионами, в той или иной степени деятельность по внедрению тестирования проводится если не во всех, то в большинстве регионов России. Так, например, в ближайшем будущем можно ожидать

активизации процесса тестирования в Татарстане, где в марте 2013 года Президент республики Р. Минниханов высказался в поддержку обязательного наркотестирования студентов вузов. Здесь важно сказать, что опыт таких мероприятий в регионе имеется, поскольку в апреле 2013 года на употребление наркотиков через процедуру тестирования должно было пройти более 13 тысяч кандидатов в волонтеры Универсиады-2013 (среди которых, прежде всего, студенты вузов).

В целом, оценка наркотестирования (особенно в среде государственных чиновников) очень позитивна, примером чего могут послужить высказывания ряда представителей официальных структур, например, начальник отдела межведомственного взаимодействия в сфере профилактики Управления наркоконтроля Республики Татарстан В. Герасимова сказала: «Добровольное тестирование на наркотики является мощным средством профилактики, и опыт доказал необходимость его применения». Схожие суждения можно встретить в речи депутата Московской городской Думы Л. Стебенковой. По её мнению «Добровольное тестирование на наркотики является эффективной профилактической мерой, опыт применения которой в ряде российских регионов показал положительный результат». Думается, что подобные (уже давно высказываемые) идеи, а также ссылки на результаты социологических опросов [1], согласно которым граждане готовы поддержать введение обязательного ежегодного теста на употребление наркотиков, а также общая неудовлетворительная ситуация с наркопотреблением (и многие другие факторы) послужили толчком к подписанию главой государства в июне 2013 года Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного (немедицинского) потребления наркотических средств и психотропных веществ». Согласно этому документу в РФ вводится система раннего выявления употребления обучающимися в образовательных организациях, реализующих программы общего и профессионального

образования, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача. Речь фактически идет об узаконении процедуры наркотестирования учащейся молодежи.

Однако среди специалистов как отечественных, так и зарубежных [2] до сих пор нет однозначной положительной оценки эффективности этой меры. В зарубежной научной литературе убедительно доказывается насколько сильно могут отличаться результаты тестов на употребление ПАВ, проводимые разными исследователями, лечебными учреждениями, даже если в основе ПАВ может лежать одно и то же вещество (например, марихуана). Так, Paul L. Cary справедливо пишет, что количество дней после прекращения курения марихуаны, необходимых для того, чтобы каннабиноиды стали не обнаруживаемыми при использовании традиционных методов тестирования на наркотики является предметом дискуссий среди токсикологов, судебно-медицинских экспертов, учёных [3].

В этой связи возникает вопрос о целесообразности этого профилактического мероприятия, на которое выделяются значительные денежные средства, а убедительных сведений доказывающих его эффективность до сих пор не получено. Поэтому, в этой ситуации стоило бы вспомнить о большем превентивном потенциале таких мер как, например [4]:

- Консультативные. Организация индивидуальных и групповых консультаций с учащимися и преподавателями по вопросам девиантного поведения и решению проблем, вызванных им. Подобные меры вполне могут найти свою реализацию в рамках работы психологической службы любого учебного заведения;

- Образовательно-методические. Практические действия, связанные с проведением для учащихся и преподавателей просветительских семинаров, тренингов, круглых столов о природе девиантного поведения, способах его профилактики, разработка и издание памяток, брошюр, плакатов, акцент на использование социальной рекламы;

- Социологический мониторинг. Проведение регулярных социологических опросов с целью уточнения распространения негативных тенденций в среде учащейся молодежи и их динамики. Наличие социологических опросов и служб, их проводящих, есть показатель профессиональной культуры современного учебного заведения.

Вполне вероятно, что перечисленные меры профилактического характера имеют отсроченный результат действия в будущем, но они менее финансово затратные (чем, например, диагностические процедуры, связанные с наркотестированием), находят прямой отклик в сознании учащихся, в них заложен огромный позитивный потенциал и возможно они более результативны, чем разрекламированное и непозволительно дорогостоящее наркотестирование.

Библиографический список

1. Из школьников дурь выбьют добровольно URL: <http://www.gazeta.ru/social/2012/12/12/4888889.shtml> (дата обращения: 02.06.13).
2. *Pidd Ken, Roche Ann* Workplace drug testing: why the controversy. Of Substance. Vol. 7, № 3, 2009. P.18.
3. *Cary Paul L.* The marijuana detection window: determining the length of time cannabinoids will remain detectable in urine following smoking. A critical review of relevant research and cannabinoid detection guidance for drug courts. Nationaldrugcourtinstitute.. Vol. IV, №2. April 2006. P.1
4. *Белоусов К.Ю.* Социальный контроль девиантности в среде студенческой молодежи // Вестник Орловского государственного университета. 2012. No5(25). С.126.

Н.В. Беспалая,
Министерство стратегического развития,
инвестиций и внешнеэкономической деятельности
Краснодарского края, Краснодар

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ КОНЦЕПЦИИ «ОБЩЕСТВА РИСКОВ» В ПРОЦЕССЕ ТРАНСФОРМАЦИИ И МОДЕРНИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ.

Социальным актором модернизационного процесса в России является средний класс, который пополняется и изменяет свою структуру. Он состоит из представителей сферы науки и НИОКР, сфер здравоохранения и образования, масс-медиа и коммуникаций, маркетинга, рекламы, программистов, специалистов в области информационных технологий. Перед нами предстает многочисленный класс образованных и квалифицированных работников, объединенных социальными информационными сетями. Они способны использовать свой доступ к информации, знаниям, ресурсам и умениям, чтобы регулировать глобальные и локальные процессы в своих собственных интересах.

Это следует иметь в виду при рассмотрении сверхсложных систем в социальных науках, стремящихся изучить свойства и реакции человеческого общества, чтобы выявить определенные тенденции и оценить их устойчивость [1]. Характерной особенностью социальных систем является то, что их функционирование связано с деятельностью человека и социальных групп, которые весьма трудно поддаются научному моделированию. Это обусловлено тем, что здесь «в качестве главных компонентов рассматриваются люди (в статусе социальных единиц) и образованные ими различного рода общности (цивилизации, национальности, движения, партии, трудовые коллективы, семьи и т.п.)» [2, с. 101].

Следует отметить, что в исследованиях общества на Западе сейчас используется постмодернистская социология (хотя существует и множество других социологических подходов, парадигм и теорий). «В 80-90-х годах XX в. в социологии оформилась проблематика «постмодерна», отмечает Н.Л. Полякова. - Она была связана с осознанием того факта, что все многообразные изменения, развернувшиеся в последней четверти XX в., имеют столь радикальный и новаторский характер, что для понимания их природы и их нового качества требуется создание совершенно новой социологической понятийности» [3, с. 340].

Дело в том, что современный человек должен постоянно адаптировать свое собственное поведение к быстро изменяющимся условиям жизни. Каждый индивид может «состоять» из четырех-пяти личностей, каждая из которых имеет ту или иную определенную цель [4, с. 15]. Перед нами сложная научная проблема множественности «Я» [5, с. 15], которая с разных сторон рассматривается в сборнике эссе «Множественное Я» [6]. Она обусловлена стремлением объяснить рациональный и индивидуальный характер принятия решения и поведения человека в социальном, экономическом, политическом, правовом и культурном полях социума.

Данную гипотезу *множественного «Я»* подтверждает психопрактика современной культуры, которая по своей сути оказывается «постмодернистской». В условиях глобального информационного общества человек ощутил, что его «Я» (его личность) становится мозаичным, несфокусированным и неспособным отличать правду от вымысла [7, с. 345]. В таком случае «тотальность как таковая устарела и настал черед раскрепощения частей» [8, с. 18], что не правомерно трактовать как патологическую диссоциацию. Ведь тогда эвристическим характером обладает голографическая метафора: подобно голограмме (каждая часть которой содержит изображение целого объекта) в каждой части личности находится вся личность целиком. Отечественный психолог О.И. Генисаретский в связи с этим пишет: «Человек больше самого себя

(трансперсонален), потому что он меньше самого себя (субперсонален)» [8]. Это означает неактуальность диалогических концепций межличностных и культурных коммуникаций, социально-психологических концепций ролевого взаимодействия, так как в современной культуре на первый план выдвинулся концептуальный анализ «частей личности». Этот концептуальный анализ занимается исследованием феномена субличностной психопрактики. Вполне естественно, что специалисты в области современной психологии и психотерапии акцентируют внимание на *субличностном разнообразии*: «Микроструктуры личностной самореализации, идентифицируемой в терминах «субличностей», «субмодальностей» сенсорного, аффективного и когнитивного опыта, – это те реальности постмодернистской психопрактики, которые теперь напрямую – минуя уровень целостной личности – наделяются культурными значениями и культуротворческими функциями» [8]. Следовательно, в настоящее время психологи и психотерапевты способны «работать» с произвольными и генерируемыми композициями частей личности (следует помнить, что их множество). Это дает возможность создавать пространство для творческого проектирования роста личности, что имеет немалое значение в креативной деятельности сотрудников предприятия, так как оно определяет специфику его экономического поведения в контексте индивидуализированного общества [9].

Следует иметь в виду, что постмодернистской социологии противостоит теория позднего модерна, или радикализованного модерна, Э. Гидденса в условиях глобализации. «Процесс глобализации модерна трансформирует «внутреннюю жизнь» человека и его идентичность. Трансформация идентичности в современных условиях может быть понятной только в терминах конструирования Я, самости, в качестве рефлексивного проекта» [3, с. 362]. Данный рефлексивный проект Я заключается в выборе человеком своей идентичности из ряда стратегий, которые выработаны абстрактными системами. Существенным здесь является то, что

рефлексивность Я «охватывает и сферу телесности индивида, так как тело – это часть индивидуальной системы действий, а не ее пассивный объект» [3, с. 363].

С этим положением сопряжена идея креативности социального действия социолога Х. Йоаса, согласно которой «человек творит действие в ходе самого этого действия» [10]. Здесь речь идет о социальном действии человека, которое носит креативный характер благодаря его автономности, интенциональности и контролю над собственным телом. «Другими словами, обоснование креативности через интенциональный характер человеческого действия, специфическую телесность и изначальную социальность человеческой способности к действию обращает социальную теорию к *специфической субъектности* актора... Креативность – шаг навстречу субъектности, – не той, которая мыслится в терминах полной автономности и «собственнического индивидуализма», но той, которая укоренена в антропологии и культурных традициях не меньше, чем в специфических особенностях субъекта» [10, с. 26]. Именно эта идея креативности социального действия индивида объясняет особенности экономического поведения предприятия, где активную и решающую роль играет именно человек как носитель тех или иных социокультурных традиций и менталитета.

Вместе с тем, существующая концепция общества рисков показывает, что вся деятельность современного социума пронизана рисками, которые порождены этой деятельностью. Так как экономическое поведение предприятия осуществляется в нелинейном по своему характеру глобальном информационном обществе и нелинейной мировой финансовой экономике, то это служит источником и обычных малых «рисков», и значительных по своим последствиям рисков («мегарисков»). Известный английский социолог Э. Гидденс пишет в связи с этим следующее: «Понятие риска становится центральным в обществе, которое прощается с прошлым, с традиционными способами деятельности, которое открывается для неизведанного будущего»

[11, с. 109]. Иными словами, в определенном аспекте современное информационное общество – это **общество рисков**, для которого характерна система рисков, так как во всех значимых областях жизнедеятельности социума эти риски являются органической частью социального целого.

В своей фундаментальной монографии «Общество риска. На пути к другому модерну» У. Бек следующим образом характеризует это свойство риска современного глобального информационного общества: «Наднациональной неуловимости модернизационных рисков соответствует способ их распространения. Их невидимость практически не дает потребителям возможности выбора. Они – «продукты, которые носят на спине», их проглатывают и вдыхают *вместе* с другими продуктами. Они – *«безбилетные пассажиры» нормального потребления*. Они путешествуют с ветром и водой. Они таятся в каждом предмете и в каждом человеке, они минуют все обычно очень строго контролируемые охранные зоны модерна с самым необходимым для жизни – воздухом, которым мы дышим, с пищей, одеждой, предметами домашней обстановки и т.п. В отличие от богатства, которое притягивает, но может и отталкивать, в отношении которого всегда необходим и возможен выбор, риск и вредные воздействия прокрадываются повсюду имплицитно, не признавая свободного (!) выбора» [12, с. 48]. Такая природа рисков в современном глобальном информационном обществе служит возможностью для появления новой предопределенности, своего рода «цивилизационной аскриптивности» риска. Поскольку эти риски тесно связаны с модернизацией, то они неотделимы от принятия решений относительно развития общества и экономики. В большинстве случаев эти риски принимает «эпидемический характер», т.е. они становятся «мегарисками», которые присущи информационному обществу (обществу знаний, «постиндустриализм») и которые содержат в себе спектр потенциально опасных ситуаций.

Именно то, что современное глобальное информационное общество вошло в зону «мегарисков» носит принципиальный характер для понимания

специфики экономического поведения предприятий и корпораций. Ведь обществу рисков присущ катастрофизм, «high-consequence risks», «мегариски», как квалифицирует современная наука сопутствующие «постиндустриализму» и крайне опасные для общества последствия [12, с. 107, с. 117, с. 130; 13, с. 166-167]. Это объясняет тот эмпирический факт, что категория риска отсутствует в классическом категориальном аппарате социальной философии и социологии; понятие риска не содержится в ткани проекта современного гражданского общества, которое считается самым лучшим из изобретенного человечеством за всю его историю [14].

Теперь является устаревшим клише мышления, согласно которому всегда риску подвергается предприниматель в силу природы своей деятельности, так как в глобальном информационном обществе вся деятельность человека пронизана категорией риска. В «обществе рисков» каждый индивидуум и каждая социальная группа находится в зоне «мегарисков», тем более это относится к предприятию, состоящему из одного индивида, малой фирмы («компаний-блох»), крупной «корпорации-слона».

Таким образом, под сомнение ставится строго рациональная природа человеческого поведения, а вместе с этим и рациональная природа экономического поведения предприятия и корпорации. Точная калькуляция всех событий и поступков не оставляет места риску, он возникает вместе с непредсказуемостью и неопределенностью будущего. Во многих сферах общества риск приобретает институциональный характер, т.е. выступает неотъемлемой частью социума. Рост корпуса знания, особенно научно-экспертного знания, влечет за собой значительный эффект в виде осознания риска в современном рискогенном мире, что приложимо ко всем сферам человеческой деятельности, в том числе и к рискам в системе финансовой безопасности [15, с. 63-64].

Концепция общества рисков имеет непосредственное отношение к реалиям современной России, которая находится в процессе трансформации,

и в которой модернизация рассматривается как проект национального спасения. «Назревшая модернизация требует стратегического согласия в обществе. Просматривается общая точка отсчета: задача **смены вектора** развития – преодоление избыточной зависимости от экспорта сырья с выходом в экономику знаний, наукоемких производств, высоких технологий и интенсивных инноваций» [16, с. 13]. Такого рода модернизация России носит кардинальный характер, так как смена социума с ресурсного на инновационный соизмерима со сменой общественно-экономических формаций. Все это делает современную Россию «обществом рисков», так как существует ряд факторов, а именно: во-первых, факторы социально-экономического порядка; во-вторых, факторы идейно-политического характера; в-третьих, факторы влияния глобализации; в-четвертых, факторы современного состояния международных отношений [17, с. 84-85].

Следует иметь в виду, что существуют определенные возможности решения проблемы «общества рисков», которые представляют собою наличие темпорального ресурса, необходимого для решения стоящих перед Россией проблем, и сформулированной концепции модернизации нашей страны.

Известный отечественный социолог Ю.Г. Волков подчеркивает, «что креативный класс по определению занимает лидирующие позиции в общественной и экономической жизни» [18, с. 31]. Здесь нужно иметь в виду, что в процессе перехода от индустриального общества к постиндустриальному (информационному) обществу творчество становится креативностью и имеет массовый характер, что способствует развитию ИЧР в той или иной стране. Социологическая значимость креативного класса заключается в следующем: «В социологии Новейшего времени, которая придает значение культурным аспектам общественной жизни, динамичности социальных отношений, креативный класс воплощает, с одной стороны, переход к новым формам социальности, признание роли творческого труда в качестве приоритетного в жизни общества. И с другой стороны, динамизм, в описании которого мы часто не можем полагаться на традиционные социальные деления и различия» [19, с. 158]. Все это имеет непосредственное отношение к специфике экономического поведения предприятий и корпораций, так как в контексте динамичности развивающегося и постоянно изменяющегося глобального информационного общества ведущую роль играет креативный характер сотрудников предприятия и корпорации.

Библиографический список

1. *Левашов В.К.* Социально-политическая устойчивость общества // Вестник Российской академии наук. 2011. Том 81. № 12.
2. *Новосельцев В.И., Тарасов Б.В., Голиков В.К., Дёмин Б.Е.* Теоретические основы системного анализа. М., 2006. С.101.
3. *Полякова Н.Л.* XX в. в социологических теориях общества. М., 2004. С. 340.
4. *Винсент Л.* Легендарные бренды: раскрытые рекламные мифы, в которые поверил весь мир. М., 2004. С. 15.
5. *Руффлер М.* Игры внутри нас: психодинамические структуры личности. М., 1998. С. 15
6. The Multiple Self / Ed. By J. Elster. Cambridge. 1987.
7. *Уэбстер Ф.* Теории информационного общества. М., 2004. С. 345.
8. Психология и новые идеалы научности // Вопросы философии. 1993. № 5. С. 18.
9. *Бауман З.* Индивидуализированное общество. М., 2005.
10. *Горностаева М.В.* Креативность социального действия по Х. Йоасу – постулаты и пределы // Социс. 2010. № 6. С. 23; Йоас Х. Креативность действия. СПб., 2005.
11. *Гидденс Э.* Судьба, риск и безопасность // Thesis. 1994. N5. С. 109.
12. *Бек У.* Общество риска. На пути к другому модерну. М., 2000.
13. *Бек У.* От индустриального общества к «обществу риска» // Thesis. 1994. № 5.
14. *Геллнер Э.* Условия свободы. Гражданское общество и его исторические соперники. М., 1995.
15. *Якобсон В.В.* Указ. соч. С. 63-64.
16. Обретение будущего: Стратегия 2012. Конспект. М., 2011. С. 13.
17. *Чебанов С.* Россия: общество рисков? //Мировая экономика и международные отношения. 2011. № 10. С. 84-85.
18. *Волков Ю.Г.* Креативная личность в культурно-историческом контексте. Ростов-на-Дону. 2011. С. 31.
19. *Волков Ю.Г.* Креативность: исторический прорыв России. М., 2011. С. 158.

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ НА ИХ ТРУДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ

В ходе социологических исследований, осуществленных сектором изучения повседневной деятельности и бюджета времени на промышленных предприятиях в годы реформ, определялись место здоровья среди основных жизненных ценностей и оценки состояния здоровья рабочих. Выяснилось, что в течение 1990-х и в начале 2000-х годов наблюдался рост ценности здоровья. Здоровье в иерархии основных жизненных ценностей переместилось на второе место. На первом месте – семья, ее материальное благополучие, воспитание детей. Труд на предприятии - на третьем месте. Отдых, развлечения, общение с родственниками, знакомыми – на четвертом месте. Оценки состояния здоровья в 1990-е годы снижались и, хотя и повысились в 2000-е годы¹⁴, но не достигли уровня 1986 года. В 1986 г. - 3,7 балла, а в 2007 г. - 3,5 балла¹⁵ [1]. В 2007 г. доля рабочих, оценивших свое здоровье, как хорошее и отличное, составляла 46%, как удовлетворительное – 49%, как плохое и очень плохое – 5% от всех опрошенных. Эти цифры близки к данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ¹⁶ за 2007 г. для работников 7 и 8 профессиональных групп по ISCO88, проживающих в городских поселениях. Соответственно: хорошее и очень хорошее здоровье – 37%, среднее здоровье,

¹⁴ Выявленная тенденция совпадает с тенденцией для всего населения России, зафиксированной в РМЭЗ НИУ ВШЭ [2].

¹⁵ Состояние своего здоровья рабочие оценивали по 5 - балльной шкале: очень плохое (1 балл), плохое (2 балла), удовлетворительное (3 балла), хорошее (4 балла) и отличное (5 баллов). В ходе анализа 5 – балльная шкала укрупнялась до трехчленной шкалы: очень плохое и плохое здоровье, удовлетворительное здоровье, хорошее и отличное здоровье.

¹⁶ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (RLMS-HSE) проводится совместно НИУ ВШЭ и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле (США) и Института социологии РАН.

не хорошее, но и не плохое – 58%, плохое и очень плохое здоровье – 4,9%. Между ценностью здоровья и оценкой состояния здоровья фиксировалась обратная связь. В 2003 г. здоровье в качестве основной ценности жизни называли 82% рабочих, имеющих плохое и очень плохое здоровье, 66% рабочих, имеющих удовлетворительное здоровье, и 48% рабочих, имеющих хорошее и отличное здоровье. В 2007 г. здоровье в качестве основной ценности жизни называли 71% рабочих, имеющих плохое и очень плохое здоровье, 62% рабочих, имеющих удовлетворительное здоровье, и 49% рабочих, имеющих хорошее и отличное здоровье.

В научной литературе отмечалось, что «в условиях экономического кризиса, резкого падения жизненного уровня население пренебрегает требованиями сохранения здоровья, конвертируя его в источник повышения материальной обеспеченности и используя как инструмент для выживания» [3]. Осуществленный нами ранее анализ здоровья как социального ресурса рабочих показал, что «...здоровье, несомненно, является тем социальным ресурсом, который позволяет рабочим адаптироваться в трансформирующемся обществе и повышать свой (своей семьи) социальный статус» [4, с.237].

Основными задачами вторичного исследования, результаты которого представлены в настоящей работе, являлись:

- анализ взаимосвязей между оценками состояния здоровья и оплачиваемой трудовой деятельностью;
- анализ взаимосвязей между оценками состояния здоровья и свободным временем;
- анализ взаимосвязей между оценками состояния здоровья и удовлетворенностью жизнью в целом.

Эмпирическая база: данные двух исследований, проведенных в 2000-е гг. на трех крупных машиностроительных предприятиях в Пскове, Брянске и

Кирове. В обоих исследованиях выборка включала 417 рабочих в трудоспособном возрасте¹⁷.

В табл. 1 представлены данные, которые позволяют рассмотреть взаимосвязи между оценками состояния здоровья и некоторыми показателями труда на основной работе и вторичной занятости.

Таблица 1

Оценки состояния здоровья и трудовая деятельность рабочих

Показатели трудовой деятельности	Очень плохое и плохое здоровье		Удовлетворительное здоровье		Хорошее и отличное здоровье	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
Численность опрошенных, чел.	34	21	236	204	147	192
Удовлетворенность основной работой (средний балл)*	3,0	3,4	3,2	3,2	3,3	3,2
Доля рабочих, выразивших желание уйти на другую работу (%)	35	29	44	37	48	50
Имеют постоянную дополнительную работу (%)	3	0	4	5	11	4
Имеют подработки(%)	15	15	17	17	25	22
Усталость после работы (средний балл**)	2,1	2,4	2,6	2,8	3,2	3,1
Доля рабочих, которые обычно чувствуют себя очень уставшими по окончании рабочего дня (%)	50	33	22	17	12	5

Примечания:

*Средний балл определялся по ответам на вопрос: «В какой степени Вас удовлетворяет основная работа в целом?», в котором использовалась 5-балльная шкала: «Совершенно не удовлетворяет» (1 балл), «Скорее не удовлетворяет, чем удовлетворяет» (2 балла), «Частично удовлетворяет, частично нет» (3 балла), «Скорее удовлетворяет, чем нет» (4 балла), «Полностью удовлетворяет» (5 баллов).

¹⁷ Исследования проведены под руководством В.Д. Патрушева. Автор статьи принимала активное участие в обоих исследованиях.

**** Средний балл определялся по ответам на вопрос «Как Вы обычно чувствуете себя по окончании рабочего дня?», в котором предусматривались следующие варианты ответа: «Очень уставшим (ей)» – 1 балл, «Уставшим (ей)» – 3 балла и «Не уставшим (ей)» - 5 баллов.**

Как выяснилось, удовлетворенность основной работой за 2003-2007 годы увеличилась в группе рабочих с очень плохим и плохим здоровьем, осталась неизменной в группе рабочих с удовлетворительным здоровьем и несколько уменьшилась в группе рабочих с хорошим и отличным здоровьем. В 2007 г. рабочие двух последних групп, выделенных по состоянию здоровья, были удовлетворены основной работой в меньшей степени, чем рабочие первой группы. Потенциальная текучесть рабочих растет с улучшением оценки состояния своего здоровья. Доля рабочих, выразивших желание уйти на другую работу, среди рабочих с очень плохим и плохим здоровьем была меньше аналогичного показателя для рабочих с хорошим и отличным здоровьем в 2003 г. в 1,4 раза, а в 2007 г. в 1,7 раза. Хорошее и отличное здоровье, по-видимому, расширяет возможности трудоустройства рабочих, имеющих хорошее и отличное здоровье, на формирующемся рынке труда. О правомерности такого вывода свидетельствуют, в частности, и следующие данные. В 2007 г., отвечая на вопрос «Как Вы думаете, если бы Вы сейчас искали себе работу, то найти подходящую для Вас работу было бы ...», большинство (68%) рабочих с очень плохим и плохим состоянием здоровья выбрали варианты ответа «Довольно трудно» и «Очень трудно». Данные варианты ответа выбрали только 45% рабочих с удовлетворительным здоровьем и лишь 30% рабочих с хорошим и отличным здоровьем. Заметим, что в последнем исследовании половина рабочих с хорошим и отличным здоровьем в ходе опроса выразили желание уйти с предприятия.

Проведенный анализ выявил относительно тесные взаимосвязи между состоянием здоровья и вторичной занятостью рабочих. В 2003 г. доля рабочих, имеющих постоянную дополнительную работу или приработки, была вдвое больше в группе рабочих с хорошим и отличным здоровьем по

сравнению с группой рабочих с очень плохим и плохим здоровьем. В 2007 доля рабочих, имеющих постоянную дополнительную работу или приработки, была в 1,8 раза больше в группе рабочих с хорошим и отличным здоровьем по сравнению с группой рабочих с очень плохим и плохим здоровьем. В последнем исследовании дополнительная работа занимала на прошлой неделе у рабочих с хорошим и отличным здоровьем почти вдвое больше времени, чем у рабочих с очень плохим и плохим здоровьем (8,0 и 4,3 часа). В 2007 г. в качестве причины отсутствия приработков назвали «Здоровье, возраст не позволяют работать дополнительно» 53% рабочих, имеющих плохое и очень плохое здоровье, 18% рабочих, имеющих удовлетворительное здоровье, и только 3% рабочих, имеющих хорошее и отличное здоровье. Выяснилось, что оценка состояния здоровья влияет и на место размещения фактической или желаемой дополнительной работы. В 2003 г. рабочие с очень плохим и плохим состоянием здоровья были ориентированы, в первую очередь, на работу на дому (60%). На дополнительную работу на своем предприятии ориентировалась треть (33%), а на дополнительную работу на другом предприятии только 7% таких рабочих. Совершенно иная картина наблюдалась в группе рабочих с хорошим и отличным здоровьем. На работу на дому были ориентированы 36%, на дополнительную работу на своем предприятии 30%, а на дополнительную работу на другом предприятии - 34% рабочих. В 2007 г. на работу на дому были ориентированы 34%, на дополнительную работу на своем предприятии 24%, а на дополнительную работу на другом предприятии 36% рабочих с хорошим и отличным здоровьем¹⁸.

Ранее уже отмечалось, что на оценку состояния здоровья, кроме возраста и пола рабочих, влияют, в той или иной степени, оценки усталости по окончании рабочего дня, оценки питания, материального положения, медицинского обслуживания, удовлетворенность тем, как проводят

¹⁸ Сумма не равна 100%, так как 6% рабочих назвали другое место размещения дополнительной работы.

свободное время, жилищными условиями, величиной свободного времени, бытом в целом. В обоих исследованиях выявлена прямая связь между чувством усталости по окончании рабочего дня и оценкой состояния здоровья (коэффициент Крамера в 2003 г. - 0,296, в 2007 г. - 0,169). При этом в 2003 г. оценка усталости после работы, судя по коэффициенту Гудмена и Краскала, равному 0,106, оказывала наибольшее влияние на оценку состояния здоровья по сравнению с оценками других сторон повседневной жизни рабочих [4, с.235-236]. В 2003 г. среди опрошенных, очень уставших по окончании рабочего дня, рабочих с хорошим и отличным здоровьем было в 1,7 раза меньше, чем среди опрошенных, уставших по окончании рабочего дня, и в 4,4 раза меньше, чем среди опрошенных, не уставших по окончании рабочего дня. В 2007 г. среди опрошенных, очень уставших по окончании рабочего дня, рабочих с хорошим и отличным здоровьем было в 2,6 раза меньше, чем среди опрошенных, уставших по окончании рабочего дня, и в 3,2 раза меньше, чем среди опрошенных, не уставших по окончании рабочего дня.

Усталость после работы сказывается на распространенности тех или иных занятий в свободное время и на планах по расходованию свободного времени в случае его значительно увеличения. Например, в 2003 г. занимались физкультурой и спортом почти каждый день лишь 10% рабочих, которые чувствовали себя очень уставшими по окончании рабочего дня, и втрое больше (31%) рабочих, которые не чувствовали себя уставшими по окончании рабочего дня. Усталость после работы оказывает влияние на частоту посещения учреждений культуры и отдыха. Так, за последние 12 месяцев посещали кинотеатры 70%, театры 58%, музеи 45 %, учреждения физкультуры и спорта 61% тех рабочих, которые не чувствовали себя уставшими по окончании рабочего дня, и только 28, 35, 22% тех рабочих, которые чувствовали себя очень уставшими, по окончании рабочего дня. Не занимаются физкультурой и спортом половина рабочих очень устающих по окончании рабочего дня, и только треть рабочих, не устающих по окончании

рабочего дня (данные за 2003 г.). В случае значительного увеличения свободного времени, очень устающие по окончании рабочего дня по сравнению с не устающими по окончании рабочего дня и в 2003 г., и в 2007 г. хотели бы реже расходовать свободное время на досуг вне дома (посещение кинотеатров, театров и других зрелищ, занятия спортом и туризмом). Если среди опрошенных, не устающих по окончании рабочего дня, доля ориентированных на досуг вне дома за 4 года выросла в 1,3 раза, то среди опрошенных, очень устающих по окончании рабочего дня, доля ориентированных на посещение кинотеатров, театров и других зрелищ снизилась в 1,3 раза, а на занятия спортом и туризмом - в 1,8 раза. В 2003 г. очень устающие по окончании рабочего дня в 1,2 раза чаще, чем не устающие по окончании рабочего дня, предпочитали расходовать время дома на просмотр передач по телевидению. В 2007 г. интерес к этому занятию в свободное время снизился и среди очень устающих и среди не устающих по окончании рабочего дня (табл.2).

Таблица 2

Занятия, на которые предпочли бы рабочие расходовать свое свободное время, если бы оно значительно увеличилось (% от всех опрошенных)

Виды занятий в свободное время	2003		2007	
	Очень уставшие по окончании рабочего дня	Не уставшие по окончании рабочего дня	Очень уставшие по окончании рабочего дня	Не уставшие по окончании рабочего дня
Численность опрошенных, чел.*	85	40	52	38
Посещение кинотеатров, театров и других зрелищ	31	38	23	50
Занятия спортом и туризмом	31	38	17	50
Просмотр передач по телевидению	31	23	12	11

Примечание: Численность опрошенных не равна 417 человек, поскольку в таблице не представлена группа рабочих, уставших по окончании рабочего дня.

Судя по данным, приведенным в табл. 3, удовлетворенность величиной свободного времени и тем, как проводят свободное время, наибольшая в группе рабочих с хорошим и отличным здоровьем в обоих исследованиях. Нельзя не отметить, что удовлетворенность величиной свободного времени резко снизилась за четыре года в группе с удовлетворительным здоровьем и в группе с хорошим и отличным здоровьем. Данный факт можно объяснить, по-видимому, изменениями в предпочтениях рабочих. Если в 2003 г. в данных группах по состоянию здоровья доля рабочих, которые предпочли бы иметь меньше свободного времени, но более продолжительную работу (основную и дополнительную), чтобы больше зарабатывать, превышала 50%, то в 2007 г. такие рабочие перестали быть модальными группами. Такими группами стали рабочие, которые предпочитали иметь существующую продолжительность оплачиваемой работы и свободного времени. В 2007 г. в группах рабочих с удовлетворительным и хорошим и отличным состоянием здоровья несколько увеличилась доля рабочих, которые предпочитали иметь больше свободного времени при меньшей продолжительности работы (основной и дополнительной) и меньшем заработке. Они составляли в 2007 г. соответственно 8% и 7% от всех опрошенных в данных группах по состоянию здоровья. Как выяснилось, за четыре года произошло существенное снижение ценности труда на предприятии, и наблюдался рост ценности отдыха, развлечений, общения с родственниками, знакомыми. Эти ценности в качестве основных ценностей жизни называли соответственно в 2003 г. 45 и 24%, а в 2007 г. 25 и 31% всех опрошенных рабочих.

Таблица 3

Оценки состояния здоровья и свободное время рабочих

Показатели свободного времени	Очень плохое и плохое здоровье		Удовлетворитель ное здоровье		Хорошее отличное здоровье	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
Численность опрошенных, чел.	34	21	236	204	147	192
Удовлетворенность величиной свободного времени (средний балл)*	2,9	3,1	3,5	3,0	3,7	3,2
Удовлетворенность тем, как проводят свободное время (средний балл)*	3,2	3,5	3,2	3,3	3,6	3,6
Доля рабочих, которые предпочли бы иметь существующую продолжительность оплачиваемой работы и свободного времени (%)	72	75	43	50	37	49
Доля рабочих, которые предпочли бы иметь меньше свободного времени, но более продолжительную работу (основную и дополнительную), чтобы больше зарабатывать (%) **	21	25	51	42	60	44
Иметь больше свободного времени при меньшей продолжительности работы (основной и дополнительной) и меньшем заработке (%)	7	0	6	8	3	7
Удовлетворенность жизнью в целом (средний балл)**	2,9	3,5	3,3	3,1	4,2	3,5
Доля рабочих, удовлетворенных жизнью (4 балла +5 баллов)	20	40	36	32	68	47

Примечания: * Средний балл вычислялся по 5-балльной шкале: « Совершенно не удовлетворен (а)» - 1 балл, « Не очень удовлетворен (а)» - 2

балла, « Частично удовлетворен (а), частично нет» -3 балла, « В основном удовлетворен (а) – 4 балла, « Полностью удовлетворен (а)» - 5 баллов.

**** Средний балл** вычислялся по 5 -балльной шкале: «Совершенно не удовлетворен (а)» - 1 балл, « Скорее не удовлетворен (а), чем удовлетворен (а)» - 2 балла, « Частично удовлетворен (а), частично нет» -3 балла, « Скорее удовлетворен (а), чем нет»— 4 балла, « Полностью удовлетворен (а)» - 5 баллов.

В обоих исследованиях зафиксирована статистически значимая связь между оценками состояния здоровья, измеренными по трехчленной шкале, и удовлетворенностью жизнью в целом (коэффициенты Крамера - 0,238 и 0,152). Однако прямая связь между состоянием здоровья и удовлетворенностью жизнью в целом обнаружена только в 2003 г. Установлено, что удовлетворенность жизнью в целом влияет на оценку состояния здоровья в большей мере, чем оценка состояния здоровья влияет на удовлетворенность жизнью в целом. Однако это влияние весьма слабое и к тому же вдвое снизилось за четыре года (коэффициенты Гудмена и Краскала соответственно 0,072 и 0,036).

Подводя итоги.

1. Оценка состояния здоровья рабочих обуславливает их возможности трудоустройства на формирующемся рынке труда. Рабочие, имеющие хорошее и отличное здоровье чаще, чем рабочие, имеющие удовлетворительное или плохое и очень плохое здоровье, вовлечены во вторичную занятость. Большинство таких рабочих уверены в том, что смогли бы найти подходящую работу, если бы искали ее сейчас.

2. Наиболее существенное влияние на оценку состояния здоровья среди оценок разных сторон повседневной жизни оказывает чувство усталости после окончания рабочего дня. Отсутствие чувства усталости после окончания рабочего дня, наряду со снижением ценности труда на предприятии и ростом ценности отдыха, развлечений, общения с родственниками, знакомыми, ведут к предпочтению в свободное время занятий вне дома, которые требуют больших затрат свободного времени.

Отсюда снижение удовлетворенности величиной свободного времени у рабочих, имеющих удовлетворительное или хорошее и отличное здоровье.

3. Между оценкой состояния здоровья и удовлетворенностью жизнью в целом, двумя важнейшими показателями социального самочувствия рабочих, наблюдается относительно тесная взаимосвязь. Однако влияние оценки состояния здоровья на удовлетворенность жизнью в целом уменьшается.

Библиографический список

1.Бессокирная Г.П. Условия жизнеобеспечения рабочих // Повседневная деятельность городских жителей в годы реформ: бюджет времени, ценности, тенденции (1986-2008) / Под общ. ред. Т.М. Карахановой. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2010. С.57.

2.Козырева П.М., Низамова А.Э., Смирнов А.И. Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994-2011 гг.) // Вестник Института социологии. 2013. №6. С.10.

3.Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.:МАКС Пресс, 2007. С.485.

4.Бессокирная Г.П. Основные ценности жизни и повседневной деятельности рабочих промышленных предприятий // Повседневная деятельность городских жителей в годы реформ: бюджет времени, ценности, тенденции (1986-2008) / Под общ. ред. Т.М. Карахановой. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2010. С.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА РОССИЙСКОГО ВРАЧА: ПОСТСОВЕТСКИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ

Нормы медицинской этики, преподаваемые студентам-медикам в соответствующих курсах и содержащиеся во многих медицинских текстах, формируют идеологию, показывающую, что значит быть «хорошим врачом» в данном обществе. Исследователи, занимающиеся социологией профессий, отмечают, что принципы врачебной этики являются даже более значимыми для профессионалов медиков, чем государственные приказы и нормативы [14]. Так, по мнению Эндрю Эбботта, именно следование правилам профессиональной этики определяет социальный статус специалиста как члена данного профессионального сообщества. Таким образом, положения медицинской морали в значительной степени влияют на порядок оказания медицинских услуг населению. Однако если проблематика создания и применения нормативно-правовых актов в сфере российского здравоохранения была достаточно подробно изучена в ряде исторических, социологических и экономических исследований [1, с. 52-85], то специфика отечественной медицинской морали получила слабое освещение в рамках социального знания.

Настоящее исследование призвано восполнить недостаток знаний в данной области. Его целью является изучение отечественной врачебной морали как социального феномена, задающего нормативные рамки взаимодействия врач-пациент. Особый интерес для меня представляет изучение тех трансформаций принципов врачебной морали, которые

произошли в контексте постсоветских социально-политических изменений (в частности, либерализации и коммерциализации здравоохранения).

Эмпирическая база исследования состоит из отечественных текстов по медицинской деонтологии и медицинской этике (специальных дисциплин, в рамках которых принципы врачебной морали разрабатывались в советское и постсоветское время). Для изучения были отобраны публикации, изданные после 1944 г. Поскольку общее количество таких публикаций весьма велико, в настоящей работе я сосредоточилась на рассмотрении «этапных» работ по медицинской деонтологии и этике – книг, написанных признанными врачами своего времени, а также учебников, вошедших в программу соответствующих курсов в медицинских вузах. Всего, руководствуясь данными критериями, было отобрано 25 изданий.

Этический кодекс профессиональной деятельности советского врача.

Проблематика врачебной морали была значима для советского здравоохранения, начиная с самого раннего этапа его развития. Врачебная мораль воспринималась как феномен неизбежно отражающий господствующие производственные отношения, политику и идеологию. В силу этого мораль советского врача неизбежно должна была отличаться от классовой морали буржуазных докторов. Первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко писал: «Этика советского врача – это этика советской социалистической Родины, это – этика строителя коммунистического общества, это – коммунистическая мораль, это истинно человеческая мораль, стоящая выше классовых противоречий. Вот почему мы не отрываем понятие о врачебной этике от высоких этических принципов Советского Союза» [8, с. 3].

Для того, чтобы подчеркнуть данное отличие советской врачебной морали от «буржуазной» медицинской этики в научный оборот был введен

специальный термин - «медицинская деонтология». Под медицинской деонтологией, в широком смысле слова, понималось учение о врачебном долге, долге перед больными, перед коллегами, перед страной и человечеством [13, с. 23]. Новая дисциплина была призвана сформировать морально-нравственный кодекс советского врача как общественного работника [8, с. 88], ориентированного на служение советскому народу, а не на защиту своих сословных и личных интересов.

Можно выделить ключевые особенности советской медицинской деонтологии как учения о нормативном поведении врача, сложившиеся в период с 1944 по 1990 г.г. В первую очередь, среди таких особенностей следует назвать прагматическую ориентацию медицинской деонтологии, ее связь повседневной работой врача и локальными контекстами взаимодействия с пациентами.

Медицинская деонтология основывалась на идее о том, что в работе врача ключевую роль играет специфичность учреждения, где он/она работает, особенности каждой болезни и каждого пациента. Исходя из этого, авторы, публиковавшие руководства по данной дисциплине, не стремились представить некий свод универсальных моральных правил, но давали ряд практических рекомендаций, приводя примеры из собственного опыта профессиональной деятельности. Врач и больной описывались в рамках данной дисциплины, прежде всего, как конкретные люди, находящиеся в ситуации соприсутствия. *«Больной – это всегда человеческая личность со всеми ее сложными переживаниями, а отнюдь не безличный случай»* – так известный советский хирург Н.Н.Петров описывал нормативное отношение к пациенту с точки зрения медицинской деонтологии [7, с. 20]. Следование стандартным схемам и универсальным нормам не одобрялось, воспринималось как признак «плохого» врача. Известный советский врач А.Ф.Билибин, заведующий кафедрой инфекционных болезней РГМУ (1950-1978), академик АМН СССР также весьма отмечал: «Врач, считающий, что

для своей работы нужно знать только инструкции, уже не врач [...] Он при всех обстоятельствах не должен превращаться в «научного робота» [2, с. 44].

Критикуя излишнюю стандартизацию и бюрократизацию, советская медицинская деонтология утверждала эмоциональную вовлеченность специалиста в свою работу, эмпатию в качестве мощного инструмента терапевтического воздействия. Данная дисциплина предлагала модель оказания врачебной помощи, где «врач как конкретная личность» лечит «пациента как конкретную личность». Подобное видение врачебного профессионализма можно, например, проследить в следующей цитате, постулирующей заботу в качестве ключевого элемента работы медика: *«На мой взгляд, проявление доброжелательного отношения к больному – важнейший элемент врачебного воздействия. Поэтому без него немислим профессионализм»* [11, с. 19].

Важно отметить, что модель оказания врачебной помощи, изложенная в руководствах по медицинской деонтологии, говорит не только о «правильном» поведении врача по отношению к пациенту, но и о «правильном» поведении пациента по отношению к врачу. Забота рассматривается как отношение между доктором и больным, когда доброжелательность и соучастие со стороны специалиста вызывают уважение и доверие со стороны человека, обратившегося к нему/ней за помощью. В учебнике по медицинской деонтологии А.Грандо мы можем встретить описание данной модели, когда любовь врача к пациенту и своему делу вызывает ответные доброжелательные чувства со стороны больного: *«Искусство врачевания в значительной степени определяется тем душевным общением врача с пациентом, в процессе которого в сердце больного человека пробуждаются доверие, надежда, любовь к врачу»* [4, с. 120].

Если руководства по медицинской деонтологии осуждают нечутких врачей, формально относящихся к своим обязанностям, то они также порицают и «грубых» пациентов, которые не отвечают признательностью на врачебную заботу. Такие пациенты определяются как «некультурные», «мещане», «невежественные люди». «Низкая культура некоторых пациентов сказывается в грубости, отсутствии чуткости к врачу, неуважении к высокой врачебной профессии» [6, с. 89] – читаем мы в книге академика И.А.Кассирского «О врачевании». Таким образом, в текстах по советской медицинской деонтологии медицинская деятельность определяется как сфера персонализированной патерналистской заботы/контроля со стороны врача и ответного внимания к специалисту, признания его авторитета со стороны пациента.

Анализируя руководства по медицинской деонтологии, можно также выделить следующие ключевые принципы данной дисциплины, заданные господствовавшими в обществе идеологическими установками. Прежде всего, здесь следует сказать об особенностях понимания такой важной для сферы здравоохранения категории, как «здоровье». Здоровье советского гражданина рассматривалось в официальном дискурсе не в качестве индивидуального блага, но в качестве одного из важнейших богатств страны и своеобразного ресурса, необходимого для ее индустриализации. «С точки зрения социальной ценности, здоровье – важнейший фактор развития производства и повышения производительности труда» – читаем мы в двухтомном издании по медицинской деонтологии [5, с. 11]. Ответственность за сохранение и преумножение этого специфического ресурса государство брало на себя. Точнее, оно делегировало ее отдельной группе своих представителей – медицинским специалистам. В результате, врачи воспринимались как государственные служащие, выполняющие долг перед Родиной, а не как наемные работники.

Советская медицинская деонтология в этой ситуации формировалась как холистическое учение о долге медработника перед больными, народом и государством. Врач в ней представлялся как тот, кто транслирует патерналистскую заботу государства своим пациентам. В качестве примера здесь можно привести определение медицинской деонтологии, изложенное в уже упомянутом выше сборнике под редакцией Петровского: *«Прежде всего деонтология понимается советскими медицинскими работниками как учение о долге, о высоком гуманном долге не только перед больным, но и перед народом. [...] Деонтология должна рассматриваться как наука о моральном, этическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу - заботе о здоровье человека»* [5, с. 21].

Таким образом, работа врача утверждалась в качестве совершенно особой профессиональной деятельности, в значительной степени подвергающейся морализации и политизации. От ее представителей ожидалось не просто выполнение своих должностных обязанностей, но самоотверженное служение. «Врачевание – сфера служения, а не обслуживания» – так образно была выражена данная мысль в одной из проанализированных книг [9, с. 47].

Либерализация медицинской этики в современной России

Начиная с 90-х годов прошлого века, в связи с либерализацией здравоохранения риторика медицинской деонтологии в руководствах для медицинского персонала стала сменяться риторикой медицинской этики или биоэтики. Б.Г.Юдин и П.Д.Тищенко отмечают в своей книге, что становление медицинской этики (биоэтики) как новой дисциплины, посвященной вопросам врачебной морали, было связано с рядом тенденций в развитии медицинской науки и общества в целом. К таким тенденциям они относят: 1) появление и распространение новых медицинских технологий; 2)

коммерциализацию медицины, восприятие ее как сферы услуг и соответствующее изменение требований к медицинским профессионалам; 3) развитие доктрины прав человека, новое понимание характера взаимоотношений врача и пациента [12, с. 11]. Далее я более подробно остановлюсь на том, какое влияние на медицинскую мораль оказала каждая из этих тенденций.

Рассматривая первую из них, связанную с развитием новых медицинских технологий, можно отметить очевидные перемены в тематическом содержании руководств, посвященных этическим проблемам медицины. Трансплантология, медицинская генетика, вспомогательные репродуктивные технологии – эти новые отрасли медицинской деятельности поставили перед практикующими врачами и учеными массу вопросов нравственного характера. Здесь стоит подчеркнуть, что если для деонтологических текстов было характерно обсуждение общих принципов взаимодействия врача и пациента, то медицинская этика сосредоточилась на рассмотрении того, как возможно принятие моральных решений в специфических проблемных ситуациях.

В качестве таковых в обычно выступают ситуации столкновения базовых принципов правового характера. Так, при решении вопроса об искусственном прерывании беременности право человека (зародыша) на жизнь вступает в противоречие с правом женщины на то, чтобы распоряжаться своим телом. При решении вопроса о том, следует ли сообщать тяжело больному пациенту всю правду о его состоянии, право человека на получение информации о своем здоровье вступает в противоречие с одной из ключевых обязанностей медработника - «не навреди». В этом смысле этические правила представляют собой своеобразный стандарт, показывающий, какому моральному требованию нужно отдать предпочтение в ситуации определенного типа. Читаем об этом

в одном из учебных пособий по медицинской этике для студентов медицинских вузов: *«...на уровне конкретных решений и поступков люди чаще всего действуют спонтанно, интуитивно, руководствуясь сложившимися стереотипами и прошлым опытом [...] Однако уже на этом уровне возникают ситуации, требующие морально осознанного выбора, и тогда для основания выбора требуется апеллировать к этическим правилам. Каждое из этих правил можно рассматривать как профессиональную, техническую норму деятельности врача»* [12, с. 37].

Обращаясь ко второму фактору, определившему перемены в врачебной морали, а именно к коммерциализации сферы здравоохранения, ее переходу от модели государственного патернализма к рыночной модели, можно вспомнить слова известного эстонского гастроэнтеролога, доктора медицинских наук Н.В.Эльштейна. В своей работе по медицинской деонтологии «Диалог о медицине», изданной в конце 80-х г.г. он писал следующее: *«Этика отношений между врачом и пациентом в капиталистическом обществе отражает в основном отношения продавца и покупателя»* [11, с. 9]. Действительно, медицинская этика, пришедшая на смену медицинской деонтологии, перестала рассматривать профессиональную деятельность врача как гражданское служение и подвиг. Оказание медицинской помощи начало восприниматься как один из видов услуг, а медицина стала определяться как *«тип социальных отношений, предполагающих определенные обязательства по обеспечению блага – это отношения между профессионалом, с одной стороны, и клиентом, пациентом, т.е. потребителем услуг профессионала, - с другой»* [12, с. 61].

Речь здесь уже не идет о заботе и соучастии как основании взаимодействия между врачом и больным. Оба они в современных учебниках по медицинской этике описываются как автономные и рациональные экономические акторы, стремящиеся максимизировать собственную пользу и минимизировать издержки. Медработник более не видится носителем

патерналистской государственной заботы. А само государство выступает уже не в качестве источника отеческой опеки о гражданах, но в роли внешнего гаранта прав и свобод равноправных участников взаимодействия.

Это позволяет нам перейти к третьей характерной черте современной российской медицинской этики – ее либеральной ориентации. Как уже отмечалось выше, особенностью этики, по сравнению с деонтологией, является акцент на специфических ситуациях реализации прав и обязанностей врача и пациента, а не на рутинных отношениях между ними. Медицинская этика в этом смысле представляет собой свод универсальных правил, дополнительных по отношению к существующему законодательству и построенных по схожей с ним схеме. Подобная природа положений врачебной этики подтверждается тем, что многие из них со временем утверждаются государством в качестве действующих законов, что трудно было бы представить по отношению к принципам деонтологии. О сходстве между нормами медицинской этики и законодательными нормами читаем в работе Д.Д.Венедиктова и Б.М.Чекнева из сборника «Биомедицинская этика»: *«И этика, и законодательство регулируют, в принципе, одни и те же вопросы – взаимные обязательства и права врачей, пациентов и общества по отношению друг к другу, условия оказания медицинской помощи, качество этой помощи, сроки, размеры и порядок вознаграждения за труд и другие вопросы [...] Этика опережает законы, законы закрепляют то, что уже сложилось и апробировано этикой»* [3, с. 24].

Обобщая, можно сказать, что, в отличие от медицинской деонтологии, медицинская этика является *«наукой о законах и правилах профессионального регулирования поведения медработников»* [13, с. 29]. В ее основе лежит либеральная идеология, утверждающая приоритет универсальных норм, индивидуальных прав и рыночной экономики. Моральный порядок, господствовавший в медицине ранее, критикуется как недостаточно

определенный, смутный, сводящийся к абстрактному морализаторству и нравоучительным рассуждениям [12, с. 29].

Библиографический список

1. *Бесстремянная Г. Е., Заборовская А. С., Чернец В. А., Шишкин С. В.* Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления. М.: Поматур, 2006
2. *Билибин А.* Горизонты деонтологии// Вестник АМН СССР. 1979. № 5.
3. *Венедиктов Д.Д., Чекнев Б.М.* Эволюция и горизонты этики здравоохранения// Биомедицинская этика. / Под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М.: Медицина, 2002.
4. *Грандо А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев: Выща школа, 1988.
5. *Деонтология в медицине* / Под ред. Б.В. Петровского. Т.1. М.: Медицина, 1988.
6. *Кассирский И.А.* О врачевании. М.: «Аслан», 1995.
7. *Петров Н.Н.* Вопросы хирургической деонтологии. Л.: Медгиз, 1956.
8. *Семашко Н.А.* Избранные произведения. М.: Медгиз, 1954.
9. *Сук И.С.* Врач как личность. М.: Медицина, 1984.
10. *Шилова Л.С.* Получение медицинских услуг и модернизация здравоохранения// Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики. / под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой и М.А.Ворон. М.: ООО "Вариант", 2009. С.52-85.
11. *Эльштейн Н.* Диалог о медицине. Таллин: Валгус, 1986.
12. *Юдин Б., Тищенко П.* Введение в биоэтику: учебное пособие. М.: Прогресс-Традиция, 1998.
13. *Яровинский М.* Лекции по курсу «Медицинская этика». М.: Медицина, 1999.

14. *Abbott A. Professional Ethics*// The American Journal of Sociology. 1983. Vol. 88, N. 5.; *Friedson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Medicine as Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988

ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: ЗДОРОВЬЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РИСКИ

В статье представлены результаты исследования «Образ жизни студентов: поведенческие риски», которое было осуществлено в рамках проекта «Наркотики «новой волны»: трансформация паттернов и практик наркопотребления в современной России. Социологический анализ»¹⁹. Интерес к данной когорте был определён тем, что молодые люди находятся сегодня в наиболее сложной ситуации – постоянно изменяющихся социально-экономических условиях. С одной стороны, студенты, подвергаясь влиянию различных факторов, в целом представляют собой сформировавшихся личностей. С другой, – жизненный опыт этой социальной группы еще небогат, а представления о морально-этических ценностях остаются достаточно гибкими.

Опрос проводился в нескольких регионах России по квотной многоступенчатой выборке. В данной работе для анализа были отобраны студенты очных отделений различных ВУЗов Москвы (N=400, доля юношей 56%, доля девушек 44%). Основными задачами исследования было проанализировать социальные установки молодежи по отношению к своему здоровью, а также деятельность по его поддержанию, рассмотреть связь между образом жизни и склонностью к рискованному поведению, в частности к таким поведенческим рискам как употребление алкоголя и наркотиков. Также одной из значимых задач являлась попытка рассмотреть такой параметр здоровья, как «психологическое благополучие» и его роль в формировании поведенческих стратегий по отношению к психоактивным веществам и самоохранительному поведению.

¹⁹Проект осуществлен при поддержке РФФИ № 12-06-00117-а

Студенческую молодежь принято рассматривать как переходный жизненный период от детства к взрослому состоянию. В этот период формируется база здорового образа жизни, духовная и нравственная основы личности, закладывается фундамент здоровья человека, его общей работоспособности и творческого долголетия. Как свидетельствует статистика и опыт различных неправительственных организаций, чем здоровее и счастливее молодежь в этот период, тем выше её возможности вносить продуктивный вклад в развитие социума в качестве молодых граждан, несмотря на негативные вызовы и социальные проблемы, которые им приходится наследовать. Однако на фоне улучшения некоторых демографических показателей в последние годы (рождаемость, продолжительность жизни) данные по заболеваемости молодых людей удивляют продолжающимся ухудшением²⁰ [1].

Годы в университете связаны со значительными требованиями, которые могут повлиять на здоровье и благополучие молодых людей. В период учёбы студенты сталкиваются с финансовыми ограничениями, большим объемом работы, происходит включение во все виды социальной жизни и овладение различными социальными ролями, усложняются критерии оценки себя как профессионала. Проблемы, связанные с особенностями возраста усугубляются психофизиологическим дисбалансом, наличием взрослых потребностей и желаний при отсутствии адекватных возможностей. На этом фоне значимым фактором тенденции изменения здоровья молодежи за последние десятилетия является изменение их образа жизни. Не только новые болезни и невысокий уровень гигиены, но и вредные привычки, стойкие поведенческие риски, небезопасное сексуальное поведение, несоблюдение норм личной безопасности вносят свой вклад в смертоносный коктейль, искажающий классическую картину здоровой молодежи.

²⁰Согласно медицинской статистике, за период 1990-2010 года общая заболеваемость населения (с диагнозом, установленным впервые в жизни) выросла на 20%, а у подростков 15-17 лет – на 245%, т. е. темпы роста в 12,2 раза выше, чем у населения в целом.

Самооценка здоровья является важным информативным показателем здоровья, позволяющим получить достаточно объективное представление не только о состоянии здоровья индивида в момент опроса и на перспективу, но и о его социально-психологическом благополучии [1]. Опрос показал, что молодые люди высоко оценивают значимость здоровья, декларируя его важной ценностью (92%). Лишь незначительная группа не думала об этом (6%), и для 2% здоровье не является ценностью совсем. При столь высоких оценках значимости, здоровыми себя считают менее половины опрошенных (47%). Еще 43% отметили, что есть некоторые проблемы со здоровьем, и каждый десятый имеет хронические заболевания. Традиционно юноши оценивают своё здоровье выше, чем девушки. «Здоровыми» себя считают 55% юношей и 40% девушек, имеющими «некоторые проблемы» назвали себя 40% юношей и 45% девушек. «Хронически больных» среди девушек в 3 раза больше (15%), чем среди юношей (5%).

Отнесение себя к группе «здоровых» или «больных» тесно связано с деятельностью, которую осуществляют студенты для поддержания своего здоровья. Согласно данным опроса, юноши и девушки придерживаются различных стратегий по сохранению здоровья. Причем, самооценка своего статуса как здоровья/нездоровья в большей степени связана с поведением студенток. В целом для мужчин характерны более «рискованные» формы самоохранительного, или здоровьесберегающего, поведения. Женские модели более «сохранны». Так, мужская модель самосохранительного поведения в значительной степени направлена на регулярные занятия физкультурой и спортом. Женскому стилю присущи правильное питание и регулярный профилактический медицинский осмотр, особенно «любят» посещать врачей «больные студентки». У девушек занятия спортом сильно зависят от самооценки статуса здоровья. Так, у «больных» студенток заметно снижена физическая активность. Характерно, что такой параметр как самоограничение употребления алкоголя характерен для «здоровых» студентов и для «больных» студенток. Очевидно, имеет место ситуация,

когда юноши стремятся ограничить употребление алкоголя, чтобы быть здоровыми, а девушки избегают употребления по причине нездоровья. В то же время соблюдение «режима дня» более значимо для «здоровых» девушек и для «больных» юношей.

Отношение человека к своему здоровью выступает как внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения. Не существует здорового образа жизни как некой особенной формы жизнедеятельности вне образа жизни в целом. Можно выделить качественные критерии здорового образа жизни, которые позволяют отличать содержания понятия «здоровый образ жизни» от понятия «образ жизни». Эти критерии выражаются в таких компонентах, как: высокая социальная, трудовая, физическая активность; высокая нравственность; исключение вредных для здоровья сторон жизнедеятельности (курение, переедание, злоупотребление алкоголем и т.д.). В исследовании предполагалось, что следование здоровьесберегающей стратегии должно положительно коррелировать с избеганием различных форм «социальных болезней». Для этого все опрошенные были разделены на 2 группы: студенты, придерживающиеся здоровьесберегающей стратегии²¹ («ЗСС», доля в массиве 82%), и студенты, не придерживающиеся здоровьесберегающей стратегии²² («ЗНС», доля в массиве 18%). Сравнение проводилось по таким показателям, как: экономическое положение, способы проведения свободного времени, структура финансовых трат, ценностные ориентации, склонность к рискогенному поведению, психологическое благополучие, социальные установки и практики по отношению к употреблению психоактивных веществ. Анализ показал, что занимающиеся

²¹ Студенты, отметившие частое или периодическое соблюдение таких мер как: занятия спортом, физкультурой, самоограничение в употреблении алкоголя/сигарет, рациональное питание, приём витаминов, избегание стрессов, сохранение душевного равновесия, посещение врачей, соблюдение режима дня, ограничение компьютера, телевизора.

²² Студенты, отметившие, что придерживаются редко или никогда таких мер как: занятия спортом, физкультурой, самоограничение в употреблении алкоголя/сигарет, рациональное питание, приём витаминов, избегание стрессов, сохранение душевного равновесия, посещение врачей, соблюдение режима дня, ограничение компьютера, телевизора

своим здоровьем студенты в целом социально более благополучная группа, чем их индифферентные к своему здоровью одноклассники.

Экономический статус и финансовые возможности являются значимыми факторами, влияющим на образ жизни. Студенты, придерживающиеся ЗСС, происходят из более обеспеченных семей и их собственное финансовое положение несколько лучше. Хорошо обеспеченными²³ признали себя 40% из этой группы и лишь 17% из группы с ЗНС. Каждый второй из первой группы и две трети из второй отнесли себя к категории среднего достатка²⁴. Малообеспеченными²⁵ себя признали 3% из первой группы и 7% из второй. Родители студентов, придерживающихся ЗСС, чаще заняты в сфере бизнеса (20% против 10%). У студентов, не занимающихся здоровьем, напротив, выше доля тех, чьи родители имеют инвалидность или находятся на пенсии (10,5% против 4%, соответственно). Экономический статус влияет на способы проведения свободного времени, а также на структуру финансовых трат молодых людей.

Свободное время, его организация, играет важную роль в развитии личности. Сфера досуга является объективным пространством, где удовлетворяются многие духовные потребности личности – в межличностном общении, в физическом самосовершенствовании, социально значимой предметно-практической деятельности, познании и творчестве, культурном отдыхе и развлечениях и т.п. Многие исследователи обращают внимание на неразвитость досуга молодежи, которая в конечном итоге может привести к различным поведенческим отклонениям.

Анализ видов проведения досуга в отобранных группах показал, что для студентов с ЗНС характерно нерациональное распределение времени, праздность, предпочтение пассивного отдыха, меньшая развитость продуктивных интересов и увлечений.

²³Отметили альтернативы: «Можем позволить себе всё, кроме квартиры и дачи» и «Можем позволить себе все, включая квартиру и дачу».

²⁴Отметили альтернативы «Можем позволить себе товары длительного, но покупка авто затруднительна» и «Покупка товаров длительного пользования затруднительна».

²⁵Отметили альтернативы «Хватает денег на еду, но покупка одежды проблематична» и «Не всегда хватает денег даже на еду».

Важным показателем образа жизни не заботящихся о здоровье студентов являются привычка расслабляться с алкоголем (37% против 13% из второй группы), безделье (55% против 29%) и включенность в «клубную» рекреационную культуру (35% против 18%), обычно связанную с бурной «ночной жизнью» и приобщением к психоактивным веществам. Преобладание таких форм отдыха и существенное снижение активности студентов в сфере оздоровительной физической культуры, продолжающееся на протяжении всего вузовского обучения, – показатель отсутствия у респондентов эффективных навыков снятия напряжения, улучшения психофизического состояния и поддержания высокого уровня работоспособности, а также значимый индикатор риска приобщения к девиантным формам досуга.

У студентов из обеих групп лидирующие позиции занимают такие виды отдыха, как просмотр видео и проведение времени в Интернете и социальных сетях, хотя склонность к этому у студентов из второй группы несколько выше (83% против 76%, соответственно). С одной стороны, Интернет позволяет легко и быстро удовлетворить множество социально-психологических потребностей: познавательные, эстетические, в признании, в аффилиации, в самоактуализации и др. С другой стороны, представляя собой так называемую «виртуальную реальность», удовлетворение этих потребностей также становится в некоторой степени «виртуальным». Происходит процесс «упрощения удовлетворения потребностей», что выражается как в упрощении реализации потребности (легче, быстрее достичь удовлетворения), так и в упрощении самой потребности и полученного результата (потребность лишается некоторых характеристик, которые могли бы быть достигнуты в реальности). К сожалению, сегодня в сознании некоторых молодых людей такое удовлетворение иногда становится достаточным. Опасность здесь заключается в том, что чем больше времени человек проводит в «виртуальном мире», тем выше вероятность, что он ограничится такой «виртуальной» организацией своих устремлений.

У студентов, занимающихся здоровьем, шире и экономические возможности для удовлетворения своих потребностей. Студенты с ЗНС, напротив, испытывают дефицит ресурсов и прибегают к более дисфункциональным способам удовлетворения своих нужд, в несколько раз больше тратя денег на развлечения и социальные «вредности». Так, на кафе и рестораны тратят деньги 60% студентов, не занимающихся здоровьем, и 43% занимающихся здоровьем; на дискотеки и клубы – 30% студентов с ЗНС и 20% студентов с ЗСС; на алкоголь и сигареты – 41% и 16%, соответственно. Занимающиеся здоровьем студенты больше средств расходуют на продуктивные интересы. Каждый четвертый – на выставки и музеи (против 16% из второй группы), каждый третий на книги и журналы (против 21%), более трети на свое хобби и творческую деятельность (против 19%), 17% на путешествия (против 7%), 15% на автомобиль, мотоцикл или мопед (против 7%), 12% на дополнительное образование (против 9%).

Стремление к удовлетворению так называемых «негативных» потребностей у менее ресурсных студентов связано с тем, что через их реализацию они стремятся удовлетворить другие значимые для себя потребности, реализовать которые естественным, более разумным и полезным образом они не могут. В этой связи неудивительно, что при почти одинаковой структуре ценностных ориентаций, у менее ресурсных студентов сильнее выражено стремление к материальной обеспеченности (72%), нежели у группы с ЗСС (58%), при более низкой значимости такой ценности, как «интересная работа» (20% против 33% у ресурсных студентов).

Студентов, не придерживающихся здоровьесберегающей стратегии, отличает формальный подход к учебному и трудовому процессам, отсутствие конкретных планов на жизнь, сложности при планировании каждодневной деятельности. Так, студенты с ЗСС все силы направляют на учёбу (40% против 17% из второй группы), активно приобретают практический опыт (25% против 19%, соответственно), стараются планировать весь свой день

(45% против 17%, соответственно). Лишь 4% из них совсем не представляют себе своего будущего (против 10% из группы менее ресурсных).

Умение планировать деятельность, продуктивное использование времени, ориентация в нем, его рациональное структурирование – важные личностные способности, позволяющие осуществлять оптимальную координацию между эмоциями и целенаправленным поведением, путем учета воздействующих на него внешних (стимул и обстановка) и внутренних (состояние организма и прошлый опыт) факторов. Напротив, неумение эффективно распорядиться своим временем, общая неорганизованность у студентов с ЗНС говорит о сложностях в управлении ими своим эмоциональным состоянием, проблемами с саморегуляцией.

Выраженная привычка жить «здесь и сейчас» обычно указывает на такую личностную характеристику, как импульсивность, которая, в свою очередь, влияет на склонность к рискогенному поведению (Айзенк, 1993).

Для исследования таких черт, как импульсивность и склонность к риску, был сформирован блок из высказываний, отражающих восприятие студентами соответствующего поведения, с которыми было необходимо выразить степень своего согласия или не согласия. Для анализа суммировались значения ответов «полностью согласен» и «частично согласен». Оказалось, что импульсивность и склонность к рискогенному поведению сильнее выражена у студентов с ЗНС (таб. 1).

Таблица 1

Связь склонности к импульсивному и рискогенному поведению в зависимости от выбранной стратегии поддержания здоровья, % от группы

Импульсивность и склонность к рискогенному поведению	Занимаются здоровьем	Не занимаются здоровьем
Часто я действую под влиянием момента, не останавливаясь, чтобы подумать	46	64
Зачастую я делаю все, что приносит мне удовольствие, даже в ущерб какой-то отдаленной цели	46	57

Меня больше заботит то, что произойдет со мной в ближайшее время, а не в отдаленном будущем	58	76
Мне нравится иногда проверять себя, делая что-то немного рискованное	57	61
Волнения и приключения обычно важнее для меня, чем безопасность	27	40
Иногда я иду на риск просто ради удовольствия	39	53
Иногда я иду на риск, потому что не ощущаю опасности	26	43

Как видно из таблицы, студенты с ЗНС склонны действовать под влиянием ситуации ради получения быстрых эмоций и чаще отмечают удовольствие от рискованного поведения и приоритет приключений над безопасностью. Связь импульсивности и рискогенного поведения анализируется теорией «поиска ощущений» («sensation seeking») Цукермана, и многими авторами считается возможным объяснением большого количества типов поведения. «Поиск ощущений» рассматривается как потребность субъекта экспериментировать с необычными и сложными ощущениями, с рискованными типами поведения, как на физическом, так и на социальном уровне. Склонность к риску – поиск острых ощущений. Импульсивность – снижение самоконтроля.

Психолог Н. Наричын, имеющий опыт работы с зависимыми личностями, в своей статье об акцентуациях характера и поведении отмечает, что импульсивной личности необходимо, чтобы на неё в принципе как-то «воздействовали» извне. Если же таких воздействий на импульсивного человека нет, он начинает генерировать их сам: раздражать, провоцировать, создавать вокруг себя экстремальные ситуации – только чтобы добиться любого «стимула» в свой адрес. Вследствие этого у выраженных представителей данной акцентуации снижен «инстинкт самосохранения» – как из-за отсутствия способности прогнозировать, так и из-за постоянного бессознательного желания получить побольше «внешних стимулов». «Желание получить все «здесь и сейчас» мешает людям с импульсивной акцентуацией заниматься деятельностью, результаты которой не видны сразу. Более того, если они не достигают реального успеха, они стремятся

этот успех заменить его видимостью, но такой, которую можно получить тут же. Способность принять псевдоуспех вместо реального успеха делает импульсивного человека склонным к разного рода зависимостям» [2].

Одним из важных аспектов здоровой личности является психическое, или ментальное, здоровье. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества [3]. Психическое здоровье – нечто большее, чем просто отсутствие психического расстройства, и может рассматриваться как континуум. Этот континуум может варьироваться от состояния положительного эмоционального состояния и благополучия, когда человек испытывает чувство равновесия и удовлетворенности, к состоянию, когда мысли и чувства человека заставляют его чувствовать себя нестабильно и плохо, что отражается на поведении. Существует тесная взаимосвязь между нарушениями психического благополучия и социальным поведением [4]. Так, одним из показателей неблагополучного психического здоровья являются различные нарушения эмоциональных состояний (эмоциональные расстройства), которые могут становиться детерминирующим фактором, приводящим к зависимостям.

Эмоциональное состояние – психофизиологический процесс, мотивирующий и регулирующий деятельность индивида, его поведение. Сравнение студентов из 2-х групп на предмет наличия эмоциональных расстройств, позволил выделить у студентов с ЗНС большую выраженность отрицательных эмоциональных состояний²⁶. Из рассматриваемых 7 состояний: тревога (страх, опасения), грусть (печаль, тоска), гнев (злость, агрессия), стыд (чувство вины), апатия, скука, фрустрация (тщетное ожидание, неудовлетворенность от нарушения планов, недостижимости

²⁶Склонность к тому или другому эмоциональному состоянию фиксировалась с помощью самооценок студентов по частоте их проявления: «часто», «периодически», «редко», «никогда». Предполагалось, что «часто» и «периодически» являлось сильным проявлением признака, а «редко» и «никогда» - слабым.

цели)²⁷, у студентов с ЗНС отмечались более высокие значения по показателям гнева, скуки, грусти и фрустрации. Учитывая более низкий социальный статус у этой группы студентов, можно говорить о состоянии большей неудовлетворенности, что приводит к тому, что эффективность деятельности не просто падает, но может кардинально исказиться и роль, выполняемая молодым человеком в социуме. Так, одним из значимых глобальных детерминант социального и ментального здоровья современной личности является её включенность в общество (в социетальные сферы, в различного уровня социальные связи и отношения). Как показало сравнение, 60% студентов со здоровьесберегающей стратегией и лишь 26% студентов с ЗНС включены в различную общественно полезную деятельность: в жизнь института и своей кафедры, волонтерскую деятельность, в деятельность жилищного коллектива, различные общественные и политические движения. Итак, рассмотрев различные характеристики 2 групп, видно, что студентов с ЗЗС и ЗНС отличает не только подход к здоровью, но и образ жизни в целом. Можно сказать, что студентов из второй группы, не являющихся по статусу больными (нет симптомов реальных заболеваний, не посещают врача), по многим параметрам можно отнести к группе риска по здоровью. Они не больны, но можно говорить о социальном нездоровье.

Вместе с отношением человека к здоровью выстраивается система его ценностных ориентации, установок, предпочтений, целей. Суммируя вышесказанное, не вызывает удивления тот факт, что, согласно результатам исследования, студентов с ЗНС отличает более толерантное отношение к психоактивным веществам, более высокие показатели готовности их попробовать и более высокая степень алкоголизации и наркотизации в целом по сравнению со студентами, придерживающимися здоровьесберегающей стратегии.

²⁷ Фрустрация была выделена в отдельную категорию, между тем, состояние фрустрации тесно связано с агрессией, чувствами тревоги, тоски и др.

Так, студентов с ЗНС отличает ярко выраженное толерантное отношение к алкоголю. В группе с ЗЗС гораздо выше доля студентов с выраженной мотивацией протеста на употребление алкоголя, с трезвенническими убеждениями (24% против 4% из второй группы). С другой стороны, они ориентированы на так называемый стиль «культурпитейства», когда эпизодическое употребление спиртного ассоциируется с традициями, праздниками. Характерно, что студенты с ЗНС, имеющие низкие показатели саморегуляции и самоконтроля, напротив, склонны отмечать, что «пить можно, сколько хочется, главное уметь себя контролировать» (40,5% против 15% из группы, поддерживающих здоровье).

Рассматривая роль алкоголя в жизни студентов (причины, почему студенты прибегают к алкоголю), мы установили, что для студентов с ЗЗС алкоголь в первую очередь, – элемент особых ситуаций в повседневности (праздника, общения). Для студентов с ЗНС алкоголь – это, в первую очередь, средство воздействия на свое психологическое состояние (снять стресс, расслабиться, отдохнуть, повысить настроение, утешиться в горе»). Следует отметить все же важность таких свойств алкоголя как возможность поднять себе настроение, расслабиться и отдохнуть в обеих анализируемых группах. При многообразии этиологических теорий алкоголизма, естественно, невозможно исключить эйфорическое, релаксирующее, антидепрессантное и транквилизирующее действие. Без положительного воздействия проблема алкоголизма никогда бы не возникла. Действие алкоголя многогранно, но его воздействие связано с генетическими, психологическими особенностями организма; возникновение позитивных эмоций является ведущим. Алкоголь в умеренных дозах позволяет легко расслабиться, быстро мобилизоваться.

Оценки употребления спиртного отражаются и на мнениях студентов о государственной политике. Так, 60% студентов с ЗЗС полагают, что государство должно контролировать алкогольную проблему и 40% отметили, что не должно. У студентов с ЗНС картина обратная: 60% отметили, что

каждый человек отвечает за себя сам, и 40%, что необходим контроль государства. В картине предлагаемых государственных мер борьбы можно заметить интересную тенденцию: студенты с ЗЗС чаще выбирали меры, ориентированные на пропаганду здорового образа жизни и некоторые ограничения в продажах, изменения в ценовой политики (повысить цены на алкоголь, запретить продавать алкоголь в магазинах). Студенты с ЗНС, несмотря на приоритет в ответах личного контроля при употреблении спиртного, при низких значениях мер по ограничительной и здоровьесохранительной политике, чаще выбирали жесткие запретительные государственные меры, направленные непосредственно на потребителей алкоголя, выступая за принудительное лечение пьяниц. Подобная позиция, с точки зрения экспертов-наркологов и социологов, чаще всего является основой для оправдания собственного потребления алкоголя и говорит лишь о декларируемой возможности самоконтроля, а на практике о безынициативности и внешнем локусе контроля у студентов ЗНС.

Оценки студентами наркопотребления отличаются гораздо большей сложностью и противоречивостью. С одной стороны, большинство студентов обеих групп признают, что наркотики – это риск, вред здоровью, их употребление чревато разрушением личности, потерей отношений с близкими и прочими неприятностями. С другой стороны, осознавая все риски, студенты с ЗНС гораздо чаще выступают за легализацию некоторых веществ, отмечают, что можно употреблять наркотики без вреда для здоровья, соблюдая осторожность, научившись контролировать их потребление. Особенно студенты из второй группы выделяли альтернативы, характеризующие ПАВ как средства, помогающие моделировать своё состояние, помогающие снимать душевную боль, преодолевать плохое настроение и бороться со скукой (следует напомнить, что состояние скуки является значимой характеристикой студентов с ЗНС).

У студентов, не придерживающихся здоровьесберегающей стратегии, гораздо выше и показатели готовности попробовать незнакомое вещество, причем именно с целями улучшения настроения (табл. 2).

Большая степень фрустрированности, неудовлетворенности студентов с ЗНС сказывается на их настроении и общем эмоциональном фоне, побуждая изменять не реальность, а собственное состояние сознания путём выбора легкого «заменителя счастья» – какого-либо психоактивного вещества.

Таблица 2

Готовность попробовать незнакомое психоактивное вещество в группах студентов с различным отношением к здоровью, % от ответивших в группе

Готовность студентов попробовать незнакомое психоактивное вещество	Занимаются здоровьем	Не занимаются здоровьем
Для улучшения самочувствия	19	25
Для улучшения настроения	15	34
Для повышения работоспособности	16	31
Для снятия напряжения	16	29
В ситуации усталости, стресса	10	16
Для «расширения сознания»	10	17

Сравнение реального алкогольного и наркоманического поведения 2-х групп студентов показывают значительную вовлеченность студентов с ЗНС в потребление алкоголя и наркотиков. Студенты, не поддерживающие здоровье, почти в 3 раза больше употребляют алкоголь, причем структура их алкогольных напитков разнообразнее и выше доля предпочитающих пиво, водку и другие крепкие напитки. Более трети студентов, не поддерживающих здоровье, признались, что периодически выпивают алкоголь специально, чтобы опьянеть (против 15% из первой группы). Также у них имеются значительные проблемы с контролем выпитого: 62% отметили, что периодически выпивают больше, чем собирались (против 33% из первой

группы), 38% отметили, что испытывали за последний год состояние сильного алкогольного опьянения (против 25% из первой группы).

Что касается употребления наркотиков, то, к нашему сожалению, опыт употребления значителен в обеих группах. Каждый третий студент с ЗЗС и почти каждый второй с ЗНС пробовали наркотики. Во второй группе выше доля тех, кто употребляет регулярно, студенты из первой группы, наоборот, склонны употреблять эпизодически. Структура потребляемых наркотиков в обеих группах схожа. Первое место занимает марихуана, второе место так называемые «новые» наркотики – «спайсы», курительные смеси, соли и порошки. Характерной особенностью студентов второй группы является высокая доля потребителей лекарств в немедицинских целях – почти каждый третий (против 7% из первой группы) и веселящего газа – каждый четвертый (против 7%).

Противоречивость установок по отношению к наркотикам и высокие показатели их проб в обеих группах – это отражение двух разнонаправленных социальных процессов. С одной стороны, современное общество «рисков» порождает группы маргинализированных слоев населения, не успевающих за темпами развития общества, не справляющихся с неопределенностью мироустройства и, как следствие, приобщившихся к наркотикам, употребление которых они также не способны контролировать. С другой стороны, появление и употребление рекреационных наркотиков становится своеобразным продуктом общества рисков и показателем в какой-то степени интегрированности молодых людей в современную культуру. Эта интегрированность в общество выражается в употреблении легальных и нелегальных наркотиков, следовании моде, различным музыкальным стилям, танцах, вечеринках, что отвечает глобальной рыночной экономике, росту потребительства и мобильности и интренационализации молодежной культуры.

Итак, подведем итог.

Отношение человека к своему здоровью выступает как внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения. Студентов, придерживающихся и не придерживающихся здоровьесберегающей стратегии, отличает не только подход к здоровью, но и образ жизни в целом. Следование здоровьесберегающей стратегии положительно коррелирует с избеганием различных форм «социальных болезней». Студенты, не придерживающиеся здоровьесберегающей стратегии, по многим показателям менее благополучная социальная группа. Не являющиеся по своему медицинскому статусу больными (нет симптомов реальных заболеваний, не посещают врача), они по многим параметрам относятся к группе риска по здоровью. Речь идет о социальном нездоровье. Высокая степень фрустрированности, социальная неудовлетворенность этой группы студентов положительно коррелирует на индивидуальном уровне с формированием несохранных форм социальной адаптации, увеличивает риск развития впоследствии у них психических расстройств, различных отклонений в поведении, снижает возможности личности реализовывать свои цели и потребности. В настоящий момент эта группа склонна к употреблению различных психоактивных веществ – сегодняшнему или будущему. В связи с тем, что сегодня происходит переход на так называемые «новые наркотики» (или комбинирование с «традиционными»), а, по различным оценкам, от 25% до 40% студентов ВУЗов пробовали наркотические вещества, то рассматриваемая группа представляет собой слабое звено для различных форм социальных влияний.

Вместе с тем, как показало исследование, даже в группе студентов, придерживающихся ЗЗС, отношение к здоровью остаётся во многом декларативным, позволяя лишь снижать риски приобщения к вредным привычкам и придерживаться более сохранного поведения. Уверенно признавая здоровье важной ценностью, молодежь всё еще не предпринимают достаточных усилий к его сохранению и приращению. Знания о доминирующем влиянии стиля жизни на здоровье у большинства студентов

не перерастают в убеждения, а высокая ценность здоровья – в стойкую мотивацию его сохранения и ведения здорового образа жизни. Это выражается в некотором рассогласовании между осознаваемой ценностью здоровья и теми практиками и моделями поведения, которые реализуют студенты в повседневной жизни. Сложившаяся ситуация, во многом обусловлена ограниченностью материальных ресурсов и сопутствующими этому психо-эмоциональными проблемами. Кроме того, само положение молодого человека в современном мире становится важным фактором, толкающим его на эксперименты с собственной жизнью. Как отмечает Е.Омельченко, внутри дискурсов образования, семьи и работы от молодого человека требуются соответствующие положению дисциплинированность, соответствующая одежда и поведение, в то же время многочисленные предложения медиа-проектов или популярной массовой культуры, эксплуатируют сексуальность, подталкивают индивида к получению разнообразных опытов и удовольствий, в том числе рискованных или опасных для здоровья. В большинстве социальных контекстов оба типа позиционирования присутствуют одновременно, вовлекая людей в систему двойных обязательств, что приводит к формированию параллельных миров, которые по своей сути должны противоречить друг другу [5]. Именно тогда возникают такие ситуации, когда правильный, рациональный отдых, спорт, здоровый образ жизни, вовлеченность в различные сферы деятельности и социальной активности могут спокойно соседствовать с периодическим употреблением различных наркотических веществ.

Все эти изменения заставляют основательно пересмотреть традиционные подходы к профилактике наркотизма. Сегодня необходимо разрабатывать все формы контроля, но в первую очередь направленные на сохранение здоровья и коррекцию поведения в школах и ВУЗах. В связи с высокими показателями тревожности, напряжения, фрустрированности у студентов и, как следствие, прибегания ими к помощи психоактивных веществ, необходимо формировать среду для полноценных занятий

физической культурой и спортом, а также организовывать специальные комнаты отдыха с реабилитационным уклоном, помогающие снять напряжение и тревогу, получить профессиональную помощь.

Библиографический список

1. *Журавлева И. В., Иванова Л. Ю., Ивахненко Г. А.* Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья // Вестник Института социологии 2013, № 6 [электронный источник] / http://www.vestnik.isras.ru/files/File/Vestnik_2013_6/Zhuravleva%20c.pdf (дата последнего просмотра 16.07.2013)
2. *Нарицын Н. Н.* Личностные акцентуации по ММПИ (СМИЛ) [электронный источник] // http://www.naritsyn.ru/personal_accentuations_according_to_mmpi.htm (дата последнего просмотра 16.07.2013)
3. Что такое психическое здоровье? // Всемирная организация здравоохранения // [электронный источник] / <http://www.who.int/features/qa/62/ru/index.html> (Последний доступ 21.06.2013)
4. My World Survey National Study of Youth Mental Health in Ireland // Headstrong – The National Centre for Youth Mental Health, UCD School of Psychology, Dublin, 2012 [электронный источник] / <http://www.headstrong.ie/sites/default/files/My%20World%20Survey%202012%20Online.pdf> (последний доступ 30.06.2013)
5. *Омельченко Е.Л.* От проблемного конструкта молодежного вопроса – к анализу молодежной повседневности «Молодежь: Открытый вопрос» / Ульяновск: Изд-во «Симбирская книга», 2004 г.

С.А. Бухвалов, А.К. Мартусевич,
ГБУЗ НО Городская больница № 47, Нижний Новгород

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В МЕГАПОЛИСЕ

Стратегия развития паллиативной помощи в России в настоящее время становится одним из приоритетных направлений совершенствования системы здравоохранения [10-12, 14, 15]. Расширяется сеть учреждений, оказывающих данных вид медицинских услуг, а также увеличивается диапазон нозологий, подпадающих по соответствующую категорию [4, 7, 11, 13, 15]. На территории Российской Федерации превалирует реализация данной формы медицинской помощи в специализированных учреждениях – хосписах [3, 7, 9, 12].

Создание системы хосписов – значимый шаг к гуманизации и оптимизации эффективности российского здравоохранения [2, 3,]. В мировой практике хосписы являются одним из наиболее важных звеньев в реализации паллиативной помощи населению уже на протяжении многих десятилетий [7-12, 16-20]. В Российской Федерации работа по формированию хосписной службы проводится только около 30 лет, продолжая оставаться на этапе становления [8, 13, 14]. На этом пути в настоящее время остаются многочисленные проблемы организационного, финансово-экономического и методического плана, в частности, недостаточная проработка методологической базы паллиативной помощи, отсутствие полноценного финансирования, прежде всего, стационарной хосписной службы [5, 7, 10, 14, 15].

Значимой проблемой в создании эффективной системы хосписной помощи населению является слабая разработка и минимальное внедрение рациональных механизмов организации потока пациентов соответствующего профиля между специализированными учреждениями здравоохранения

(хоспис, областной онкологический диспансер, областные и городские больницы, центральные районные больницы и др.), что существенно затрудняет и замедляет миграцию, снижая эффективность оказываемой паллиативной помощи [5, 10-15]. Это в том числе связано с отсутствием сформированной модели организации паллиативной помощи как в условиях мегаполиса, так и в районных и областных центрах [2, 3, 5, 10]. Взаимодействие указанных выше субъектов системы здравоохранения налажено в настоящее время практически только в Санкт-Петербурге и Москве, в которых уже в начале 90^х гг. были созданы первые российские хосписы. В других российских городах система оказания специализированной паллиативной помощи имеет значительно меньшую по продолжительности историю и реализована с учетом специфики и возможностей региона [7, 14]. Так, в некоторых субъектах Российской Федерации (например, в Татарстане, Самарской области и др.) хосписная медицина представлена только выездной службой [7, 10, 14].

Согласно официальной статистике Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2012 г., общее число государственных хосписов в России 21, больниц (домов) сестринского ухода - 15. С другой стороны, в соответствии с данными Е.С. Введенской с соавт. (2009) и стандартами ВОЗ, для полного удовлетворения потребности больных злокачественными новообразованиями в паллиативной помощи требуется 12,5 коек на 250 тыс. населения при уровне смертности 10 на 1000 чел. населения [2]. Подобный подсчет указывает, что, в частности, в Нижегородской области с учетом численности населения, социально-экономических условий, уровня онкологической заболеваемости и смертности потребность в больничных койках для оказания паллиативной помощи этой категории пациентов составляет 330 коек, тогда как их реальная численность на начало 2013 г. составляет 15 единиц. Существующие на данный момент российские нормативы предусматривают иные, более низкие контрольные значения.

В этих условиях формирование четкой организационной структуры паллиативной помощи населению является одной из первостепенных задач, решение которой способно не только улучшить качество и адресность оказания данного вида медицинских услуг, но и обеспечить максимальную эффективность использования имеющихся коечного фонда и материальных ресурсов [5, 10-14]. Поэтому нами была произведена попытка создания единой региональной модели организации оказания паллиативной помощи в крупном регионе, включающем мегаполис [5].

Важно, что при составлении организационной структуры системы хосписной помощи необходимо учитывать интересы как жителей самого мегаполиса, так и пациентов остальной части региона. Поэтому данная система должна быть реализована в комплексе «мегаполис – область».

Первым компонентом, обеспечивающим адекватное функционирование указанного комплекса, является формирование работоспособной организационной модели внутри областного центра. В соответствии с предлагаемой нами концепцией, ее центральным звеном является сам хоспис, оказывающий все виды паллиативной помощи населению. Его деятельность оперативно курируется Министерством здравоохранения области и другими вышестоящими организациями. Кроме того, хоспис осуществляет методическую и организационную работу по систематизации оказания рассматриваемого вида медицинских услуг в регионе.

В своей работе хоспис осуществляет постоянное взаимодействие с областным (при наличии – и городским) онкологическим диспансером, причем последний может оказывать консультативную помощь особо тяжелым больным, а также обеспечивать выполнение высокотехнологичных, в том числе оперативных, медицинских манипуляций, проведение которых затруднительно в условиях и/или специалистами самого хосписа. С этой целью в онкологическом диспансере может быть организовано отделение паллиативной помощи, включающее мини-стационар мощностью 5-10 коек

для временного размещения больных на период выполнения им указанных выше вмешательств или диагностических манипуляций.

На наш взгляд, требует определенной оптимизации и структура самого хосписа. Так, кроме существующего стационарного отделения, для которого также важно увеличение коечного фонда, и выездной службы, предлагается формирование отделов психологической помощи и профилактики. В структуре отдела психологической помощи должны быть предусмотрены непосредственно психологическая служба и сотрудники, отвечающие за взаимодействие хосписа с общественными и религиозными организациями. Задачами профилактико - пропагандистского отдела является проведение разъяснительной работы с пациентами, их родственниками и ухаживающими, а также распространение сведений о деятельности хосписа среди населения (СМИ и другие виды оповещений). В целях оптимизации деятельности выездной службы хосписа предлагается дополнительная организация специализированной бригады скорой медицинской помощи с соответствующим перераспределением вызовов на 2 категории: требующие немедленного реагирования в связи с угрозой жизни пациента (неотложные) и связанные с улучшением ухода и коррекцией лечения (коррекционно-терапевтические).

С учетом невозможности существенного увеличения коечного фонда стационара хосписа предлагается создание мини-отделений паллиативной помощи (мощность 5-7 коек) в наиболее крупных городских больницах мегаполиса с прикреплением к ним бригад паллиативной помощи и сестринского ухода, что согласуется с позицией Н.В. Эккерт с соавт. (2008) [13].

Несмотря на то, что хоспису в предлагаемой схеме отводится роль учреждения, структурирующего систему паллиативной помощи населению в регионе, центральным звеном ее оказания для пациентов, проживающих вне областного центра, должны стать ЦРБ. В этом плане предлагается создание в наиболее крупных из них, выполняющих функции межрайонных, отделений

паллиативной помощи. В структуру последних в оптимальном случае могут войти мини-стационары на 5-10 коек, организационно-методическая служба (возможно – на общественных началах) и выездная бригада сестринского ухода, возглавляемая опытной медицинской сестрой. К организационно-методической службе также могут относиться психолог, представители общественных и религиозных организаций, социальный работник. Обязательным штатным сотрудником данного подразделения является методист и/или медицинский статистик.

Наиболее тяжелые и/или требующие выполнения высокотехнологичных видов паллиативного лечения больные могут переводиться в хоспис областного центра либо в отделение паллиативной помощи областного онкологического диспансера (предпочтительно). Кроме того, обе указанные организации оказывают, в соответствии с предлагаемой концепцией, консультативное содействие отделению паллиативной помощи межрайонной ЦРБ. В целом, указанное взаимодействие формируется, контролируется и корректируется Министерством здравоохранения области.

Также следует охарактеризовать общую структуру системы оказания паллиативной помощи в крупном регионе. По нашему мнению, в ней логично выделить звено первичной паллиативной помощи, включающее учреждения, специализирующиеся на оказании данного вида медицинских услуг для населения (отделение паллиативной помощи ЦРБ, хоспис, областной онкологический диспансер), а также звено оказания квалифицированной паллиативной помощи, к которому, кроме областной клинической больницы региона, могут быть причислены профильные НИИ, обладающие возможностями для проведения широкого спектра высокотехнологичных паллиативных вмешательств. Четкое взаимодействие выделенных звеньев, с наших позиций, является залогом комплексности и преемственности в оказании медицинских услуг рассматриваемого профиля.

Таким образом, нами разработана и описана новая региональная модель оказания паллиативной помощи населению крупного региона,

содержащего мегаполис. Ее реализация, по нашему мнению, способна оптимизировать изученный сегмент медицинской помощи на уровне региона. Следует подчеркнуть, что реализация предлагаемой модели не предполагает значительного увеличения финансирования, а лишь предусматривает повышение эффективности использования имеющихся ресурсов и штата сотрудников существующих медицинских учреждений

В центральном регионе Приволжского федерального округа – Нижегородской области – хоспис был организован на базе городской больницы №47 г. Нижнего Новгорода только в сентябре 2009 г. С этого момента начался активный процесс формирования системы оказания паллиативной помощи, ориентированный на данное специализированное учреждение [1, 5]. Учитывая высокую потребность населения в данном виде медицинских услуг, с момента открытия в хосписе одновременно функционируют как выездная служба, так и стационар. В этом плане следует заметить, что нижегородский хоспис уже на начальном этапе развития представляет собой полноценное, функционирующее на оптимальной мощности учреждение здравоохранения, оказывающее значительный объем паллиативной помощи населению мегаполиса [1, 5, 6, 14]. К настоящему времени стационар хосписа вышел практически на максимальную (без потери качества лечебного процесса) мощность, увеличение которой невозможно на данном этапе без дополнительных кадровых и материальных ресурсов. В связи с этим нижегородский хоспис способен выступать в качестве центрального звена системы оказания паллиативной помощи населению обслуживаемого региона.

Библиографический список

1. Бухвалов С.А., Мартусевич А.К. Анализ становления стационарной паллиативной помощи населению мегаполиса // Фундаментальные исследования. 2013. №5, Ч.2. С. 256-260.

2. *Введенская Е.С., Кобзева Л.Ф., Введенская И.И.* Роль профилактики и паллиативной помощи в оптимизации деятельности онкологической службы // Паллиативная медицина и реабилитация. 2009. № 4. С. 48-52.

3. *Дементьева Н.Ф., Золотов Р.В.* Хосписная помощь пожилым людям на дому и вопросы сотрудничества медицинских и социальных работников // Паллиативная медицина и реабилитация. 2005. №1. С. 13-15.

4. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. Том 1 / Под ред. проф. Г.А. Новикова, акад. РАМН, проф. В.И. Чиссова, проф. О.П. Модникова. М.: 2004.

5. *Лазарев В.Н., Мартусевич А.К., Бухвалов С.А.* Оптимизация организационной структуры системы оказания паллиативной помощи населению в блоке «мегаполис — область» // Общественное здоровье и здравоохранение. 2011. №4. С. 75-78.

6. *Лазарев В.Н., Мартусевич А.К., Бухвалов С.А.* Стационарная паллиативная помощь населению в Нижегородском регионе // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. №2. С. 52-53.

7. *Лях К.Ф.* Хоспис: помощь умирающим в современном обществе. М.: ИД "Русский врач", 2008.

8. *Манихас Г.М.* с соавт. Выездная служба - хоспис и ее роль в организации помощи онкологическим больным // Паллиативная медицина и реабилитация. 2004. №2. С. 6.

9. *Миллионщикова В.В., Лопанов П.Н., Полишкис С.А.* Хосписы. Москва, 2003. 280 с.

10. *Новиков Г.А.* с соавт. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации // Паллиативная медицина и реабилитация. 2008. №3. С. 5-11.

11. Организация онкологической службы в России / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, В.Н. Ковалева. Москва, 2007. 613 с.

12. *Хетагурова А.К.* Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. Москва: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. 239 с.

13. *Эккерт Н.В.* Организация внебольничной паллиативной помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. №5. С. 21-23.

14. *Эккерт Н.В., Бухвалов С.А., Разумовский А.В., Мартусевич А.К.* Хоспис в системе паллиативной помощи / Под научн. ред. з.д.н. РФ, чл.-корр. РАМН, проф. В.З. Кучеренко. Нижний Новгород: Кварц, 2012. 226 с.

15. *Эккерт Н.В., Софиева З.А., Перова М.И.* Отделение-хоспис (отделение паллиативной помощи) в структуре многопрофильной больницы // Проблемы управления здравоохранением. 2008. №6. С. 77-82.

16. *Blagbrough J.* Importance of sexual needs assessment in palliative care // Nurs Stand. 2010. Vol. 24. №52. P. 35-39.

17. *Goździk J.* The organization and functioning of Krakow's hospice for children the name of pr. Józef Tischner // Przegl Lek. 2010. Vol. 67. №1. P. 77-79.

18. *Halamandaris V.J.* Hospice: a coming of age when it's most needed // Caring. 2010. Vol. 29. №8. P. 40.

19. *Mazanec P.M, Daly B.J., Townsend A.* Hospice utilization and end-of-life care decision making of African Americans // Am J Hosp Palliat Care. 2010. Vol. 27. №8. P. 560-566.

20. Medicare program; home health prospective payment system rate update for calendar year 2011; changes in certification requirements for home health agencies and hospices. Final rule // Fed Regist. 2010. Vol. 75. №221. P. 70371-70486.

Э.М. Виноградова, С.В. Вяльцин,
АНО Центр социально - политических
и маркетинговых услуг «Индикатор», Оренбург

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВИЧ - ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

Впервые исследовательский коллектив обратился к проблеме качества жизни как индикатору социального благополучия ВИЧ-положительных женщин нашего региона. В последние годы внимание ученых и общественных деятелей привлекает проблема анализа сущности и содержания качества жизни. В связи с этим актуальными становятся проблемы оценки, измерения качества жизни, что позволяет изучить аспекты, отражающие итоги структурных преобразований, проанализировать социально-экономическую ситуацию, выявить все слабые и сильные стороны жизнедеятельности различных групп населения.

Качество жизни определяется двумя существенными группами факторов: объективными и субъективными. Объективные факторы – это условия, созданные государством для жизнедеятельности и самореализации граждан. К субъективным факторам, оказывающим влияние на качество жизни, относятся, с одной стороны, восприятие и оценка личностью объективных условий своей жизнедеятельности, а с другой – их потребности, запросы, мотивы, интересы, ценностные ориентации. К факторам, позволяющим личности обеспечить нормальный уровень жизни были отнесены здоровье, социальная безопасность, социальная культура и образование.

Социологическая концепция качества жизни включает теоретическую модель, индикаторы и методики оценки удовлетворенности, а также условия обеспечивающие достижение нормального качества жизни.

Одним из направлений в разработке проблемы качества жизни стала его оценка со стороны субъективных индикаторов. Эти методики используют результаты социологических опросов, отражающих мнения и суждения

респондентов относительно своей жизнедеятельности. Эти методики позволяют дать оценку качества жизни различных социальных групп и выделить различные уровни качества жизни:

- Роскошь (пользование благами, обеспечивающими всесторонне развитие и трудовую активность человека);
- Нормальный (рациональное потребление продуктов по научно-обоснованным нормам, являющимся основой развития интеллектуальных и духовных потребностей);
- Минимальный (удовлетворение потребностей существования, обеспечивающих выживание личности);
- Нищенские (минимально допустимый по биологическим критериям набор благ и услуг, потребление которых лишь позволяет поддерживать жизнеспособность человека).

Кроме того, оценки качества жизни позволяют выявить такие показатели, как качество образования, здоровья, жилища, окружающей среды и другие, основанные на мнениях и суждениях людей относительно условий их жизнедеятельности и удовлетворенности жизнью.

В исследовании мы не учитывали большое количество показателей (их всего 19). Наш подход является одним из возможных, который может не учесть влияния не измеренных нами факторов. Одно мы четко представляли, что «женский вопрос» сейчас чрезвычайно актуализировался: положение женщины всё более зависит от ситуации в стране, от того, как быстро и успешно реформируется экономическая, политическая и социальная сфера жизни общества. В силу этого жизненные ценности приобретают функцию важнейших регуляторов социального поведения женщин, особенно ВИЧ-положительных женщин.

«Особенностями эпидситуации ВИЧ-инфекции на территории Оренбургской области в настоящий момент являются изменение половой структуры заболевших в сторону увеличения числа женщин, в том числе беременных и соответственно числа детей, рожденных от ВИЧ-

инфицированных матерей. Дети, затронутые ВИЧ, сталкиваются не только с проблемами физического здоровья, связанными с возможностью заражения ВИЧ-инфекцией, но и с психологическими, педагогическими и социальными проблемами. Основными, из этих проблем являются:

- **Рост числа детей-сирот**, в том числе ВИЧ-инфицированных, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа на фоне увеличивающейся смертности матерей от оппортунистических заболеваний, отказавшихся от медицинской помощи.

- Помимо биологического сиротства, связанного со смертью одного или обоих родителей, на территории региона наблюдается **рост отказов от детей** ВИЧ-инфицированными матерями.

- Социально-демографические характеристики женщин, затронутых ВИЧ, воспитывающих детей, наличие трудной жизненной ситуации, заболеваний, связанных с зависимым поведением, модель дисфункциональных родительских семей, приводят в результате к **высокому уровню риску социального сиротства и пренебрежению нуждами ребенка** в данных семьях, а также к отсутствию приверженности к получению медицинской помощи в Центрах СПИД.

- **Негативное отношение общества** к людям, живущим с ВИЧ, и страх перед ВИЧ-инфекцией распространяются и на детей ВИЧ-инфицированных родителей. Наличие ВИЧ-инфекции - дополнительный источник негативного воздействия не только на здоровье детей, но и на их ситуацию психического развития, травмирующий психику ребенка, создающий затруднения в реализации его потенциальных возможностей, кардинально меняющий его судьбу, надолго разрушающий его взаимоотношения с окружающим миром и влияющий на процесс социализации. Жизнь при наличии «тайны» (не знание о своем ВИЧ-статусе) отрицательно сказывается на формировании базовых психологических понятий детей - «доверие», «безопасность», а при достижении ребенком

старшего подросткового возраста, когда приходит время первых сексуальных контактов, возникает большой риск заражения ВИЧ-инфекцией партнеров.

- Условия жизнедеятельности и развития ВИЧ-инфицированных детей, на фоне **малой осведомленности всех участников учебно-воспитательного процесса** в общеобразовательных учреждениях в вопросах работы с ВИЧ-инфицированными детьми, отсутствия методических разработок и дидактического материала для обеспечения грамотной работы персонала учреждений, формируют у воспитанников особую внутреннюю позицию так называемого «психологического капсулирования», которое выражается в отчужденном отношении к другим людям и социальному миру, и находит отражение в особенностях психики детей - уязвимости, ранимости, до беззащитности, низкой стрессовой устойчивости.

Оренбургская область по распространенности ВИЧ-инфекции занимает 7 место в России и 2 место в Приволжском Федеральном округе. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Оренбургской области, как и в Российской Федерации, продолжает устойчиво развиваться, поражая преимущественно молодых людей в возрасте до 35 лет. Продолжается феминизация эпидемии, увеличивается число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Интенсифицируется половой путь передачи ВИЧ, происходит дальнейший рост числа пациентов со стадиями ВИЧ-инфекции, имеющими тяжелые осложнения и требующими проведения интенсивной госпитальной помощи и ухода, обеспечения антиретровирусной терапией, продолжается активная передача ВИЧ среди потребителей наркотиков; увеличивается число больных СПИДом и смертей от СПИДа.

Ухудшение эпидемической ситуации в области отмечается со второй половины 1999 г. за счет преимущественного инфицирования при внутривенном употреблении наркотических веществ в возрастной группе населения от 15 до 25 лет.

На 1 января 2012 г. в областных Центрах СПИД состояло на диспансерном учете 10318 человек, из которых более 4000 женщин. Около 30% женщин, живущих с ВИЧ, нуждаются в информации и комплексной поддержке специалистов, имея многочисленные социальные медицинские, психологические проблемы. По данным проведенного анализа деятельности учреждений здравоохранения и социальной защиты за 2011 г. в рамках приказа «Об организации медико-социально-психологического сопровождения беременных женщин, молодых матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в т.ч. затронутых проблемой ВИЧ/СПИД» выявлено, что из общего числа родивших в 2011 г. ВИЧ-инфицированных женщин в области каждая 3-я была направлена в учреждения социальной защиты. Из всех переданных в учреждения социальной защиты ВИЧ-инфицированных женщин, 92% взяты на медико-социально-психологический патронаж. Этот факт свидетельствует о высоком проценте женщин с ВИЧ-инфекцией, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеющих проблемы не только медицинского, но и социально-психологического характера.

Всего по области, за весь период наблюдения, взято на учет на 01.01.12г. - 4686 беременных женщин с ВИЧ (за 2011 г. - 588). С момента регистрации ВИЧ-инфекции в области, на 01.01.2012 г. зарегистрировано 3057 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Благодаря организации работы по проведению химиопрофилактики, которая позволяет снизить риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, большая часть ВИЧ-инфицированных женщин рождает здоровых детей. За весь период регистрации эпидемии в области, диагноз «ВИЧ-инфекция» был выставлен 236 детям в возрасте от 0 до 15 лет, в том числе у 202 детей - вертикальный путь передачи ВИЧ-инфекции. Всего на 01.01.2012 г. состоит на учете 874 ребенка, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей (это дети с еще не установленным статусом и дети с диагнозом ВИЧ-инфекция). На территории города Оренбурга проживает 63 ВИЧ-инфицированных детей, 55 из которых

получают ВААРТ. В Оренбурге проживает 72 ВИЧ-инфицированных ребенка, из них 10 человек воспитывается в интернатных учреждениях.

Исходя из вышесказанного, возникла необходимость выявить базовые ментальные и поведенческие установки женщин по отношению к обществу, детям, себе. Чтобы представить себе на какой социальной почве происходят (или не происходят) формирование и закрепление практик отношения к себе, понимания себя и других, необходимо понять каковы установки относительно своих проблем и проблем социальной сферы в общественном мнении ВИЧ+ женщин.

Эмпирической базой исследования являются результаты анкетного опроса женщин о качестве жизни проведенного в мае-июле 2012 года. По расчетной выборке с соблюдением соотношения удельного веса данной группы по трём базовым критериям: возраст, образование, место проживания. Было опрошено 300 респонденток в г.Оренбурге, Орске, Новотроицке. В г.Оренбурге 53 %, Орске-30%, Новотроицке-17 %.

Полученная информация обработана по программе АРМ-«Социолог» и представлена в виде двухмерных таблиц, позволяющих осуществить парную и множественную корреляцию признаков.

Как показали результаты опроса, качество своей жизни как «плохое» оценили 17% опрошенных, 57% как «удовлетворительное» и 24% как «хорошее». Самые низкие оценки дали женщины состоянию окружающей среды; доступности жилья и ипотеки; трудоустройству, возможности найти работу; состоянию дорог и развитию общественного транспорта; материальному положению; жилищным условиям («плохие» - от 24 до 70%).

Максимум удовлетворительных оценок получили доступность и качество медицинских услуг; благоустройство места жительства; развитие культуры; организация досуга. Больше всего хороших оценок получили оптимизм в восприятии будущего (45%); возможность получения нужной информации (56%); доступность лекарственного обеспечения (37%).

В ряду актуальных жизненных проблем, лично волнующих респондентов, ведущее место заняли преступность (57%); проблемы доступности образования (56%); состояние здоровья (54%); проблемы детей и молодежи (35%); проблемы и работа ЖКХ (45%); неопределенность будущего (47%).

Среди жизненных ценностей, наиболее важных для женщин, на первые места вышли – семья, дети (80%); здоровье (60%); работа (45%); родители (33%); деньги (27%).

Думая о будущем, женщины строят планы – добиться материального благополучия (59%); решить проблему жилья (37%); создать семью (56%); целенаправленно лечиться, ответственно подходить к своему здоровью (45%); встретить любимого человека (20%); организовать собственное дело, заняться бизнесом (12%).

Женщины не только строят планы на будущее, но и смотрят в будущее с чувством больших надежд и оптимизма (41%), спокойно, хотя особых успехов не ждут (21%), с тревогой неуверенностью и страхом, отчаянием (30%).

Свое материальное положение, в рамках социальной самоидентификации, 5% оценили как «высокое»; 60% - «среднее» (живем более менее прилично); 22% - «низкое» (живем бедно и ниже «черты бедности»). Эти показатели дали возможность исследователям более дифференцированно выделить группы – высокообеспеченные, обеспеченные, среднеобеспеченные и бедные, дать корреляцию их с возрастом и территорией проживания.

Более половины опрошенных (52%) живут с ВИЧ-инфекцией более 5 лет и 81% о своем диагнозе сообщили кому-нибудь из близких. У 13% отношения стали хуже, у 52% не изменились, у 16% стали лучше.

Половой партнер – муж у 78% женщин знает о ВИЧ-статусе опрошенных женщин.

Что касается статуса партнера опрошенных женщин, то 44% из них имеют положительный статус, 25% отрицательный и затруднились ответить 27%. Поэтому использование средств защиты очень важно, но только 38% всегда используют методы контрацепции, 42% - иногда, а 20% - никогда.

Серьезно в исследовании поднята проблема дискриминации по причинам, включающим ВИЧ-статус: 30% говорят, что именно работники здравоохранения оказываются наиболее склонными к дискриминации в связи с ВИЧ-статусом опрошенных. Хотя, 51% готовы сообщить свой статус, если медработники спросят.

Понимая, что прием терапии – это возможность самой быть уверенной и родить здорового ребенка. Принимают терапию 41% опрошенных; 10% - принимали, но бросили; 2% - не принимали несмотря на назначение врача; 5% - только во время беременности. Значительная часть из них нуждается в конструктивном обсуждении с медицинскими работниками вариантов лечения ВИЧ-инфекции.

Анализ результатов исследования показывает, что опрошенные неоднократно сталкивались с нарушением их прав: при устройстве детей в сад-ясли (13%); при обращении за медицинской помощью и медицинском освидетельствовании (26%) и др.

Знаний о ВИЧ, СПИДе катастрофически не хватает как больным, так и здоровым.

Исследование выявило, что по мнению опрошенных, ВИЧ-положительным женщинам стоит иметь детей (82%). Однако женщины испытывают страх по поводу того, что ребенок может быть ВИЧ-положительным (71%). Из всей группы опрошенных 56% имеют детей и нередко они сталкивались с ситуацией непонимания и отторжения.

Существующая сегодня в системе профессиональной подготовки педагогов установка на повышение уровня знаний в области ВИЧ-инфекции, как показало исследование, не решает проблему психологической готовности к работе с ВИЧ-инфицированными. Единственно возможным способом

формирования психологической готовности к профессиональному взаимодействию является включение в циклы повышения квалификации и подготовки учителей интерактивных модулей, направленных на изменение эмоционального отношения и установок, формирование навыков профессионального взаимодействия с детьми, затронутыми ВИЧ-инфекцией.

Опрос специалистов общеобразовательных учреждений города Оренбурга дает пищу для размышления: с одной стороны общество не толерантно к этим детям, мало информировано, готово их отторгнуть, предлагает открыть специализированные детские сады и школы (40-48%). С другой стороны существует ответственность за ВИЧ-положительных детей, тревога за них, чтобы со временем игнорирование ситуации в изучаемой сфере, не стало проблемой национальной безопасности.

Исследование подтверждает наличие низкой осведомленности в вопросах ВИЧ, предубеждений сотрудников системы образования, что в свою очередь приводит к ограничению доступа ВИЧ-инфицированных детей к полному комплексу медико-социальной и психолого-педагогической помощи, необходимой для нормального умственного и эмоционального развития и успешной социализации в обществе.

Появление поколения свободного от ВИЧ / СПИДа, возможно. Для этого необходимо укрепить меры по обеспечению всеобщего доступа к услугам по предотвращению, лечению и социальной защите. Об этом говорится в докладе Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) «Дети и СПИД».

Ю.Р. Вишневский, Л.Н. Боронина, О.Р. Белова,
Уральский федеральный университет, Екатеринбург

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА СТУДЕНЧЕСТВА: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Социологический подход к проблемам здоровья четко обозначила в начале ХХI в. известный российский социолог Л.М. Дробижева [3]. Рассматривая здоровье населения как «интегрированный показатель биологических, социально-культурных и экономических процессов в обществе», она справедливо отметила: «Социологи изучают общественное здоровье для того, чтобы *понять механизмы*, способные регулировать отношение человека к здоровью, его социальную обусловленность и место здоровья в системе ценностей». Истоки подобного подхода имеют традиционные философские корни. Немецкий философ А. Шопенгауэр, сопоставляя социальные блага жизни, отдавал приоритет здоровью перед обеспеченностью: «Здоровый нищий более счастлив, чем больной король». «Здоровье, – подчеркивал Гегель, – пропорциональность между самостью организма и его наличным бытием, есть такое состояние, когда все органы являются текучими во всеобщем; оно состоит в равномерном отношении органического к неорганическому» [2]. За кажущейся абстрактностью гегелевского подхода стоит глубокое проникновение в суть здоровья – оно не есть нечто присущее лишь данному человеку, его организму, а – отношение этой «самости организма» с наличным бытием, с природной и социокультурной средой. И еще один важный вывод вытекает из гегелевского определения – акцент на процессуальность, «текучесть» здоровья.

Социологическое понимание здоровья опирается на разнообразие подходов к определению понятия «здоровье» и одновременно акцентирует указанную выше специфику трактовки здоровья в социологии, которая

породила формирование и развитие самостоятельной отрасли социологии – социологии здоровья. Важный аспект понимания здоровья – его трактовка как *условия для выполнения человеком своих обязанностей*, что характеризуется в валеологической литературе как *функциональный подход*.

Подчеркнем и ограниченность *«негативных» определений* здоровья, основывающихся на формуле: *здоровье = отсутствие болезни*. Для утверждения иных позитивных трактовок здоровья особую роль играет определение, принятое Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) еще в 1946 г.: «Здоровье является состоянием полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» и ставшее отправным пунктом для *медико-социальной интерпретации* здоровья. Соответственно, в определениях здоровья стали акцентироваться *качества и степень развития организма человека, позволяющие ему адекватно функционировать и взаимодействовать с окружающей средой*. Более глубоким становилось и понимание самого человека в единстве биологического и социального.

В понимании самого здоровья акценты смещались: *от выживания к качеству жизни и от роли внешних факторов* (условия жизни, труда и быта, развитие системы здравоохранения и медицинских услуг) *к личностному пониманию важности здоровья и к личной ответственности за свое здоровье*. Понятно, что эти важные изменения не могли быть одномоментными, тем более – в условиях затянувшегося социально-экономического кризиса в России, когда для многих (в том числе – студентов, их семей, семей их родителей) выживание стало актуальной проблемой на многие годы.

Особенно значимо в этом плане выявить, как относятся к своему здоровью студенты – будущие специалисты. В декабре 1997 –январе 1998 гг. была проведено социологическое исследование валеологической культуры студентов УГТУ-УПИ [1]. Спустя 10 лет – по той же методике (инструментарий и модель выборки – многоступенчатая квотная – были

сохранены; несколько возрос /с учетом роста числа студентов/ объем выборки ($N_{1998} = 419$ чел.; $N_{2008} = 732$ чел.) – было проведено повторное исследование. Спустя 5 лет (весной 2013 г.) – по той же методике – был проведен третий этап мониторинга – опрос студентов УрФУ, возникшего на базе объединения УГТУ-УПИ и УрГУ ($N_{2013} = 1037$ чел.) [1].

Одновременно можно сослаться и на итоги 17-летнего мониторинга свердловских студентов (1995 – 2012 гг.), где в рамках изучения их социокультурных ориентаций выявлялось и их отношение к здоровью. Это позволило выявить динамику и основные тренды развития валеологической культуры студентов [6].

Социологическое исследование предполагает теоретическую и эмпирическую интерпретацию основного понятия. Таким в нашем исследовании является понятие «валеологическая культура». Это один из видов культуры, к ней применимы все остальные признаки культуры. Современная социологическая литература выделяет ряд измерений культуры, в рамках которых необходимо учесть специфику валеологической культуры:

- *Ценностное измерение.* *Ценность* означает *значимость, важность* различных предметов, явлений для человека, социальной общности, общества. Каждый акт человеческой деятельности предстает осознанным лишь в соотношении с ценностями. Ценности – это обобщенные цели и средства их достижения, выполняющие роль фундаментальных норм. Они обеспечивают интеграцию общества, помогая индивидам осуществлять сознательно одобряемый выбор своего поведения в жизненно значимых обстоятельствах. *Система ценностей* образует внутренний каркас культуры, выражая потребности и интересы индивидов и социальных общностей. Она в свою очередь оказывает обратное влияние на эти потребности и интересы, выступая *важнейшим стимулом и мотивом* социального действия и поведения индивидов. Особенность ценностей как феномена культуры – в том, что разные (даже противоречивые) ценности могут совмещаться в сознании одного человека. Каждый соотносит себя не с какой-то одной

ценностью, а с определенной их комбинацией, обычно достаточно противоречивой. Наиболее общие базовые ценности, число которых сравнительно невелико, формируются преимущественно в молодости, а затем остаются достаточно устойчивыми. В социологии изучение ценностей связано с анализом их «индивидуальных эквивалентов» – *ценностных установок и ориентаций*. Это – установки личности на те или иные ценности. Сердцевину валеологической культуры и составляют установки человека на *здоровье как высшую ценность, благо*.

- *Информационное измерение*. Оно подчеркивает роль знаний, информации в культуре. В качестве критериев информации (измеримости знаний) выступает частотность; доступность; специфичность; ассоциативность (связь с другими знаниями). Применительно к валеологической культуре это означает – для человека не должно быть безразлично, что он знает о здоровье вообще и о своем здоровье, в частности.

- *Нормативное измерение*. Культура – нормативная система. Её нормы – это ожидания и требования общества к человеку (от норм повседневного поведения до норм права и морали, до общепринятых в мире стандартов поведения, деятельности). В современной валеологии выработан ряд принципов, следование которым приобретает для культурного человека нормативный характер [5]:

- *Деятельное измерение* культуры характеризует готовность человека действовать в соответствии с общепринятыми нормами, интериоризированными в индивидуальном ценностном сознании. Это измерение описывает также и качество деятельности во всем многообразии ее видов, форм, способов, результатов и ее технологию (показатель рациональности, организованности, эффективности). В валеологической культуре это предполагает поведенчески ориентированную реализацию норм и требований *здорового образа жизни*.

- *Коммуникативное измерение* проявляется в диалогичности – в понимании и принятии другой культуры. В валеологической культуре

реализуется плюрализм разных методик (традиционных и нетрадиционных) сохранения и поддержания здоровья, оздоровления.

- *Актуальное измерение* отражает реальный, наличный уровень освоения культуры (валеологической – в том числе), который – в массовом, типичном варианте представляет наибольший интерес для социолога.

Сегодня особенно значима информированность студентов о трагических последствиях безразличного или «варварского» отношения многих молодых людей к своему здоровью. Но наличие только негативной, «ужасающей» информации может привести к отторжению такой информации и закреплению вредных для здоровья привычек и установок. Противостоять этому можно лишь с помощью целостной информации и о здоровом образе жизни, и о возможных отклонениях от него.

По итогам второго этапа мониторинга отмечалось, что за 10 лет интерес студентов к информации о ЗОЖ почти не изменился, а это означает закрепление и тех противоречий, которые были зафиксированы 10 лет назад: преимущественная ориентация на спортивный компонент ЗОЖ (но в её – особой вариации – «болельщика», преобладание роли СМИ (особенно телевидения) и недооценка (или отражение низкой роли?!) учебных занятий. Гендерные особенности проявляются по ряду параметров: среди болельщиков и телезрителей спортивных передач преобладают юноши, коммуникативный фактор (общение с друзьями, знакомыми) более значим для девушек. Отмечается рост числа регулярно посещающих лекции и беседы, регулярно читающих спецлитературу, получающих информацию о ЗОЖ из газет и журналов и – что особенно значимо – получающих эту информацию на учебных занятиях. Но этот рост практически не затронул юношей (оценки которых оказались устойчивыми, неизменными).

За годы мониторинга интерес к валеологии у студенчества несколько вырос (и это позитивно), особенно если к интересующимся добавить тех, кто оценивает свои знания и умения как достаточные (а их число за 15 лет не изменилось). Особенно серьезные изменения произошли за

последние 5 лет: если в 1998 г. соотношение тех, кому нужны знания о валеологии, и тех, кому они не очень или совсем не нужны, составляло 1 : 1,75, в 2008 г. – 1 : 1, то в 2013 г. – 1,4 : 1. И все-таки считаем, что именно учебные занятия в вузе играют важную роль в удовлетворении этого растущего запроса. Поэтому остается в силе предложение, обоснованное после первого этапа мониторинга – о необходимости введения в вузах целостного курса валеологии. Более того – оно становится еще актуальнее.

Конкретизация основных направлений формирования и развития валеологической культуры студентов связана с более четким представлением, какие знания и умения по валеологии студенты хотели бы получить. Зафиксированная на первых двух этапах мониторинга тенденция переориентации студентов – от *физического здоровья* к *психическому здоровью* – еще более усилилась. Возросла еще больше значимость *культуры интимных отношений* (её приоритетность осталась неизменной), что связано с возросшей долей женщин в выборке. Высокий интерес можно было бы соотнести с возрастными особенностями. Но одновременно он отражает и своеобразный информационный вакуум, который все еще сохраняется вокруг проблемы интимных отношений. Взрослые (и родители, и преподаватели) «стесняются» или считают, что сегодня у молодых достаточно источников такой информации и без них (достаточно сослаться на перенасыщенность СМИ «околосексуальной» информацией). Но явно недооцениваются реальные трудности, с которыми сталкиваются молодые люди, когда на них обрушивается поток противоречивой и разнокачественной (порой низкопробной, пошлой) информации. Вольно или невольно молодежь подталкивается в своем сексуальном поведении к ориентации на принцип «проб и ошибок». А ведь эти ошибки – сломанные жизненные судьбы. Пусть и не всегда видимые для внешнего наблюдателя (в этом смысле алкоголизм, наркомания, никотинизм – «нагляднее», «заметнее»), но разрушающие здоровье (и физическое /аборты, БППП и т.д./, и психическое, и нравственно-социальное). Не забудем, что из 10 беременностей российской женщины в

среднем за детородный период (от 15 до 45 лет) половина – 5 (!?) – приходится на первый этап (от 15 до 25 лет). Но большая часть из них не завершается рождением ребенка (10 женщин в среднем за эти 10 лет рожают лишь 8 детей).

Сохраняет свою значимость и интерес к освоению *методик профилактики стрессов и утомления*. К ним добавился и возросший интерес к *восстановительным и коррекционным методикам*. Что за этим? Большой объем учебной нагрузки? Нерациональность организации учебного процесса? Несформированность навыков учебного труда? Растущий динамизм образа жизни, воспроизводящий и усиливающий стрессовые ситуации? Неумение самостоятельно снимать стрессы и переутомление? В любом случае ответы студентов (чаще всего, – студенток) заслуживают того, чтобы этим проблемам уделялось достаточно внимания. И еще один важный момент. Мы так часто говорим о растущем «прагматизме» молодежи (вкладывая в это – совершенно незаслуженно – негативный смысл), что забываем: студенты стремятся получить не какие-то *абстрактные валеологические знания и умения*, а *прикладные*, конкретные, практически применимые. А их-то зачастую и недостает.

Говоря о приоритетах нельзя одновременно ориентироваться на то, что всех студентов может одинаково заинтересовать весь спектр валеологических знаний и умений. Очевидно, именно в данном отношении будет проявляться (и – судя по опросу – проявляется) дифференцированность интересов студентов. Кстати, об этом говорит и возросший интерес к *психодиагностике* (в 1998 г. – у каждого пятого, в 2008 г. – у каждого третьего, в 2013 г. – у 2 из каждых 5). И то, что целый ряд проблем вызывают интерес у меньшей части студенчества, не является основанием для недооценки этих проблем. По некоторым из них (о рациональном питании, о нетрадиционных методиках оздоровления, о методиках преодоления вредных привычек) произошло снижение интереса. Одна из причин – колебания моды (в частности, мода на табакокурение, охватившая за последние годы даже

женскую часть молодежи, делает неэффективными многие традиционные методики антитабачной пропаганды; еще более негативные последствия имеет «пивной алкоголизм», который пытались представить как замену вино-водочного алкоголизма). С другой стороны, – сказывается и неумение в социальной рекламе и пропаганде учесть социально-психологические особенности молодежи.

Ряд перекосов проявляется и в *ценностном валеологическом сознании студенчества*. По данным мониторинга, здоровье – приоритетная ценность. За 17 лет мониторинга свердловских студентов в ряду наиболее значимых жизненных ценностей здоровье постоянно занимало в ранговом ряду 1-2 место. Но высокая оценка здоровья как ценности зачастую отражает преобладание в массовом сознании традиционного понимания *здоровья как отсутствия болезни*. Примечательно, что другие грани здоровья, выделяемые современной валеологией, еще не стали значимыми ценностями. Лишь 1 из 9 респондентов выделил в качестве ценности красоту и физическое совершенство, только каждый десятый – удовлетворенность в интимной жизни (это – при огромнейшем интересе и стремлении освоить культуру интимных отношений), всего 2% – общение с природой.

Наконец, и это – самое главное – ценность здоровья в молодежном сознании, как правило, – *вербальная ценность*, далеко не всегда выступающая мотивом и стимулом реального поведения молодых людей и не определяющая их *образ жизни как здоровый*.

Рассматривая проблематику здоровья современного студенчества, имеет смысл обратить внимание на рекомендацию известного российского ученого и педагога Н.И. Лобачевского: «Наставник юношества пусть обратит сюда внимание и постарается предупредить безрассудность молодости, еще не знающей цены своему здоровью» [4]. К сожалению, проявления этой «безрассудность молодости» и сегодня нередко имеют место. Среди многих студентов распространено *ложное представление о том, что болезни приходят в старости*, когда активная жизнь уже позади. Роль собственных

усилий молодых людей в поддержании и укреплении здоровья сегодня минимальна. Формируется совершенно необоснованная уверенность в том, что здоровье гарантировано само по себе молодым возрастом, что любые запредельные нагрузки, грубые нарушения питания, режима дня, недостаточная физическая активность, стрессы и другие факторы риска «по плечу» молодому организму, что он справится со всеми выпавшими на его долю испытаниями. Однако это далеко не так, и сегодня у молодежи все чаще и чаще отмечаются заболевания, которые раньше были уделом лиц более старшего возраста. Сама мысль о том, что здоровье не растрачивается, остается незыблемым, рождает абсолютно неправомерную самоуспокоенность и наносит вред здоровью молодежи.

Об этой самоуспокоенности можно судить уже по результатам мониторинга. У студентов преобладает явно завышенная самооценка состояния своего здоровья. По данным исследования «Студент – 2012», каждый второй (52%) оценил свое здоровье как «хорошее», если прибавить к ним тех, кто оценил его как «отличное» (9%), то в этой группе 3 из каждых 5 респондентов. Если выразить самооценки по пятибалльной шкале, общий итог достаточно высок: 3,64. И юноши (3,69), и девушки (3,60) сходны в своих самооценках. Близки и оценки респондентов разных вузов (различия в какой-то мере отражают их неоднородность по гендерному признаку). Но это явно расходится с реальностью и результатами медосмотров.

Высокие самооценки (особенно в сравнении с реальной ситуацией заболеваемости студентов) отражают определенный разрыв между *вербальной (весьма высокой) оценкой здоровья и реальным освоением и использованием студентами здоровьесберегающих технологий.*

Структура здорового образа жизни проявляется многопланово:

- система видов жизнедеятельности, их субординация;
- степень социальной активности человека в рамках конкретной жизнедеятельности;

- предпочтение к тому или иному виду деятельности в условиях возможного выбора;
- бюджет времени, которое используется на тот или иной вид жизнедеятельности.

В соответствии с таким теоретико-методологическим подходом определялись эмпирические индикаторы для опроса студентов. В качестве них были избраны основные направления ЗОЖ. Респонденты должны были по каждому направлению оценить его важность (в соотнесении с другими) и дать самооценку: следуют ли они требованиям ВОЗ в рамках данного направления. Это позволило определить коэффициент расхождения. Результаты показывают, что преобладает высокая (по крайней мере – на вербальном, словесном уровне) оценка различных направлений ЗОЖ (тройка приоритетов – в сравнении с 2008 г. – осталась неизменной – нормальная интимная жизнь, высокая двигательная активность, рациональное питание). За 5 лет повысилась значимость комфортных условий учебы и быта. На протяжении всего мониторинга сохраняется более низкая оценка использования традиционных и нетрадиционных средств оздоровления и закаливания. Выявляется еще одна болевая точка в формировании валеологической культуры – *недооценка профилактических мер*.

Если же говорить о следовании требованиям ЗОЖ, то они по всем параметрам ниже. Более того, по ряду параметров разрыв увеличился (особенно – по овладению основами психогигиены, рациональному питанию и оптимальной физической нагрузке). Наибольший разрыв по таким параметрам, которые лежат на стыке объективного (мало зависящего от самого человека) и субъективного (во многом определяемого его ценностными ориентациями и установками).

Определенный перекос проявился в оценках студентами известного парадокса Ж. Лабрюйера: *«Здоровье – это то, что люди больше всего стремятся сохранить и меньше всего берегут»*. 3 из каждых 4 респондентов сами согласились с таким мнением (72% – в 1998 г., 75% – в 2008 г., 77% – в

2013 г.). Выступая экспертами (оценивая, каким было бы мнение их друзей) она дали достаточно сходные результаты (в 1998 г. – 56%; в 2008 г. – 63%, в 2013 г. – 65%).

Но в работе с молодежью учитывается ли этот перекося? Представляется, что недостаточно. Слишком часто мы *акцентируем внимание на объективные негативные последствия* (типа: «капля никотина убивает лошадь»), и *игнорируем психологию восприятия (или не восприятия) той или иной информации*. Это же относится и к «предупреждающим» надписям на пачке сигарет или на банке пива. Не задумываются о восприятии неоднозначности своего поведения молодыми людьми и многие воспитатели (родители, преподаватели, взрослые) – в итоге правильные слова о «трезвом образе жизни» зачастую девальвируются не очень трезвым (порой – очень нетрезвым) поведением самих воспитателей. И тут актуален марксов призыв о «воспитании воспитателей». Кстати, поучителен и опыт антиалкогольной кампании в годы перестройки: борьба с «вредными привычками» не может вестись кампанейски, не должна сводиться к одним «запретам» и – самое главное – нельзя ориентироваться на моментальное изменение сознания и поведения человека, его отказ от стереотипов и традиций. Но «антитабачный закон» вновь убеждает, что мы не учимся не только на чужих ошибках, но и на своих.

Библиографический список

1.Боронина, Л.Н., Вишневский, Ю.Р., Раппопорт, Л.А. и др. Валеологическая культура студента [Текст] /Л.Н.Боронина, Ю.Р.Вишневский, Л.А.Раппопорт. Екатеринбург: УГТУ-УПИ, 1998. - 164 с.

2.Гегель, Г.В.Ф. Энциклопедия философских наук [Текст] / Г.В.Ф.Гегель. М.: Мысль,1975. - Т. 2. - С. 558.

2.Дробижева, Л. М. Ценность здоровья и культура нездоровья в России [Электронный ресурс] / Л.М.Дробижева.
URL:<http://spkurdyumov.narod.ru/Drobizheva3.htm>.

3. *Лобачевский, Н.И.* О важнейших предметах воспитания [Электронный ресурс] / Н.И.Лобачевский. URL: <http://old.kpfu.ru/infres/nikolaev/kniga/gl1.htm>

4. *Лодкина, С.Р.* Валеология. Учебное пособие-хрестоматия [Текст] / С.Р. Лодкина. Екатеринбург: УрГУ, 1997. - С.19-22.

5. Студент – 2012: Материалы шестого этапа социологического мониторинга – опроса студентов вузов Свердловской области / Екатеринбург: УрФУ, 2012. – 332 с.

А.И. Власов,
Медицинская клиника «Валеотон», Екатеринбург

ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Здоровье человека составляет неотъемлемую часть общественного богатства, распределение, сохранение, использование и воспроизведение которого определяется типом социально-экономической системы, характером общественных отношений. Человек получает здоровье в известном смысле как дар от природы. Но от общества зависит, приумножится ли этот дар или будет утрачен.

Изучение здоровья человека как ценности необходимо для того, чтобы, выяснив ее социальное, экономическое, эстетическое, нравственное и психофизиологическое содержание, определить приоритеты социальной политики государства, убедить руководителей всех уровней и рангов, что нельзя экономить на здравоохранении и что вложения в эту сферу вернутся возрастающей сторицей через многие стороны жизнедеятельности человека, через личностный элемент производительных сил, создают реальные условия для полноценной и счастливой жизни человека. Здоровье людей является важнейшим показателем социального прогресса, бесценным капиталом общества.

Осознание ценности здоровья способствует повышению уровня гигиенической культуры граждан, формированию и укреплению позитивных установок на рекомендации работников здравоохранения, оказывает стимулирующее воздействие на разработку комплексных программ обучения здоровью, укрепляет права и повышает моральную ответственность граждан за поддержание здоровья, оказывает влияние на соблюдение законов со стороны работников здравоохранения в отношении здоровья отдельного

человека и населения в целом, повышает престиж медицины и внимание к решению комплекса медико-социально-технологических задач.

Существуют разные концептуальные модели, квалифицирующие здоровье как социальную ценность. Согласно С.Л. Рубинштейну, строгим и корректным является понимание ценности как позитивной значимости объекта (явления) для удовлетворения потребностей субъекта. А.Я. Иванюшкин предлагает выделить три уровня ценности: биологический – изначальное здоровье, предполагающее совершенную саморегуляцию организма, гармонию физиологических процессов и как следствие – максимум адаптации; социальный – здоровье как мера социальной активности, деятельного отношения индивида к миру; личностный, психологический – здоровье не как отсутствие болезни, а как отрицание ее в смысле преодоления (здоровье не только состояние организма, но и «стратегия жизни человека»).

Ценность здоровья не перестает быть таковой, если она не осознается человеком. Как показывает практика, большинство людей ценность здоровья осознает только тогда, когда оно находится под серьезной угрозой или почти утрачено, в значительной степени уровень здоровья зависит от самого человека. При ценностном подходе к индивидуальному (личностному) и коллективному (групповому) здоровью встают серьезные задачи по воспитанию положительной мотивации, формированию позитивных моральных и эстетических стимулов его укрепления. Необходима разработка научно обоснованных и эффективных программ обучения здоровью.

Для сохранения здоровья очень важна мотивация здорового образа жизни. Однако приходится констатировать, что положительной мотивации для здоровья явно недостаточно. Необходимо выработать установку (настроить) на долгую здоровую жизнь. У йогов есть хороший девиз: «Вставайте поутру с мыслью о том, что вы здоровы, и засыпайте с той же мыслью».

Воспитание здорового человека необходимо начинать с раннего возраста, практически с рождения, а еще, точнее, до рождения самого ребенка, начиная с физического воспитания родителей будущего ребенка, так как у здоровых родителей рождаются здоровые дети.

В плане дальнейшего воспитания у граждан культуры здоровья, приобщая к здоровому образу жизни и развивая мотивацию изначально быть здоровым, сохраняя и укрепляя свое здоровье, предлагается концепция материального стимулирования с учетом уровня здоровья при динамическом наблюдении. Суть системы премирования человека за здоровье заключается в том, чтобы платить человеку за его здоровье с учетом улучшения (прироста) показателя уровня здоровья через страховую медицину, включая премию за здоровье.

Вначале оценивается исходный уровень здоровья человека с помощью автоматизированной системы определения рейтинга здоровья человека по системе ВАИ – всестороннего анализа индивидуума. Затем даются рекомендации по поводу коррекции соматического, психического и физического здоровья. Индивидуально расписывается программа оздоровления в виде рецепта здоровья – чем, как и сколько заниматься, в каком режиме и, главное, на каком уровне можно заниматься оздоровительной физкультурой. Через страховую медицинскую компанию заключается договор о долговременном наблюдении и контроле за здоровьем человека, проводя коррекцию здоровья, его укрепления, повышения работоспособности человека, тем самым, повышая производительность в его трудоспособном возрасте. После определенного периода (через 6 месяцев или через 1 год) проводится повторная оценка уровня здоровья, определяя развитие здоровья. И при положительной динамике улучшения рейтинга здоровья выплачивается премия в процентном отношении с приростом рейтинга здоровья. Таким образом, человек в первую очередь будет сам заинтересован быть здоровым и еще получать дивиденды за свое здоровье, предварительно получив данные о своем здоровье.

Разработанная нами автоматизированная система определения рейтинга здоровья человека по системе ВАИ (всесторонний анализ индивидуума) позволяет дать комплексную оценку здоровья и с помощью компьютерной программы дифференциально оценить каждый показатель составляющей здоровья. Результат - интегральная оценка в виде рейтинга здоровья человека. В программе здоровье индивидуума разделено на три составляющих: соматическое здоровье, физическое здоровье и психическое здоровье. Система показателей представлена шестью основными блоками: 1) общие данные и анализ двигательной активности; 2) анализ соматического здоровья; 3) оценка физического здоровья; 4) оценка психического здоровья; 5) заключение по состоянию здоровья; 6) рекомендации для укрепления здоровья и график режима работы с пульсовой кривой. Все данные обследования и показатели измерений вводятся в компьютер

Точное измерение каждого показателя при всестороннем обследовании организма позволит более точно оценить здоровье и в дальнейшем дать более обоснованные рекомендации для укрепления здоровья.

Программа содержит дополнительную информацию в виде меню, объясняющую определение должного показателя, дается оценка фактического показателя. Каждый фактический показатель оценивается по отношению к должному по системе 100 баллов. Все показатели накапливаются в банке информации и при динамичном наблюдении за показателями здоровья данная система позволяет каждую последующую информацию сравнивать с предыдущей в графическом ее изображении.

В разделе общие данные записывают паспортные и социальные данные. Анализ двигательной активности проводится с помощью спортивного анамнеза, в разделе, которого дается классификация по видам спорта. При анализе соматического здоровья записывают перенесенные заболевания, операции, травмы, учитываются все

диагнозы, выставленные на профилактическом осмотре врачами специалистами.

Оценка состояния соматического здоровья по отношению к анализу заболеваемости организма сопровождается выделением основного клинического диагноза, по поводу которого обследуемый состоит на диспансерном учете, а так же все сопутствующие заболевания. При оценке физического здоровья оценивают физическое развитие - оценивается пропорциональность физического развития методом антропометрии по традиционной схеме с дополнительными измерениями параметров тела: рост, масса тела, ЖЕЛ, динамометрия кистевая, становая, окружность грудной клетки, талии, шеи, приводится плеча, бедра, голени; гибкость позвоночника, измеряется подкожно-жировая складка в 5 точках, оценивается жировая и мышечная масса тела.; индекс крепости телосложения – КТ (Пинье); физическое состояние - оценивается функциональное состояние жизненно важных органов и систем в покое: ПП -пульс покоя, АД покоя; гипоксические пробы Штанге, Генчи; ПТМ- пневмотахометрия, ЭКГ, КИГ - кардиоинтервалография по Баевскому; индекс Скибинской, для сравнения приводится расчет ожидаемого уровня физического состояния и предполагаемая максимальная мощность работ по Е.А.Пироговой и соавт., оценка адаптационного потенциала системы кровообращения по Р.М. Баевскому; физические возможности – проводится тестирование в зависимости от возраста, оцениваются функциональные возможности с помощью функциональных проб и тестирующих нагрузок: проба Мартине-Кушелевского, проба Летунова, проба Розенталя, проба Руфье, Гарвардский степ-тест, тест Купера; оценивается реакция сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку; если показатель физической работоспособности определен, другое тестирование уже не проводится; физическая работоспособность определяется с помощью степ-теста, на тредмиле или на велоэргометре – ФРС 120,150,170; определяется МПК –

максимальное потребление кислорода; физическая подготовленность - оцениваются физические качества организма (выносливость, быстрота, сила, ловкость) по результатам комплекса многоборья, которые в свою очередь оцениваются по унифицированной таблице очков; в зачет идут 5 видов: 3 обязательных – бег на короткую и длинную дистанции, подтягивание + 2 вида по выбору.

При оценке психического здоровья оценивают психоневрологический статус - нервно-психическое состояние (возбудимость, сила, тонус, выносливость нервной системы) в процессе психо-физиологического исследования периферической и центральной нервной системы с помощью сенсо- и психомоторных тестов: методика Лоскутовой, РДО, теппинг-тест; психоэмоциональный статус - оценивается психоэмоциональное состояние (черты характера, темперамент, вертливость) с помощью личностных опросников по выбору в зависимости от задачи исследования: тест Айзенка, тест ММРІ, тест Тейлора, тест САН, тест Люшера, тест Кэттела, тип нервной системы по Цуканову; психическая деятельность – оценивается интеллект, память, мышление, воображение, тест Равена; тест Зонди – предрасположенность к деятельности; оценивается душевное здоровье, потребность творить, независимость, волевые качества; оценивается умственная работоспособность в процессе проведения тестирования.

Заключение по состоянию здоровья проводится согласно полученной итоговой интегральной оценки показателя уровня здоровья в виде рейтинга здоровья. С учетом уровня здоровья проводится распределение на медицинские группы для занятий физической культурой по программе физического воспитания, что является одним из основных вопросов в учебных заведениях; Определяется степень интенсивности и пульс предельно-допустимой нагрузки для регулярных занятий физической культурой и спортом.

В разделе рекомендации для укрепления здоровья, с учетом результатов обследования, даются рекомендации для индивидуализации физических нагрузок по предлагаемой нами тренировочной программе под контролем пульса и с распечаткой пульсовой кривой режима работы тренировочного процесса при регулярных и систематических занятиях физической культурой и спортом с целью укрепления своего здоровья и обязательным улучшением своей физической подготовки (которая будет учитываться в дальнейшем для выплаты страховки в виде премии за свое здоровье при условии, если обследуемый будет застрахован в медицинской страховой компании).

Система комплексной дифференциальной оценки здоровья человека составлена с учетом требований современного здравоохранения, решая вопросы диспансеризации в организованных коллективах - учебных заведениях и на производстве, а так же широких слоев населения, с использованием этой программы в страховой медицине. Данная система может быть эффективно использована во всех диспансерах, контролирующих состояние здоровья, регулярно занимающихся физической культурой и спортом, как профессионально, так и начинающих с раннего возраста, в оздоровительных группах, фитнес-клубах, занимающихся аэробикой, шейпингом, бодибилдингом и т. д., и в специализированных оздоровительных центрах.

Предлагаемая программа комплексной оценки здоровья при всестороннем анализе индивидуума постоянно совершенствуется и в дальнейшем возможны дополнения, улучшающие ее качества,

требующие дополнительных материальных затрат,
сказывающихся на стоимости самой программы.

К ВОПРОСУ О ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ХОЛИНОЛИТИКАМИ

Резкое ухудшение наркологической эпидемиологической ситуации в Российской Федерации, наблюдаемое в последние годы, выразилось не только в росте числа наркологических больных, но и в росте распространенности наркоманий среди женщин.

Социологические исследования мужских и женских моделей наркотизации указывают на появление новых тенденций в наркотизации и формирование гендерных норм, регулирующих употребление наркотиков. Женская наркотизация становится одним из вариантов осуществления типичных женских стратегий и наркотики начинают заменять элементы жизненных стратегий – семью или работу. Следуя за принятыми нормами наркотизации в микросоциальном окружении, женщины и мужчины принимают аналогичные наркотические и психоактивные вещества.²⁸

Применение лекарственных препаратов не только по медицинским показаниям, а и с целью изменения психического состояния особенно широко распространилось во второй половине прошлого века. С целью опьянения использовались снотворные препараты, появились сообщения о злоупотреблении такими холинолитическими препаратами как циклодол. Использование веществ холинолитического действия с целью изменения психического состояния известно с давних времен. Шаманами, гадалками, целительницами применялись в основном растительные источники токсиканта. С развитием фармакологии значительно расширился спектр препаратов с холинолитическим действием. К веществам, обладающим преимущественно холинолитической активностью, относится атропин и ряд родственных ему алколоидов – скополамин, амизил, а также циклодол. Эти препараты воздействуют преимущественно на холинорецепторы синапсов восходящей ретикулярной формации и др. подкорковые образования мозга. Холинолитическими свойствами обладает и ряд противогистаминных препаратов – димедрол, пипольфен. Димедрол обладает центральным холинолитическим действием поэтому наряду с противогистаминным действием оказывает седативное. Позднее появились наблюдения, свидетельствующие о патоморфозе опийной наркомании, обусловленным присоединением зависимости от димедрола.

Как известно, острое отравление при приеме целого ряда холинолитических веществ сопровождается появлением разного рода галлюцинаций. В бытовом плане нередко этим галлюцинациям потребители придают особый смысл – познания себя, своих скрытых возможностей, откровений, смысла жизни и т.д. Прослеживается определенная связь между идеями саморазвития, как проявлением субкультуры западного «Нового века», и употреблением психоактивных веществ с галлюциногенными свойствами. Становится понятным интерес к курительным смесям, содержащим галлюциногены,

²⁸ Исследование проведено при финансовой поддержке РФФИ № 12-06-00117а

прием грибов, в состав которых входит микоатропин и псилоцибин, и других растительных токсикантов.

Таким образом, в настоящее время известно применение с целью изменения своего психического состояния как растительных веществ, содержащих холинолитики, так и лекарственных холинолитических препаратов. Среди наиболее часто используемых препаратов отмечаются глазные капли цикломед и тропикамид – готовые растворы холинолитически действующих веществ.

Среди молодых людей отмечаются случаи экспериментирования с цикломедом, который закапывается по 2 капли в каждый носовой ход. Прием носит групповой характер с целью изменения своего психического состояния – опьянения. При этом через 10-15 минут повышается фон настроения, появляется смешливость. Спустя час нарастает приятная расслабленность, психическая загруженность, моторная заторможенность с ощущением тяжести в конечностях, нарушается походка, появляется головокружение. Течение времени замедляется. Длительность интоксикации около трех часов, после чего сознание проясняется, отмечается сухость во рту, жажда, снижение аппетита. Воспоминания периода интоксикации носят отрывочный характер, что свидетельствует о кратковременном нарушении сознания.

Потребителей цикломеда привлекает состояние психофизической расслабленности, необычные ощущения «отключения от реальности» и прием становится ежедневным с постепенным нарастанием кратности приема до 10 раз в сутки с увеличением разовой дозы до 4 капель в каждый носовой ход. Повышение разовой дозы сопровождается появлением обманов восприятия: окружающее видится расплывчато, собственное отражение в зеркале искажается, кажется, что рядом находится несуществующий собеседник, появляются единичные бесцветные зрительные галлюцинации. При употреблении в группе можно «внушать» свои галлюцинации другим. В сфере мышления преобладает ощущение пустоты, речь носит бессвязный характер. Нарастает психическая заторможенность, нарушается ориентировка в месте и времени.

Спустя 2-3-месяца регулярного приема цикломеда период действия укорачивается до 1 часа. При обрыве интоксикации спустя 8-9 часов после последнего приема нарастает состояние разбитости, нечеткость зрительного восприятия, головокружение, слабость, отмечаются слабо выраженные боли в суставах, путаница в мыслях, при высоких суточных дозах препарата появляется ночное недержание мочи. Фон настроения снижен, отмечается снижение побуждений. Длительность абстиненции 3-5 дней.

При ежедневном приеме цикломеда на протяжении двух лет у больных отмечаются интеллектуально-мнестические нарушения со снижением памяти, затруднением концентрации внимания, изменением круга интересов. Поведение приобретает девиантный характер с нарастанием раздражительности до агрессивности, недисциплинированности, бездеятельности, конфликтности, общением преимущественно с асоциальными личностями. В соматической сфере отмечаются трофические нарушения: дефицит веса, мышечная атония, истончение и сухость кожи.

На протяжении последних лет отмечается частое применение глазных капель тропикамид с целью одурманивания среди наркологических больных. Глазные капли тропикамид, представляющие собой раствор холинолитика, с целью усиления действия

основного психоактивного вещества применяют в сочетании с амфетаминами, алкоголем, героином. По мнению наркозависимых тропикамид усиливает действие любого наркотика.

Широкое распространение злоупотребления тропикамидом подтверждается клинической практикой. Особенности клинических проявлений злоупотребления тропикамидом у наркозависимых мужчин описаны Мохначевым С.О. с соавторами [1]. Авторы отмечают усиление действия героина при совместном введении с тропикамидом, но укорочение периода интоксикации, что приводит к учащению инъекций.

Нами установлено, что среди женщин, поступивших на лечение в клиническую наркологическую больницу № 17 г. Москвы в 2012 г. с диагнозом героиновой зависимости, 16% сочетали прием героина с внутривенным введением тропикамида.

В изученную группу наркозависимых женщин (73 человека) вошли больные в возрасте от 19 до 34 лет со значительным преобладанием женщин в возрасте более 25 лет (74%). Давность героиновой зависимости преимущественно более 5 лет, а в 40% наблюдений – 10 лет и более.

Дополнительный прием тропикамида ими практиковался на протяжении от 2 до 12 месяцев. Каждая третья употребляла холинолитик эпизодически. Около половины исследованной группы вводили тропикамид регулярно от 4 до 12 месяцев. В большинстве наблюдений холинолитик вводился ежедневно одномоментно с героином. При этом по самоотчетам больных период наркотического опьянения удлинялся, улучшалось качество эйфории нередко за счет оживления начальной фазы действия наркотика. В целом, по обобщению данных самоотчетов больных нами сделан вывод, что дополнительный прием холинолитика усиливает мягко-седативный компонент героиновой эйфории и удлиняет период действия наркотика.

Нередко при отсутствии основного наркотика больные использовали тропикамид как заместительный препарат на высоте патологического влечения к героину, однако перехода на постоянное введение этого препарата не наблюдалось. При заместительном введении холинолитика в дозе 2-4 мл наступало состояние легкого оглушения, период действия ограничивался двумя часами. Для возобновления эффекта делалось несколько инъекций, иногда в возрастающих до 10 мл дозах. При одномоментном введении 6-10 мл больные отмечали «быстрый и сильный приход» с переходом в состояние оглушения. По описанию больных, они не помнили, что с ними происходило, не могли вспомнить делали они инъекцию или нет, «уколась и тут же забываешь, что укололась». В отдельных случаях при приеме высоких доз состояние острой интоксикации осложнялось появлением зрительных галлюцинаций, развитием эпилептиформных припадков. Суммарные суточные дозы составляли 20- 60 мл тропикамида.

Дополнительный прием холинолитика не оказывал существенного влияния на течение абстинентного синдрома по опиатному типу. Симптоматика абстиненции вследствие более тяжелой и длительной героиновой интоксикации дополнялась неврологическими расстройствами: снижением тонуса мышц, смазанностью речи, нистагмическими горизонтальными подергиваниями глазных яблок, координаторными расстройствами.

По минованию абстиненции выявляются симптомы дефекта, обусловленные приемом холинолитика. Следствием регулярной наркотизации героином является становление «наркоманической» личности, которая характеризуется снижением волевых установок, грубым эмоциональным снижением с нарастанием эгоцентризма, формированием рентных установок, изменением уклада жизни, жизненных ценностей, социальной дезадаптацией. На этом фоне регулярный прием тропикамида более 4-6 месяцев приводит к снижению уровня личности по органическому типу. Отмечается нарушение концентрации внимания с невозможностью сосредоточения и усвоения нового материала, снижение памяти, затруднение осмысления ситуации, еще большее снижение критических способностей, недержание аффекта с грубостью, брутальностью эмоций, когда взрывы гнева сменяются слезливой беспомощностью. Сам факт приема тропикамида как более доступного психоактивного вещества указывает на снижение уровня личности.

У исследованных больных отмечалась выраженная соматическая отягощенность: патология почек токсического генеза наблюдалась у 48% обследованных, хронический бронхит – у 32%. Маркеры вирусного гепатита С выявлены у 98%.

В целом, дополнительный прием холинолитика утяжеляет течение героиновой наркомании у женщин, влияет на прогрессивность заболевания, ускоряя формирование психоорганического синдрома с нарастанием интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений. Ухудшается прогноз болезни с переходом в полизависимость.

В апреле 2013 года тропикамид внесен в перечень лекарств, подлежащих предметно-количественному учету. Однако по сведениям наркологических больных сохраняется возможность приобретения этого препарата в ночных аптеках, в аптечных киосках.

Библиографический список

1. Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Усманова Н.Н. Клинические проявления злоупотребления тропикамидом.//Журн. Наркология, 2012.- №2.- С.44-49.

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Есть два базисных фактора, определяющих социальное поведение людей: личностный, отражающийся в осознанных намерениях, целях, способах их достижения, и социальный – воздействие макро- и, в особенности микросреды (господствующих в ней норм, взглядов, отношений, ценностей и т. п.), проходя через которую общественные требования либо принимаются, либо отвергаются, либо видоизменяются, преломляясь через призму специфических условий, социальных ориентаций и т.п.

Каковы нормы, господствующие в этих микросредах, таковы реально функционирующие нормы образа жизни. Судить об этом мы можем по содержанию социально-нравственного опыта масс, находящему свое отражение в оценке людьми степени распространенности в их микросредах наиболее общих норм жизнедеятельности, повседневного поведения людей, дающих в совокупности представление об определенном ценностно-нормативном наполнении реально складывающегося образа жизни и его соответствии (несоответствии) задачам общественного развития (см. табл. 1).

Таблица 1

Ответы на вопрос: «Как вы считаете, среди людей, которых вы постоянно встречаете в своей жизни на работе, в семье, в кругу знакомых почти все, большинство, меньшинство или очень мало...» (в % к числу опрошенных; 1981 – 1982 гг, $n_1=5522$; 2008 г., $n_2 = 2017$)

	1981 – 1982 гг.		2008 г.	
	Почти все	Большинство	Почти все	Большинство
1. Уверены в завтрашнем дне*	38,1	51,2	4,6	25,6

2. Стремятся работать как можно лучше	22,8	65,5	13,3	51,8
3. Отзывчивы, всегда готовы прийти на помощь другим людям	17,9	63,2	12,7	42,9
4. Интересуются в основном приобретением вещей	9,1	35,9	7,6	38,6
5. Заняты только собой, своим личным благополучием	3,4	17,8	15,0	39,3
6. Злоупотребляют спиртными напитками	1,7	18,3	4,8	24,0
7. Недостаточно хорошо (плохо – в 2008 г.) относятся к людям других национальностей	1,8	5,6	4,5	18,9

Как видно из приведенных данных, повседневное поведение советских людей в начале 80-х годов прошлого века отличала приверженность подавляющего большинства к безусловно позитивным социальным нормам. Так, главным фундаментальным качеством советского образа жизни являлся социальный оптимизм. Примерно 9 из каждых 10 респондентов отметили в ходе опроса, что окружающие их люди спокойно смотрят в будущее, уверены в завтрашнем дне.

Основа социального оптимизма при социализме – добросовестный труд как источник всех жизненных благ. Поэтому неудивительно, что именно стремление работать как можно лучше занимало второе место по распространенности норм повседневного поведения людей.

Об установлении между советскими людьми отношений дружбы и взаимопомощи свидетельствовала широкая распространенность в их социальном окружении, таких норм, как отзывчивость, чуткость к другим людям, на которых строятся все цивилизованные социальные, да и экономические отношения.

Сегодня много говорят о толерантности, особенно в связи с этническими отношениями. Судя по анализируемым данным, в советской России эта проблема практически отсутствовала. Значимой уже в то время

она была лишь в Закавказье, в Азербайджане (12–14% микросред, зараженных национальными предрассудками), где спустя несколько лет после опроса произошли первые столкновения и погромы на национальной почве (Сумгаит, Баку, Карабах), дестабилизировавшие обстановку в СССР в целом.

Таково главное нормативное наполнение советского образа жизни. В качестве же главных его антиподов выступили: «приобретательство» – потребление как самоцель, выходящее далеко за пределы разумных для того времени потребностей, алкоголизация населения, а также эгоизм, занятость исключительно собой, личным благополучием.

Данные, приведенные в таблице 1 и на рисунке 1 свидетельствуют о значительных изменениях в нормах жизнедеятельности людей, происшедших за последнюю четверть века

Ответы на вопрос «Как Вы считаете, те люди, которых Вы постоянно встречаете в Вашей жизни (на работе, в семье, в кругу знакомых), почти все, большинство, меньшинство или очень мало...» (в % к числу опрошенных)

Почти все или большинство

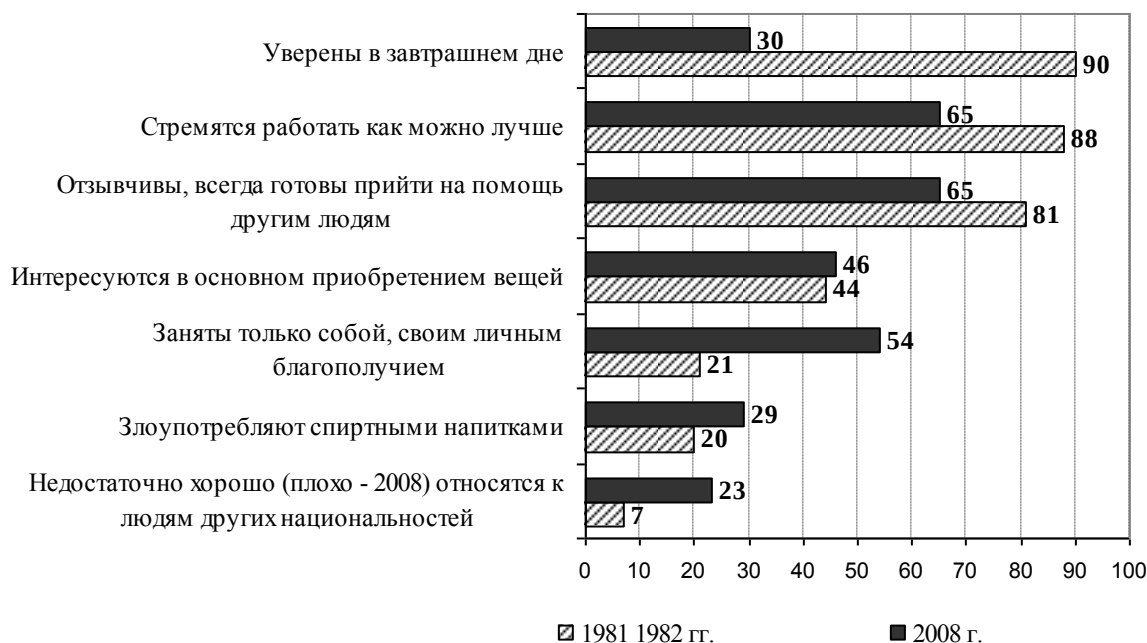


Рисунок 1

Общая тенденция тут прослеживается достаточно четко. За прошедшие годы в ближайшем социальном окружении россиян гораздо меньше стало людей, имеющих позитивные социальные установки и гораздо больше тех, кто ведет себя в соответствии с негативными установками. Так, резко (в 3 раза) уменьшилась доля микросред, в которых почти все или большинство людей уверены в завтрашнем дне, и в 2 раза – доля тех, в ближайшем социальном окружении которых почти все стремятся работать как можно лучше. На 25% сократилось число микросред, состоящих в основном из людей отзывчивых, всегда готовых прийти на помощь.

Напротив, в 2,5 раза стало больше людей, в ближайшем социальном окружении которых доминируют люди, озабоченные исключительно собой, своим личным благополучием. В алкогольном социальном окружении сегодня вынуждены жить в полтора раза больше, а в зараженном националистическими предрассудками – в три раза больше людей, нежели в 1981–1982 гг. (см. рис. 2.1). Учитывая изменения в формулировке вопроса (в базовом исследовании речь шла о недостаточно «хорошем» отношении к людям других национальностей, а в сравнительном – о «плохом»), названная тенденция представляется весьма тревожной.

Соответственно, изменилась иерархия норм в социальном окружении людей. Так, в советский период в повседневном поведении людей лидировали с большим отрывом три взаимосвязанные, безусловно позитивные социальные нормы (уверенность в завтрашнем дне; стремление работать как можно лучше; отзывчивость, готовность прийти на помощь другим людям), которые, по-существу, носили всеобщий характер (доминировали более чем в 80% микросред).

В нынешней России главная лидирующая и наиболее характерная норма повседневности советского периода (уверенность в завтрашнем дне) полностью изменила своё социальное лицо, перейдя в разряд аутсайдеров. Сегодня в нашем обществе на роль ведущих пока ещё претендуют две нормы безусловно позитивного плана (стремление работать как можно лучше;

отзывчивость, готовность помочь другим людям), правда, значительно сдавшие свои позиции, превратившиеся из норм всеобщих в нормы средней распространенности, а также «дышащий им в спину» эгоцентризм.

Иначе говоря, нормативное ядро российского общества не просто утратило свою необходимую целостность, но, по сути, раскололось, вобрав в себя нормы прямо противоположные по своему характеру, что свидетельствует о распаде советского образ жизни.

Если же говорить об общем векторе происшедших изменений, то налицо активное расширение зоны действия норм негативных за счет сужения зоны действия позитивных норм: лучше работать постепенно заменяется на лучше потреблять; взаимопомощь — на эгоцентризм; уверенность в завтрашнем дне — на социальную и национальную напряженность.

Все это признаки явной деструкции социальных отношений, масштабы которой достаточно хорошо видны из сравнительного анализа характера социального окружения людей в советское и настоящее время (см. табл. 2)

Таблица 2

Характер социальной микросреды

	1981–1982 гг.	2008 г.
Цивилизованная среда (Почти все или большинство стремятся работать как можно лучше; отзывчивы, готовы прийти на помощь другим людям; этнически толерантны. Упоминание хотя бы одной из перечисленных характеристик без упоминания характеристик нецивилизованной среды)	72	38
Нецивилизованная среда (Почти все или большинство не стремятся работать как можно лучше; не отзывчивы, не готовы прийти на помощь другим людям; этнически не толерантны. Упоминание хотя бы одной из перечисленных характеристик без упоминания характеристик цивилизованной среды)	1	8

Смешанная среда (Совместное упоминание характеристик цивилизованной и нецивилизованной среды)	28	54

Отчетливая тенденция налицо. В современном российском обществе идет процесс замены благоприятной для нормального человека социальной среды на неблагоприятную: паразитическую, агрессивно-враждебную.

Если сравнить изменения в нормах повседневного поведения людей, а также в инструментальных ценностях, то именно последние, как явствует из результатов нашего исследования, за четверть века подверглись наиболее существенной модификации (см. табл. 3).

Таблица 3

*Ответы на вопрос: «Что важно, а что не важно для достижения успеха, благополучия в жизни?»
(в доперестроечной и сегодняшней России; в % к числу опрошенных)*

	1981 – 1982 гг.		2008 г.	
	Очень важно	Важно	Очень важно	Важно
Трудолюбие, добросовестное отношение к делу	66,6	31,0	38,4	46,4
Отзывчивость, чуткость к другим людям	48,1	48,4	21,3	46,4
Честность, принципиальность	54,4	39,7	19,8	46,9
Связи с «нужными» людьми	13,8	33,7	45,3	37,9
Умение приспособиться	9,4	34,8	35,4	44,2
Забота, прежде всего о себе	10,5	33,1	21,4	50,8
Образование	42,5	47,6	48,2	39,5
Деньги	33,0	52,4	48,8	40,8
Способности, талант	26,7	56,6	28,0	51,0

Как видно из приведенных данных, в Советской России существовала достаточно четко оформленная по своим характерологическим особенностям система инструментальных ценностей, способов и приемов решения людьми актуальных жизненных ситуаций и проблем.

По степени важности для людей и распространенности среди них инструментальные ценности подразделялись на три основные группы:

- ценности всеобщей распространенности (считали очень важными около или свыше 50% населения и важными свыше 90%);
- средней распространенности (считали очень важными от 20% до 50% населения и важными от 70% до 90%);
- ценности меньшинства (считали важными до 50% населения).

Первая лидирующая группа представлена традиционными для русской и советской культуры средствами достижения успеха, благополучия в жизни: трудолюбие, добросовестное отношение к делу; отзывчивость, чуткость к другим людям; честность, принципиальность.

Вторая группа ценностей средней распространенности включала в себя средства достижения жизненного успеха, важные в любых современных культурах: образование; деньги; способности, талант.

Наконец, ценности меньшинства: связи с «нужными» людьми, умение приспособиться, забота, прежде всего, о себе, которые сегодня можно назвать либеральными. С ними в советское время вели «непримиримую идеологическую борьбу», но в повседневной жизни мирились как с неизбежным и не очень распространенным злом.

Эта четкая структура реально функционирующих инструментальных ценностей во многом обеспечивала процесс социализации личности и формирование достаточно прочной советской идентичности.

Кардинальное изменение общественного строя, утрата вектора общественного развития и сопутствующее разрушение процесса социализации личности, систем правовой и духовно-нравственной регуляции, привели к тому, что в сегодняшней России все инструментальные ценности стали, как бы, равнозначны. Их четкая структура, характерная для советского общества, полностью развалилась. Не стало ни всеобщих ценностей, ни ценностей меньшинства. Все они слились в группу, представляющую собой эклектичный набор прямо противоположных ценностей, в котором, тем не менее, лидируют в основном средства достижения успеха, благополучия в жизни, так сказать, либерального толка (см. рис. 2).

Довольно стабильными, инвариантными к политико-экономическим трансформациям России выступают образование, способности, талант и деньги. Однако в современном российском обществе, по сравнению с доперестроечным, довольно резко падает роль и значение традиционных для русской культуры средств достижения жизненного успеха (трудолюбия, добросовестного отношения к делу; отзывчивости, чуткости к другим людям; честности, принципиальности), наряду с резким возрастанием роли и значения инструментальных ценностей, так сказать, либеральных (связей с «нужными» людьми, умения приспособиться; индивидуализма).

Ответы на вопрос: «Что важно, а что не важно для достижения успеха, благополучия в жизни?»

(в доперестроечной и сегодняшней России; в % к числу опрошенных)

Очень важно + важно

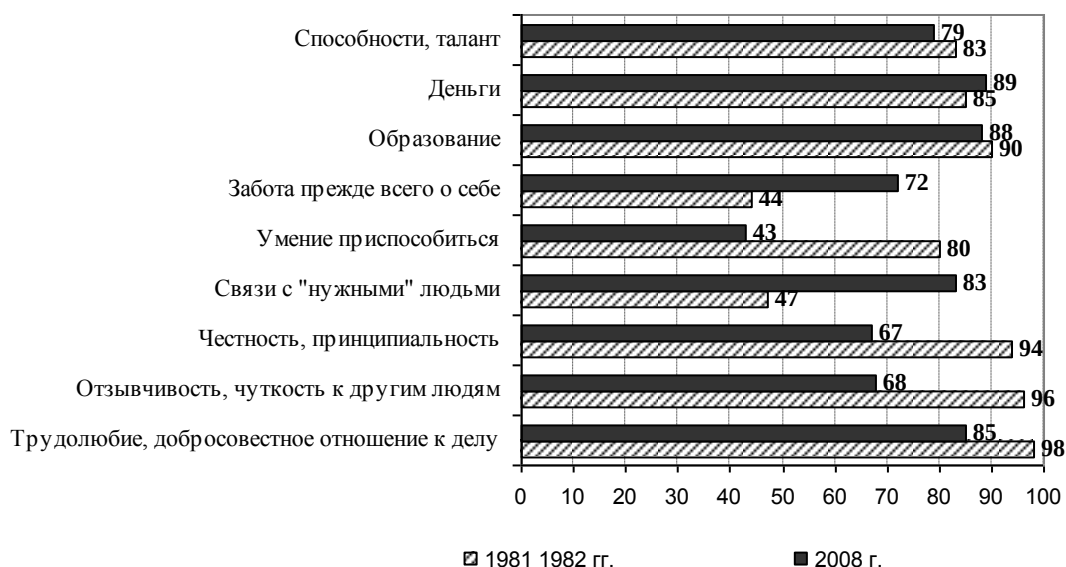


Рисунок 2

О силе и характере этого прорыва можно судить, сравнив распространенность различных групп инструментальных ценностей в доперестроечное и нынешнее время (см. табл. 4).

Таблица 4

Распространенность в обществе традиционных и либеральных ценностей (в % к числу опрошенных)

	1981 -1982 гг.	2008 г.
Разделяют традиционные ценности (Признают очень важным трудолюбие, добросовестное отношение к делу; отзывчивость, чуткость к другим людям, честность, принципиальность и отвергают как очень важные ценности либеральные)	60,7	19,3
Разделяют либеральные ценности (Признают очень важными связи с нужными людьми; умение приспособиться; заботу прежде всего о себе и отвергают как очень важные ценности традиционные)	4,1	32,3
Разделяют традиционные и либеральные ценности (Признают очень важными традиционные и либеральные ценности одновременно)	18,8	27,2
Не разделяют ни традиционных, ни либеральных ценностей (Не признают очень важными ни традиционные, ни либеральные ценности)	16,4	18,1

Приведенные цифры говорят об **инверсии** в сознании людей. Лидирующие в советское время базовые традиционные ценности, на которые ориентировалась основная масса населения, заняли сегодня позиции аутсайдеров, поскольку доля людей, их разделяющих, уменьшилась в 3 раза, а доля тех, кто разделяет либеральные ценности, напротив, возросла в 8 раз.

В 1,5 раза возросла и группа, объединяющая людей, разделяющих и традиционные, и либеральные ценности одновременно. В доперестроечное время этот человеческий тип трактовался в ключе «двоемыслия», «разлада со своей совестью», «сознательного нарушения наших норм и принципов», а как следствие – и законов. На рубеже 90-х принятие двойного ценностного стандарта пытались интерпретировать как «разрушительную сделку с дьяволом». Однако, на наш взгляд, в те годы это был акт здравого

прагматизма, позволявший «нормально» жить и неплохо себя чувствовать в обществе с «поехавшей» крышей.

Анализ результатов сравнительного исследования образа жизни позволяет говорить о разительном снижении социально-нравственного и трудового потенциала российского общества за последнюю четверть века. Произошла инверсия стандартов повседневного поведения и связанных с ними инструментальных ценностей.

В современном российском обществе распалось единое нормативно-ценностное ядро, представленное базовыми для всех культур, называющих себя цивилизованными, нормами и традиционными для русской культуры ценностями.

В повседневной жизни активизировался и даже начинает доминировать эгоцентризм. Не может не тревожить бурный рост этнической нетолерантности и заметный – алкоголизации населения, а также резкое снижение уровня распространенности норм повседневного поведения, обеспечивающих цивилизованное развитие любого общества (стремление работать как можно лучше; отзывчивость, взаимопомощь), в результате чего формируется неблагоприятная для нормального человека (паразитическая, агрессивно-враждебная) среда обитания.

Схожие тенденции, но, пожалуй, более ярко проявляющиеся, обнаруживаются при анализе изменений в инструментальных ценностях.

В соответствии с реально функционирующими нормами формируется поддерживающая их ценностная система, в которой резко возрастает значение ценностей, так сказать, либеральных (связи с «нужными» людьми, умение приспособиться, крайний индивидуализм), и также резко падает значение ценностей традиционных (трудолюбие, добросовестное отношение к делу; отзывчивость, чуткость к другим людям; честность, принципиальность).

Все это неизбежно порождает фрустрацию, утрату смысла жизни и другие формы психологического неблагополучия. Тем не менее, вполне

можно прогнозировать ухудшение социальной ситуации в нашем обществе, если выявленные в сравнительном исследовании тенденции изменений в сознании и повседневном поведении людей сохранятся.

Как показывает анализ, в сегодняшней России контркультурные формы повседневной жизни, объединенные общим понятием «нецивилизованная среда» (приобретательство, эгоцентризм и этническая нетолерантность) оказываются тесно связанными с различными видами асоциального поведения: стремлением взять от общества побольше, а дать ему поменьше; злоупотреблением спиртными напитками и даже с употреблением наркотиков (см. табл. 5).

Таблица 5

**Взаимосвязь характера социального окружения людей
с асоциальным поведением (% к числу опрошенных; n = 2017)**

Среда	Стремятся взять от общества побольше, а дать ему поменьше				Злоупотребляют спиртными напитками				Употребляют наркотики			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Цивилизованная	5,9	21,1	52,3	20,6	1,3	10,8	32,1	55,7	0,6	1,5	7,9	90,0
Смешанная	16,6	49,5	26,9	7,0	5,9	27,7	34,2	32,3	3,0	7,9	15,7	73,4
Нецивилизованная	29,4	51,7	6,1	6,7	13,5	61,3	17,2	8,0	3,1	21,5	28,8	46,6

1 – почти все; 2 – большинство; 3 – меньшинство; 4 – очень мало

Приведенные данные позволяют говорить о прямой зависимости между характером социальной среды и асоциальным поведением. В минимальной степени все анализируемые его формы присущи цивилизованной среде. Любое внедрение в нее хотя бы одной из норм, характеризующих нецивилизованную среду резко активизирует (в разы!) все формы асоциального поведения. Когда же в той или иной среде функционируют только нецивилизованные нормы, асоциальное поведение начинает в ней доминировать.

Именно так обстоит дело с потреблением спиртных напитков и распространенностью рваческих «хапательных» установок по отношению к обществу в целом, которые реализуются в уклонении от уплаты налогов, воровстве, коррупции и т.п.

Не столь выпукло, но все же достаточно четко прослеживается зависимость между характером социальной среды и потреблением наркотиков.

Однако наиболее тесно характер социальной микросреды оказывается связанным со здоровым образом жизни (см. табл. 6).

Таблица 6

Взаимосвязь характера социального окружения людей со здоровым образом жизни (% к числу опрошенных)

Среда	Ведут здоровый образ жизни			
	Почти все	Большинство	Меньшинство	Очень мало
Цивилизованная	9,4	42,3	33,2	15,2
Смешанная	4,4	21,5	42,2	31,9
Нецивилизованная	0,6	1,8	41,1	56,4

Так что, от того, в каком ценностно-нормативном направлении общество будет двигаться далее, очень многое зависит.

О.А. Воронкова,

ФГБУН ИС РАН, Москва

КОММУНИКАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ФАКТОР, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЙ ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОЙ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ СРЕДЫ.

Разрушение сложившейся к концу XX века социокультурной матрицы, повергшее российское общество в аномичное состояние, имеет серьезные негативные последствия для всех сфер социального развития. Радикальный идеологический разворот, имеющий целью слом политических оков социального развития, достиг прямо противоположной цели. Фактически сохранив верхушечную структуру управления, реформаторы выдернули корень внутреннего баланса социального развития – нормативно-ценностный фундамент межличностных отношений. К началу нового XXI века лишь усилилась стартовавшая в 90-х тенденция духовной деградации общества.

Изменившееся общество, отчетливо выразившее в 80-х запрос на смену советского политического режима, не могло более мириться с системой, серьезно тормозившей социальную инициативу и развитие. Осуществление системных перемен должно было происходить по пути освобождения общества от устаревших законов, необоснованных запретов на предпринимательскую и творческую деятельность с *обязательным сохранением* того лучшего, что сложилось в социокультурной среде к тому времени. Однако революционные реформы 90-х, принявшие характер «слома до основания» всех наработанных принципов поведения и взаимодействия без отделения зерен от плевел, привели к глубочайшему социокультурному кризису, из которого страна до сих пор не может выбраться.

Резкий слом институциональных и межуровневых связей привел к полной встряске смысловых основ взаимопонимания и этических принципов

взаимодействия. Разрушенные социальные ориентиры привели к увяданию ценностей взаимопомощи, бескорыстной поддержки нуждающихся и к расцвету нетипичного для российского общества принципа продажности всего, вплоть до собственных детей. Как следствие, общество столкнулось с укоренением циничности и агрессивности в межличностных и межгрупповых отношениях, выраженной в ставшей расхожей формуле «ничего личного, только бизнес». Бизнесом, как сферой намеренно отделяемой от этики, стали не только товарно-денежные отношения, но и традиционно высоко этические для России сферы образования, здравоохранения, и даже веры. Целями бизнеса, ставшими приоритетными в постсоветской России, прикрывается полное разрушение ценностной и этической составляющей социальных отношений.

Необходимость физического и духовного выживания в разрушенной социокультурной среде потребовала поиска новых путей самоутверждения. Неизбежно возникающие трудности самореализации привели либо к стратегии использования любых средств для обогащения, не только не считаясь с интересами других, но и агрессивно устраняя, морально и физически, всё на своем пути, либо к личностной атомизации – стремлению к отчуждению и самоизоляции от агрессивной среды. Успехи и неудачи самореализации в аномичных условиях способствовали укреплению разнонаправленных тенденций развития для разных слоев общества, в зависимости от близости к финансовым потокам и власти. Полное разрушение коммуникативного баланса, неспособность договариваться на разных уровнях и решать проблемы цивилизованными средствами явились главным негативными последствиями процессов некомпетентной политической реформации.

Коммуникативный баланс между различными сферами социальной системы является необходимым условием успешного социального развития, как неоднократно подчеркивали классики теорий социальной коммуникации Ю.Хабермас [1], Н. Луман [2] и др.. Возможность достижения

коммуникативного баланса зависит от множества факторов: коммуникативной компетентности участников дискурса, их желания и воли к согласию, и т.д. Но основным фактором является наличие социальных условий для свободного, ничем не ограниченного, кроме этических рамок, выражения и отстаивания личностной позиции. Обеспечение таких условий является задачей структур, ответственных за поддержание целостности социальной системы. Однако фактором, стимулирующим системные институты к созданию и поддержанию таких условий, неизбежно является активность общества, постоянно требующего публичной площадки для самореализации. Тесная коммуникативная взаимосвязь системной и социальной сфер обеспечивают устойчивое развитие ценностно-нормативных скреп общества. Однако в истории России периоды достижения баланса в отношениях системы с обществом были крайне редкими и кратковременными.

Гораздо более типичным и традиционным для России является состояние взаимной отдаленности политической, гражданско-общественной и публично-массовой сфер, которое лишь усугубилось в сложившихся к началу нового века условиях. Каждая из сфер, живущая в относительно обособленном социально-культурном пространстве, с трудом находит или не находит вообще способов донесения своих посылов до других сфер, даже несмотря на открыто декларируемые стремления к взаимной коммуникации. Люди перестали слушать и слышать друг друга в стремлении продвижения собственных целей без оглядки на характер средств. Разница способов и методов общения одной сферы с другой настолько велика, что нахождение точек соприкосновения становится почти нереализуемым делом.

Общение на разных «социолектах»²⁹ доводит до абсурдной невозможности процесс взаимопонимания и взаимодействия. Властные директивы, линейно направленные «в один конец» и требующие лишь

²⁹Термин, введенный в свое время Р.Бартом для обозначения комплексов социальных различий в рамках национально-языковой системы [3].

исполнительной готовности «под козырек», очень часто не находят понимания не только у гражданских активистов, но и у основного адресата – народных масс. Неспособность власти слышать реальный голос социума, обнаруживающуюся вопреки декларациям «открытости», приводит к состоянию полной неэффективности разрабатываемых социальных программ, социальному напряжению и дальнейшему развитию кризисных тенденций. С другой стороны, неспособность гражданского общества ясно артикулировать позитивные требования власти, эффективно договариваться в своей сфере и разъяснять свои позиции широким массам, также не способствуют улучшению общей коммуникативной атмосферы и достижению сбалансированного состояния. Широкие массы, со своей стороны, не дождавшись выполнения обещаний власти и не понимающие, чего хотят претенденты на проведение очередных масштабных реформ, предпочитают отстраниться от бурлящего потока выяснения социально-политических отношений, стараясь физически выжить своими внутренними средствами.

Отсутствие слаженной системы координации отношений Центра и региональных общественных объединений, катастрофически разбалансированная система распределения материальных и духовных ресурсов приводят к систематическому провалу запускаемых реформ в различных сферах деятельности. Фактический возврат к административно-командному стилю донесения государственных директив при игнорировании реальных локальных возможностей воплощения приводит к абсурдному искажению изначально благих идей, срыву федеральных проектов и в итоге, к ухудшению качества жизни людей. Федеральные программы разваливаются при первых шагах их реализации. Наделение земель многодетных семей выражается в распределении негодных ни для строительства, ни для сельскохозяйственных работ участков. Громко пропагандируемые проекты повышения качества социального и медицинского обслуживания реализуются в закрытии школ, детсадов,

поликлиник, больниц и роддомов из-за несоответствия формальным критериям без предоставления каких-либо альтернатив, кроме как пользования соответствующими учреждениями в других районах, расположенных за сотни километров.

Неэффективность пропагандистских кампаний в условиях невозможности реального решения социальных проблем вызывает стойкое недоверие общества властным структурам, что становится еще одним фактором, затрудняющим налаживание контактов и способствующим усугублению кризисных тенденций.

Не находя позитивного отклика со стороны общества на пропагандистские кампании, не подкрепляемые реально эффективными последствиями, государственная политика переходит к еще менее эффективным запретительным стратегиям. Механически вводя запреты, и не предлагая сколько-нибудь приемлемых альтернатив, государство еще более расширяет пропасть между системой и обществом, заставляя общество искать обходные пути и теневые ниши. Вместо постепенного и кропотливого налаживания взаимоотношений с общественными организациями, пытающихся заниматься решением социальных проблем собственными силами, власть переходит к тотальному перекрытию каналов — административных и финансовых — самоорганизации населения и налаживания институтов самоуправления, не вписывающихся в федеральные программы и выбивающихся из-под системы тотального контроля. Отказываясь от продуктивного сотрудничества с общественными организациями, такими например, как «Наш город без наркотиков», «Гринпис России» и т.д. системные структуры препятствуют процессам восстановления здоровой социокультурной среды. Но именно объединение усилий общественности, бизнеса, органов власти и правопорядка в борьбе с негативными жизненными проявлениями — коррупцией, распространением наркотиков и употреблением алкоголя, повреждением экологии и т.д. могло

бы способствовать реставрации и новому развитию социокультурных связей и институтов.

В обществе, тем не менее, все более настойчиво пробивается и все отчетливее звучит потребность в восстановлении гуманитарных ценностей и этических приоритетов перед сугубо монетарными и формально-бюрократическими принципами социальной жизни. Общество стало активнее откликаться на призывы о помощи тем, кому не удастся по разным причинам успешно вписаться в существующие условия жизни. Общественные активисты все более смело и энергично включаются в процесс привлечения всеобщего внимания к проблемам больных детей, инвалидов, сирот и других незащищенных слоев, разоблачают лицемерные действия чиновников, рапортующих о помощи ветеранам войны, расселении людей из ветхого жилья, повышении зарплат медикам и учителям, а на деле часто не предпринимающих никаких реальных действий по улучшению жизни. Общество требует восстановления гуманного отношения к людям, утерянного в постсоветский период, вскрывает факты господства бездушия и формалистики в социальной сфере. Так, общественное возмущение вызвал факт привлечения к уголовной ответственности врача, формально «незаконно» оказавшего помощь обезболивающими препаратами онкологическому больному. Факт очевидного столкновения цинично-бюрократического подхода и гуманитарно-этической сути ситуации не мог не вызвать широкого общественного резонанса. Приписывание состава преступления, «предполагающего угрозу безопасности России» человеку, бескорыстно помогающему людям, не поддающееся «простой человеческой логике» и здравому смыслу, явилось ярким примером полной абсурдности, до которой дошли отношения системно-ответственных структур и общества[4]. Накапливаемое обществом раздражение в связи с постоянным сталкиванием с ситуациями абсурда, еще менее способствует процессу бесконфликтного и поступательного восстановления социокультурного фундамента. Социокультурная среда вынуждена восстанавливаться или

строиться заново не благодаря помощи, а вопреки давлению системных механизмов, как это было при советском режиме, что чревато дальнейшим развитием кризисных тенденций и новыми социальными потрясениями.

Выход из абсурдного состояния отсутствия взаимопонимания и невозможности взаимодействия всегда является более сложным делом, чем доведение до него, так как требует пересмотра и реорганизации многих составляющих сложившейся системной конструкции. Позитивные тенденции в развитии процесса восстановления здоровой социокультурной среды зарождаются вместе с пробуждением гражданского самосознания, социальной заинтересованности и активности в достижении целей. В цивилизованном мире без участия гражданского общества невозможно решение никаких социально-значимых вопросов, будь то повышение пенсионного возраста, этические аспекты эвтаназии или трансплантологии, содержание образовательных программ для детей и т.д. Разработка четких и ясных правил коммуникации и взаимодействия законотворческих и общественных структур является наиболее актуальной задачей настоящего момента.

Библиографический список

1. *Habermas, J.* The Theory of Communicative Action. Polity Press. 1991.
2. *Luhmann, N.* Essays on Self-Reference. New-York. Columbia University Press. 1990.
3. *Барт, Р.* Мифсегодня. Избранные работы / Пер. с фр. М: Прогресс, 1994.
4. «Врача осудили за помощь онкобольному» // «АиФ на Енисее». Красноярск, 32 мая, 2013. URL: <http://www.krsk.aif.ru/society/article/34973>. Дата обращения: 25.05. 2013 г.

СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ НАРКОПРЕВЕНТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОБИЛЬНОГО СТУДЕНЧЕСКОГО ОТРЯДА ВОЛОНТЕРОВ

Проблема наркомании давно уже перестала быть проблемой отдельных людей и обществ: в современном мире наркомания стала проблемой всего человечества. Статистика утверждает, что наркомания молодеет, наиболее активно подростки приобщаются к наркотикам в 14-16 лет, поэтому профилактику возникновения наркотической зависимости необходимо начинать в младшем подростковом возрасте и продолжать далее, охватывая период наибольшей опасности наркотизации. Ключевые факторы негативного развития наркоситуации на Кубани связаны с тем, что край: является приграничной территорией (по территории края проходит государственная граница с Республикой Абхазия и Турецкой Республикой, которые относятся к наркоопасным регионам); относится к одним из наиболее приспособленных для незаконного культивирования наркотикосодержащих растений; сохраняет высокий уровень заболеваемости наркоманией среди населения (наличие постоянного рынка сбыта наркотиков); содержит большое количество объектов, на которых осуществляется легальный оборот наркотических средств и психотропных веществ (сложность контроля за легальным оборотом наркотиков); имеет развитую транспортную инфраструктуру (многообразие маршрутов поступления наркотиков на территорию обслуживания); располагает большим количеством иностранной рабочей силы, прибывшей из наркоопасных регионов (страны Средней Азии). [2]

Проблемы профилактики наркомании рассматриваются в работах многих исследователей. Социологические исследования наркомании в

России отражены в работах Я.И. Гилянского, В.В. Дунаевского, И.Н. Кириллова, Ф.Э. Шереги, Н.Ю. Самыкиной. Социальные аспекты наркомании освещаются С.К. Бондыревой, О.А. Голосновым, М.Г. Мацкевич, П.А. Мейлас, М.Е. Поздняковой, В.Л. Харсеевой. Особенности подросткового наркотизма исследуются в работах Ю.В. Верминенко, Г.П. Гвоздела, Э.А. Колесниковой, М.М. Русаковой.

В трудах Р.Р. Гарифулина, А.А. Габиани, А.Е. Личко разрабатываются механизмы практической работы с лицами, принимающими наркотики. Вопросы организации комплексной программы профилактики употребления наркотиков изучают Е.В. Аверина, С.Б. Ваисов, М.В. Еремин, В.П. Кветков, Д.В. Колесов, А.С. Миронов, В.А. Овчаренко, Н.А. Сирота, В.С. Хомик и др.

Б.Г. Комиссаров и Т.В. Отвагина рассматривают подростковую наркоманию через призму генетической предрасположенности, а также факторов окружающей среды и социальных факторов. В работах К.С. Лисецкого и Е.В. Литягиной, А.Г. Макеевой, Т.В. Отвагиной выявляются причины (или факторы) распространения наркомании среди подростков, которые условно можно разделить на объективные и субъективные: если К.С. Лисецкий и Е.В. Литягина делают акцент на объективных факторах наркотизации, то Т.В. Отвагина – на субъективных. Молодежную наркоманию как явление и объект изучения такие ученые, как: Ю.В. Верминенко, Я.И. Гилянский, В.О. Елхин, Б.А. Исаев, А.М. Каминер, Ю.Ю. Комлев, Е.А. Майорова, М.Ш. Мантатова, М.Е. Позднякова, А.Л. Салагаев, связывают с конкретными негативными явлениями современной общественной жизни. Исследование научной литературы показывает, что ситуация достаточно противоречива: с одной стороны, подростковая наркомания, являясь в некоторой степени глобальной социальной проблемой, серьёзно угрожает интеллектуальному и физическому потенциалу нации, с другой стороны, отсутствует единая модель социального контроля за распространением наркотиков.

В России, Соединенных Штатах Америки и Западной Европе сложились различные направления антинаркотической профилактики. Исследователями Г.И. Григорьевым, М.А. Ковальчук выделены следующие направления: запретительное, информационное, альтернативное, личностно-ориентированное [3]. Запретительное обычно реализуется через систему морализирования по поводу того, что приобщение к наркотикам - это нарушение всевозможных существующих в обществе социально-нравственных, этических и других норм, либо через систему мер, связанную с запугиванием человека. Этот механизм воздействия на молодежь реализуется через идею пропаганды опасности потребления наркотиков. Нужно отметить, что данный этап США и многие другие страны Западной Европы прошли в 1950-1970 гг. В России подобная практика осуществлялась вплоть до 1985 г. Низкая эффективность подобной политики в области антинаркотической профилактики доказана на практике. Информационное направление в различных аспектах популярно в наши дни. Детям и подросткам довольно много рассказывают о вреде наркотиков, о механизме действия их на организм человека, о последствиях употребления различных психоактивных веществ. Сейчас у нас в стране стало модным раздавать буклеты и развешивать плакаты о вреде наркотиков. Такая работа приносит определенную пользу. Вопрос заключается в том, какую информацию можно дать детям и подросткам о наркотических веществах, в какой форме и какое влияние на их сознание она окажет. Следующее направление антинаркотической профилактики - это пропаганда здорового образа жизни и реализация различных программ укрепления здоровья. В ходе такой работы поощряется развитие альтернативных привычек (занятие спортом, активный досуг без табака и алкоголя, обоснованный и здоровый режим труда и питания и т.п.), которые могут стать барьером, препятствующим поведению, наносящему вред здоровью, и служить альтернативой употребления наркотиков и других психоактивных веществ. Практика реализации данного направления доказала свою эффективность. Следующее направление условно

называется личностно - ориентированным. Механизм его реализации нацелен на то, чтобы, используя различные формы занятий, сформировать у человека навыки самостоятельного принятия решений, противостояния давлению группы, преодоления стрессовых, конфликтных и прочих сложных жизненных ситуаций, а также проблем общения. Существуют различные программы в этом направлении. Их общая цель - научить человека управлять собой и объективно оценивать свои действия и поступки, развить его веру в свои силы и возможности, помочь ему достигнуть социально значимых результатов в жизни. Каждое из направлений имеет как преимущества, так и недостатки. Важно уметь использовать эти направления антинаркотической профилактики адекватно и в комплексе.

До недавнего времени наркопрофилактика в школе была построена на информировании детей и подростков о вреде наркотиков, последствиях их потребления. При этом не ставился вопрос о том, к каким результатам приводила подобная деятельность. В некоторых странах начали исследования результатов такого обучения и единодушно пришли к выводу, что следует пересмотреть деятельность по профилактике наркозависимости. Оказалось, что информационный подход в форме запугивания не имеет действенного влияния на сознание учеников. Негативная информация о наркотиках, которую «выплескивали» на учеников, оказалась сильно преувеличенной, избыточной. Эйфорические состояния и мнимое расслабление от приема наркотиков все равно привлекали школьников. Суть этой проблемы – в разрыве между предлагаемой негативной информацией и стремлении подростка испытать неизвестные ранее эмоции, ощущаемые в момент приема наркотиков. Школьники младшего и среднего возраста очень податливы к отпугивающей информации, они хорошо ее воспринимают, но когда они становятся постарше и пробуют наркотики, они понимают, что все, что говорили взрослые, не совсем верно, и на самом деле наркотики могут быть субъективно приятны.

Другая проблема состоит в следующем убеждении некоторых ученых: знания о наркотиках и последствиях их приема автоматически приведет человека к отказу от их потребления. К большому сожалению, выяснилось, что нет прямой связи между знанием и поведением человека. Школьники склонны экспериментировать с различными наркотиками, несмотря на то, что они владеют о них исчерпывающими знаниями. Каждый подросток убежден, что с ним лично ничего плохого не случится.

Наше исследование было направлено на поиск продуктивных технологий профилактики наркозависимости, эффективной организации наркопревентивной деятельности среди подростков. Новизна подхода заключается в том, что основным действенным профилактическим эффектом обладает студенческий отряд волонтеров, который мобильно реагирует на заказ образовательного учреждения. Особую действенность отряд приобретает в силу его состава: в него входят специально подготовленные молодые люди, вызывающие большее доверие у подростков, нежели профессионалы-взрослые (врачи, учителя, представители правоохранительных органов).

В соответствии с целью нашего исследования мы провели опрос школьников восьмых классов г. Краснодара в количестве 127 человек для выявления факторов, влияющих на приобщение подростков к наркотикам. Нами была составлена анкета, опробованная на небольшой группе испытуемых (10 человек), которую после корректировки предложили группе респондентов, принявших участие в исследовании. В итоге в анкете осталось 18 вопросов, с помощью которых выявляли факторы, влияющие на приобщение подростков к наркотикам. Данные факторы можно условно разделить на следующие группы: *когнитивные* факторы (знания о воздействии наркотических веществ на организм, понимание опасности всех видов наркотиков); *социальные* факторы, влияющие на формирование наркотической зависимости (влияние семьи, влияние окружающих, группы сверстников, к которой принадлежит подросток, занятость, умение

распределять время); *индивидуально- психологические* факторы (изменение (настроения, тревожность, неумение владеть собой, неуверенность, уровень самооценки, жизненные ценности, планы на будущее, отношение к тем, кто распространяет и принимает наркотики).

Ответы респондентов распределились следующим образом: на первый вопрос: «Считаешь ли ты, что родители сами виноваты в том, что их дети начинают принимать наркотики?» ответили «да» 13,4% от общего числа опрошенных, «нет» - 32,5%, «не всегда» - 48,5%, остальные затрудняются ответить. Это говорит о том, что больше половины подростков считают, что родители в полной мере или частично несут ответственность за употребление наркотиков их детьми, тогда как треть подростков не склонны считать родителей причастными к этой проблеме. На родителей и друзей часто обижаются 65% подростков. Большинство респондентов прислушиваются к мнению взрослых, задумываются о возможной опасности употребления наркотиков(61%), 27% верят, что взрослые лучше разбираются в этих вопросах. Однако 12% опрошенных считают информацию о вреде наркотиков преувеличенной.

На мнение подростков влияют окружающие, особенно сверстники, что подтверждается ответами на вопросы «Склонен ли ты прислушиваться к мнению окружающих?» По результатам опроса прислушиваться к мнению окружающих считают необходимым около 50% подростков. Однако 40,5% ответили, что никогда не станут пробовать наркотики, даже если их предложат друзья, а 46% подростков вообще не считают друзьями тех, кто предлагает наркотики. Тревогу вызывает тот факт, что 12% подростков готовы попробовать наркотики, и 6 человек не определились в своем выборе.

На вопрос: «Как ты считаешь, рационально ли ты используешь свое время?» 35% респондентов ответили, что действительно рационально используют свое время, 18% считают, что не могут его распределить должным образом, не всегда рационально могут распределить свое время

38% подростков. Это свидетельствует о том, что большинство подростков уверены, что они могут рационально используют время, в то время как остальная часть опрашиваемых с трудом или вовсе не в силах определиться в своем выборе.

Внутреннее состояние подростков позволили выявить, в частности, вопросы «Часто ли меняется твое настроение?», «Вспыльчивый ли ты человек?». На первый вопрос 39,3% опрошенных ответили, что настроение действительно является изменчивым и также 39,3% считают, что их настроение не поддается изменениям, остальные респонденты выбрали ответ «иногда». На второй вопрос: ответили «да» 48,3% подростков. Это те, кто действительно относят себя к вспыльчивым людям. Не считаю, себя вспыльчивыми и говорят «нет» 31,4% респондентов, затрудняются ответить на поставленный вопрос 15,7%. Это говорит о том, что большинство подростков, относят себя к вспыльчивым людям, многие вовсе не относят себя к таковым, и лишь небольшая часть затрудняется оценить себя со стороны.

Склонность к непредсказуемым поступкам отметили у себя 40,4% подростков, а 17,9% ответили, что способны на непредсказуемые поступки в некоторых случаях. На вопрос: «Часто ли ты испытываешь тревогу, страх, неуверенность в себе?» 24,7% школьников говорят, о том, что никогда не испытывают таких ощущений, большая часть респондентов выбрала ответ «иногда» - 67,4%, остальные заявили, что могут часто испытывать подобные ощущения. Почти взрослым человеком, умеющим отвечать за свои поступки, считают себя 59,5% подростков, ребенком, от которого мало что зависит - 12,4%, не определились в собственной оценке 24,6%. Это говорит о том, что большинство подростков уже чувствуют себя взрослыми и декларируют готовность отвечать за свои поступки.

Ответы на вопросы анкеты позволили прояснить жизненные ценности подростков, связанные с ними планы на будущее. На вопрос: «Строишь ли ты планы на будущее?» ответы распределились следующим образом:

заинтересованы в строительстве своего будущего 77,5% респондентов, которые ответили – «да», в то время как 4,5% заявили, что не заинтересованы в собственном будущем. Пока не задумывались о своем будущем 17,7% подростков. На вопрос о жизненных приоритетах (хорошо учиться, иметь много друзей, иметь много денег, либо что-то другое) ответы распределились следующим образом: хорошую учебу как приоритет выбрали 48,3% подростков, иметь много друзей -24,7%, деньги считают основной ценностью -8% от общего числа опрошенных, не определились в своих приоритетах 19,4%. Из этого можно сделать вывод, что получение хорошего образования у респондентов является приоритетной задачей. Друзья как основная ценность – характерная особенность подросткового возраста, но не может не вызывать тревоги тот факт, что практически четвертая часть из всех опрошенных подростков не может определиться в своих ценностях, либо останавливает свой выбор на деньгах как основной ценности. Четко определились в своей позиции по отношению к факту употребления наркотиков ближайшим окружением лишь 15% подростков, которые высказали резкое неприятие таких действий. Отчасти это объясняется тем, что в окружении 45% подростков нет знакомых, употребляющих наркотики. Однако оставшиеся 40% относятся индифферентно к употреблению наркотиков своими знакомыми, считают это их личным делом. Ответы на вопрос об отношении подростков к тем, кто распространяет наркотики, распределились следующим образом: «это их личное дело» считают 27,3%, «это просто бизнес» 7,8%, «такие люди должны нести уголовную ответственность» - 65,5%.

На вопрос «Кто, на твой взгляд, чаще употребляет наркотики?» подростки ответили так: «слабовольные или больные люди» - 39,3% «представители шоу-бизнеса, артисты» - 11,2%, «представители криминального мира» -15,7%. Интересен ответ 33,7% респондентов, которые считают, что употребление наркотиков распространено среди обычных людей. Ответы приводят в недоумение. Еще предстоит осмыслить, на каком

основании подростки делают вывод о том, что среди обычных людей наркотики распространены в большей степени, чем в криминальном мире. В ответе на вопрос об опасности наркотиков разного вида, подростки были во многом единодушны: 67% ответили, что опасны все без исключения наркотики, иного мнения придерживаются 19 % подростков, которые считают, что опасность представляют лишь тяжелые наркотики, легкие не опасны, и, наконец, 4,5%, никогда не задумывался над этим.

К позитивным факторам можно отнести то, что большинство респондентов прислушиваются к мнению взрослых, задумываются о возможной опасности употребления наркотиков (более 60% от общего числа опрошенных), при этом считают себя почти взрослыми, умеющими отвечать за свои поступки более половины подростков. Все выявленные факторы необходимо учитывать при разработке программы работы с подростками.

На основании полученных результатов анкетирования для подростков была разработана программа социальной и психолого-педагогической профилактики наркозависимости. В случае поступления заказа на реализацию данной программы, мобильный студенческий отряд волонтеров выезжает в школу (к наркопревентивной деятельности студентов готовят на факультете педагогики, психологии, и коммуникативистики ФГБОУ ВПО Кубанского государственного университета).

Основу программы, разработанной для подростков, составляет тренинг, мини-лекции. Наша программа рассчитана на 10 встреч, при необходимости тренинги можно продолжить. Первая и последняя встречи включают диагностики (особенности эмоционально-волевой сферы, отношение подростков к употреблению и распространению наркотиков), результаты которых позволяют судить о степени эффективности проведенной профилактической работы. Этапы реализации программы: диагностический; содержательно – организационный; экспертно-оценочный.

На первом этапе работы подросткам предлагают заполнить анкеты, цель которых - выявление факторов, влияющих на приобщение подростков к наркотикам. Второй этап – проведение профилактических мероприятий в форме тренингов, направленных на формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у подростка активной жизненной позиции с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ. Третий этап - оценка результатов профилактической работы методом экспертных оценок. Экспертами в данном случае выступают администрация школы, классные руководители, представители родительского комитета. Цель – выявление наиболее эффективных методов профилактики, оценка результатов работы студенческого волонтерского отряда.

Разработанная программа (в соответствии с потребностью школы) предназначена для учащихся восьмых классов и учитывает их возрастные особенности. Тренинговые занятия включают упражнения по формированию эффективных способов общения со сверстниками, созданию позитивного эмоционального фона, развитию творческих способностей подростков. Особое внимание уделяется вопросам самопознания, рефлексии.

Логика построения групповых занятий включает следующие компоненты: создание благоприятных условий для работы группы, энергетическая мобилизация, развитие умения координировать совместные действия; координация совместных действий, сближение группы и создание условий для проявления лидерских способностей; формирование эффективных способов общения со сверстниками на основе анализа целей, намерений, потребностей участников коммуникации; формирование навыков работы в группе, формирование умения работать в коллективе, развитие творческих способностей, умение быстро реагировать на поставленную задачу; самопознание, развитие навыков работы в группе, умения ориентироваться на потребности других; формирование установки на саморазвитие и самопознание, развитие адекватного представления о себе.

Таким образом, можно констатировать, что в результате нашего исследования получен определенный опыт организации на практике наркопревентивной деятельности мобильного студенческого отряда волонтеров, которые после специального обучения реализуют программу профилактики наркозависимости, скорректированную для данного образовательного учреждения. Стоит особо отметить, что в области антинаркотического просвещения в процессе практической деятельности студентам-волонтерам следует избегать тактики запугивания, поскольку она неэффективна. При освещении последствий наркотизации рекомендуется придерживаться проверенной правдивой информации во избежание потери доверия к просветительской деятельности энтузиастов антинаркотического движения. Специалисту, который занимается профилактикой наркомании, необходимо занимать стойкую антинаркотическую позицию, позволяющую пресекать любые попытки аудитории оправдывать немедицинское употребление наркотических средств. Основная задача наркопрофилактики – показать подросткам, как можно сделать свою жизнь здоровой, интересной и счастливой.

Библиографический список

1. Указ Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 года N 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года».
2. Долгосрочная краевая целевая программа от 23 ноября 2010 года N 41 «Противодействие злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на территории Краснодарского края на 2012 - 2014 годы».
3. Ковальчук М.А. Девиантное поведение: профилактика, коррекция, реабилитация: уч.пособие/ М.А. Ковальчук, И.Ю. Тарханов. М.: Владос,2010.
4. Резниченко В.А. Девиантное поведение личности в период трансформации социальных норм: опыт России: социально-философский аспект: диссертация... кандидата философских наук: 09.00.11. Москва, 2009, 140с.

Н.А. Головин, В.М. Середа, Е.И. Краснощекова,
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет,
Санкт-Петербург

БИОСОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УСЛОВИЙ И ПРИЧИН ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Часть девиаций, образующих классический предмет девиантологии (преступность, проституция, алкоголизм и наркомания), а именно: преступность и проституция во многом представляют собой социальные конструкты. Например, еще вчера (по историческим меркам) в России обмен валюты был криминализован, сегодня - распространенная услуга. В одних странах проституция легализована, в других - криминальна. Подобные конструкты управляются культурой, которая обладает действенными механизмами регуляции поведения. В то же время невозможно отрицать, что такие распространенные девиации как алкоголизм и наркомания, негативно и необратимо влияют на функциональные системы организма субъекта, сказываются на его потомстве. Ярким примером критичности таких девиаций является женский алкоголизм и нарушения фетального алкогольного спектра, возникающие у детей женщин, злоупотребляющих алкоголем.

В настоящем исследовании изучение связи уровня алкоголизации населения с траекторией прохождения российского общества через кризис и последствиями алкоголизма для здоровья нового поколения проводили с помощью когортного анализа. Когортный анализ основан на использовании демографической сетки Лексиса (В. Лексис, вторая половина 19 века, Германия), которая позволяет проследить эффекты исторического периода и возрастных когорт. Применительно к общественному здоровью эффектом

исторического периода являются все социальные события, которые значимы для здоровья современников. В своем исследовании мы обращаем внимание на то, что это не только революции и войны, голодовки и кризисы, но и переход РФ на международные нормы ВОЗ с регистрацией живорождения 500 граммовых плодов с высокой вероятностью может сказаться на здоровье соответствующих возрастных когорт.

Когортный анализ предъявляет высокие требования к эмпирическим данным, которые должны быть в идеале структурированы по календарным годам и годам рождения респондентов. В ходе анализа мы различаем следующие исторические периоды: 1) последние стабильные советские годы – возрастные когорты родившиеся в 1991 году и ранее; 2) кризисный период 1992-2000 годов с его негативной социально-психологической атмосферой, которая массово спровоцировала все формы девиантного поведения, в том числе алкоголизм и наркоманию; 3) период относительной стабилизации общества и нормализации жизни, начиная с 2000 года. Следует обратить внимание на то, что перечисленные выше периоды имеют разные механизмы контроля состояния здоровья населения, если в первый (советский) период ответственность за здоровье несло общество в лице государство при участии гражданина, то во второй забота о здоровье вменена, в первую очередь, самому человеку, в третьем периоде начинается активная работа по оздоровлению населения и меняется демографическая политика, что находит выражение в организации высокотехнологичных Перинатальных центров, законодательно организуется выхаживание младенцев с высокой степенью недоношенности и очень низкой или экстремально низкой массой тела. Все это – разные социальные факторы, но потенциально они действительно влияют на биологические основы здоровья человека, в первую очередь его нервную систему, что впоследствии закономерно сказывается на поведении подрастающих членов общества.

В своем междисциплинарном исследовании мы, прежде всего, анализируем показатели женского здоровья и его влияние на развитие

центральной нервной системы плода и ребенка. Такой анализ стал возможным, благодаря развитию в последние десятилетия нейровизуализационных технологий. Лидерами таких технологий являются магнито-резонансная томография (МРТ), ее производные – функциональная магнито-резонансная томография и диффузионно-тензорная визуализация. Все три метода существенно расширили наши знания о мозге человека, позволили уточнить некоторые особенности его организации, определяющие эволюционную уникальность поведения *Homo sapiens*. Кроме того, данные технологии улучшили качество диагностики многих врожденных заболеваний, раскрыли механизмы их патогенеза. Пожалуй, наиболее важные открытия сделаны в познании закономерностей внутриутробного развития мозга и организации межнейронных связей коры полушарий. В частности установлено, что кора полушарий мозга у человека начинает формироваться на более ранних стадиях внутриутробного периода, чем полагали ранее и при рождении является гораздо более зрелой, чем у других млекопитающих, в том числе и приматов. Результаты таких исследований свидетельствуют о значимости внутриутробного периода для последующего становления человеческой личности, поскольку наиболее уязвимым отделом мозга является именно новая кора с ее функциями мышления, сознания, речи, целенаправленной деятельности, обеспечения связи организма с социальной средой, адаптации к ее изменениям. Из сказанного закономерно следует, насколько важно соматическое и психическое здоровье матери в период беременности для благополучного развития ребенка. В качестве наиболее яркого примера того, как новые технологии нейровизуализации раскрывают значимость состояния материнского организма для психо-социального статуса будущего ребенка, следует привести исследования мозга детей с фетальным алкогольным синдромом (ФАС) и нарушениями фетального алкогольного спектра (ФАСН). Дети с этими заболеваниями характеризуются проблемами в обучении (не только в школе, но и в обучении элементарным навыкам), снижением памяти и внимания, они хуже контролируют свои

эмоции и поведение, могут совершать асоциальные поступки и вступать в конфликт с законом. Часто такие дети нуждаются в обучении в специальных школах (Пальчик и др., 2006; May, Gossage. 2001). За последнее десятилетие появился целый ряд исследований мозга детей с ФАС/ФАСН, выполненных методами нейровизуализации. В результате обнаружено, что у таких детей имеется характерный дефицит межнейронных связей между лобной и височно-затылочной областями коры обоих полушарий (обзоры Astley et al., 2009; Landgraf, 2013). Обнаруженные отклонения косвенно указывают на возможность избирательно повышенной уязвимости указанных отделов мозга в тот период внутриутробного развития, когда такие связи формируются. Медико-биологические исследования, проведенные в СПбГУ, подтверждают это, позволяя обозначить временные рамки критических периодов – 18-36 недели гестации, в течение которых кора лобной, теменной и височно-затылочной областей полушарий подвергается высокому риску повреждения в случае воздействия пренатальных тератогенных факторов (Краснощекова и др, 2010). Исходя из этого можно обоснованно полагать, что, негативные социальные факторы, опосредованные алкоголизмом или наркоманией матери, оказывают существенное влияние на развитие головного мозга плода.

Действие интегрированного негативного социально-психологического фактора кризисных 1990-х годов можно охарактеризовать с помощью единого Индекса социальных настроений (ИСН), рассчитываемого ВЦИОМ с 1998 года на основе ответов респондентов на вопросы об оценке социально-экономического положения семьи, города, страны в данный момент и в перспективе. Социологом М. Красильниковой доказано, что «единый вектор общественных настроений, будучи сформирован под влиянием различных сторон жизни людей ..., становится самостоятельным фактором, оказывающим воздействие на каждого отдельного члена общества, а тем самым и на поведение общества в целом». Используя методику Ю. Левады, нами выполнен расчет ИСН для наиболее тяжелого периода 1994-2001 гг.

Результаты убедительно показывают, что социальное настроение в кризисный период характеризуется отрицательным эмоциональным фоном – с начала измерений и вплоть до января 2000 г. В этот период ИСН заметно ниже границы «оптимизм-пессимизм» (100 пунктов). В 1994-1995 гг. ИСН понижается, но уже в 1996 г. эта тенденция замедляется и показатель даже несколько улучшается, вероятно, в связи с выборами президента. С 1997 г. по середину 1998 г. ИСН хотя и остается отрицательным, но набирает более 80 пунктов. Его длительный «провал» ниже 70 пунктов наблюдается после августовского (1998 г.) финансового кризиса, закончившегося лишь с назначением В. В. Путина на пост премьер-министра с последующим избранием Президентом РФ. До 1998 г. ИСН снижается даже в начале года, свидетельствуя тем самым о психологической усталости человека от кризиса, которую не может компенсировать даже так называемый «предновогодний оптимизм». В этот период люди не ждут от нового года ничего хорошего, даже скорее ухудшения жизни, чем ее улучшения. Лишь с 1999 гг. наблюдается перелом этой тенденции, а с 2000 г. значение ИСН становится выше критических 100 пунктов. Жизнь в кризисном обществе, судя по статистике, оборачивается высоким уровнем заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения, болезнями нервной системы и органов чувств. Одновременно растет уровень алкоголизма, как попытки ухода от кризисной реальности и связанных с ней неприятностей – безработицы, безденежья, усиления рыночной конкуренции в повседневной жизни. Об этом свидетельствуют данные кризисного и стабилизационного периодов (табл. 1-3).

Аналогичную зависимость демонстрируют психические расстройства и расстройства поведения, обусловленные злоупотреблением алкоголя (табл. 4).

Таблица 1

Заболеваемость населения болезнями нервной системы и органов чувств в 1990-х и 2000-х годах на 100.000 чел.

1990-1998

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
45,8	47,6	50,5	54,2	55,9	57,9	60,2	60,2	62,2

2000-2011

2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
15,3	15,3	16,2	16,5	16,9	16,6	16,4	16,5

Источник: Российский статистический ежегодник. М., 2012. Табл. 8.16, 8.17.

Таблица 2

Численность больных, состоящих на учете с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы на 100.000 населения

1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1460	1663	1636	1508	1542	1506	1482	1459	1412	1367	1304

Источник: Российский статистический ежегодник. М., 2012. Табл. 8.28.

Таблица 3

Численность больных, обратившихся за наркологической помощью в 1992 – 2010гг.

1992-2000

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
А)	1764,4	1777,6	1789,5	1767,5	1751,5	1708,3	1673,1	1632,5	1629,9
Б)	29,5	50,5	77,9	81,8	76,9	65,9	58,9	60,6	75,6

2001-2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
А)	1625,7	1651,3	1648,2	1660,2	1654,4	1621,7	1594,5	1566,9	1524,3	1478,1
Б)	83,2	93,1	96,2	94,6	93,8	88,1	80,3	80,3	74,0	70,9

А) Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя + синдром зависимости от алкоголя (на 1000.000 чел.);

Б) Из них: психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (на 1000 чел.)

Источник: Социально значимые заболевания населения в 2010 году.

Статистические материалы / Минздравсоцразвития РФ М., 2011. Табл. 5.3.

Таблица 4

Алкоголизм и алкогольные психозы на 100 000 человек населения

1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
244,2	152	156,1	129,7	147	134,8	122,5	121,5	111,8	107,8	96,6
1460	1663	1636	1508	1542	1506	1482	1459	1412	1367	1304

Источник: Российский статистический ежегодник. М., 2012. Табл. 8.28

Таким образом, социальная ситуация в РФ на протяжении 1990-х годов характеризуется высокой стрессогенностью, что благоприятствует росту потребления алкоголя и наркотиков, создающих иллюзию позитивного эмоционального состояния. Наблюдаемый в этот период рост алкоголизация женщин фертильного возраста (табл.5) увеличивает вероятность тератогенных воздействий на развивающийся организм плода, иными словами представителей нового поколения. Судя по данным исследования Гайдукова С.Н. и его коллег, распространённость употребления алкоголя российскими женщинами составляет 90-100%, а во время беременности – почти 14%. По нашему мнению это одна из причин роста психических расстройств у возрастных групп, родившихся в кризисные 1990-е годы (табл. 6).

Статистики по ФАС/ФАСН в России нет, но в домах ребенка в 2000-2009 гг доля детей с таким заболеванием составила в разные годы от 6 до 9%, что в несколько раз превышает число детей с синдромом Дауна.

Таблица 5

Заболеваемость женщин алкоголизмом и алкогольным психозом на 100.000 женщин.

1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
37,1	47,6	56,1	53,3	50,4	49,9	46,7	46,4	42,0

Таблица 6

Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет на 100.000 населения психическими расстройствами, расстройствами поведения и болезнями нервной системы.

	2005	2007	2008	2009	2010
психические расстройства и расстройства поведения	6069,8	6476,5	6754,6	6730,9	6954,4
болезни нервной системы	9392,7	10425,4	11143,2	11181,8	11796,7

Источник: Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в РФ / Минздравсоцразвития РФ. М., 2011. табл. 34.

В настоящее время «дети кризиса» массово вступают в фертильный возраст. В связи с этим следует обратить внимание на рост числа недоношенных беременностей. Этот факт особенно значим в свете недавнего Приказа Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. (№1687), которым определены следующие медицинские критерии рождения: «срок беременности 22 недели и более; масса тела ребёнка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах); длина тела ребёнка при рождении 25 см и более ...».

Таблица 7

Численность женщин, закончивших беременность (тыс. женщин)

Итог Беременности	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
роды в срок	1734,6	1053,4	1238,3	1295,1	1420,5	1509,3	1541,8	1569,0	1577,6
преждевременные роды	72,2	46,9	44,2	46,0	50,8	53,3	66,0	62,4	63,5
Аборты	82,0	55,6	53,2	59,4	67,3	68,9	68,0	66,9	70,4
Доля недоношенных % (расчет авторов)	4,2	4,5	3,6	3,6	3,6	3,5	4,3	4	4

Источник: Российский статистический ежегодник. М., 2012. Табл. 8.32.

Как уже было сказано выше, мозг человека в период с 18 по 36 недели гестации проходит один из важнейших критических периодов развития, в это время обширные области коры полушарий мозга человека избирательно и высоко уязвимы. Следует принять во внимание, что к таким областям относятся ассоциативные, моторные и лимбические зоны, которые обеспечивают генерацию целенаправленного поведения, зрительно-слуховую и сенсомоторную интеграцию, речь, внимание, эмоциональную стабильность. Преждевременное рождение сопряжено с резким изменением условий развития, которые, вне сомнения, негативно воздействуют на незрелую нервную систему новорожденного, особенно на те структуры мозга, которые в это время проходят критический период своего развития.

В странах Западной Европы, США, Канаде опыт выхаживания глубоко недоношенных детей более длительный, чем в России и, в связи с этим, накоплены данные многолетних наблюдений за особенностями психомоторного развития таких детей и подростков, об отклонениях в структуре их мозга. Установлено, что почти 50% детей, родившихся недоношенными в дальнейшем, в школьном возрасте и позже, испытывают трудности с академической успеваемостью, социализацией, отстают в моторном развитии, а их IQ коррелирует с гестационным возрастом (Roberts et al., 2011; Nosarti et al., 2011).

Нашими исследованиями МР-томограмм мозга недоношенных детей, в сравнении с их доношенными сверстниками (Ткаченко и др., 2013), установлены отклонения в структуре трактов, сходные с теми, которые обнаруживают у детей с ФАС.

Не вызывает сомнения определяющее значение состояния здоровья беременной женщины, как среды обитания будущего ребенка, для становления функций его организма. Социальное поведение, формирующееся под воздействием семьи и общества, имеет свои биологические корни и на примере ФАС мы получаем доказательство того,

что такая девиация матери, как алкоголизм, приобретает биологическую значимость, нарушая ход нормального развития мозга в период внутриутробного развития, в дальнейшем негативно сказываясь на психо-социальном статусе детей.

Мы обращаем внимание на то, что у недоношенных детей имеются сходные с ФАС особенности организации мозга – нарушения связей фронтальной и височно-затылочной областей коры полушарий, которые потенциально могут стать причиной девиантного поведения.

В данной работе мы не ставили задачу точной количественной характеристики взаимосвязи объективных показателей здоровья поколения и кризисным или стабильным состоянием общества, уровнем развития здравоохранения, вклада в эту сложную зависимость антиалкогольных установок взрослого населения и, в частности, будущих матерей, но наметили логику такого сопоставления с помощью когортного анализа и биомедицинских исследований. Сравнение статистических данных о психических расстройствах и уровне употребления алкоголя в 1990-е годы (поколение родителей) с данными о болезнях нервной системы 15-17 летних подростков (поколение детей) позволило продемонстрировать влияние кризиса на биологическую основу здоровья в следующем поколении. Не исключено, что наметившийся в последние годы рост преждевременных рождений также коррелирует со здоровьем родителей, прежде всего матерей, среди которых уже немало «детей кризиса», достигших фертильного возраста.

Библиографический список

1. *Гайдуков С.Н., Некрасов К.В., Атласов В.О.* Распространенность употребления женщинами алкоголя до и во время беременности и ее социальные последствия // Журнал акушерства и женских болезней. 2008. № 2. С. 11-16.

2. *Левада Ю.* Индексы социальных настроений в «норме» и «кризисе» // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 1998. № 6.
3. *Красильникова М.* Динамика социальных настроений и их влияние на поведение населения // Экономические и социальные перемены. Мониторинг общественного мнения. 2002. № 1. С.24.
4. *Краснощекова Е.И., Зыкин П.А., Ткаченко Л.А., Смолина Т.Ю.,* Особенности развития пирамидных нейронов коры полушарий конечного мозга человека во втором триместре гестации, Физиология человека, 2010, Т. 36, №4, С. 65.
5. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в РФ / Минздравсоцразвития РФ. М.,2011.
6. *Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Легонькова С.В.,* «Фетальный алкогольный синдром», Методические рекомендации, СПб, 2006.
7. Российский статистический ежегодник / Госкомстат. М., 2012.
8. Социально значимые заболевания населения в 2010 году. Статистические материалы / Минздравсоцразвития РФ. М., 2011.
9. *Л.А. Ткаченко, Н.О. Торонова, Е.И. Краснощекова, Т.А. Александров, П.А. Зыкин, А.Н. Ялфимов.* Сравнительное МРТ-морфометрическое исследование мозолистого тела мозга доношенных и недоношенных детей раннего грудного возраста. Физиология человека, 20130, Т. 37, №6, в печати.
10. *Astley S. J., Richards T., Aylward E. H. et al.* Magnetic resonance spectroscopy outcomes from a comprehensive magnetic resonance study of children with fetal alcohol spectrum disorders. Magnetic Resonance Imaging 2009, 27, 760–778.
11. *Landgraf M.N., Nothacker M., Heinen F.* Diagnosis of fetal alcohol syndrome (FAS): German guideline version 2013 Eur.j. of paediatric neurology 2013, 1-10.

12. *May, P.A. and Gossage, J.P.* Estimating the Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome: A Summary. *Alcohol Research and Health*. 2001, 25, 3.
13. *Roberts G., Anderson P.J., Davis N. et al.*, Developmental coordination disorder in geographic cohorts of 8-year-old children born extremely preterm or extremely low birthweight in the 1990s, *Dev. Med. Child Neurol.*, 2011, V. 53, N1, P. 55.
14. *Nosarti C., Mechelli A., Herrera A. et al.*, Structural covariance in the cortex of very preterm adolescents: a voxel-based morphometry study, *Hum. Brain Mapp.*, 2011, V. 32, N10, P. 1615.

М.С. Голубь,

ФГБОУ ВПО Кубанский государственный университет, Краснодар

СОДЕРЖАНИЕ И СПОСОБЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИКТИМНОГО ПОДРОСТКА В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Предупреждение виктимизации подростков – чрезвычайно важная и актуальная социальная задача, имеющая сложный и многоплановый характер, а значит, требующая комплексного междисциплинарного подхода с использованием последних достижений науки и практики.

Мы в своей работе предлагаем разработку программы педагогического сопровождения виктимного подростка в условиях средней общеобразовательной школы.

Программа педагогического сопровождения виктимного подростка имела своей целью: педагогическое предупреждение и снижение уровня виктимности у подростков в условиях СОШ.

Предполагалась реализация следующих подходов:

1) аксиологического, рассматривающего человека как высшую ценность общества и самоцель общественного развития;

– личностно-ориентированного, суть которого, В.В. Сериков определяет как создание условий для полноценного проявления и развития личностных функций подростка; постановку подростка в ситуацию выбора; обращение педагогов к личностным смыслам подростков; ориентацию на задачи возрастного развития личности подростка в процессе профилактики;

– субъектного подхода, актуализирующего субъектную позицию виктимного подростка, позволяющую осуществить переустройство бытия в соответствии со структурой сложившихся личностных смыслов (З.И. Рябикина), создать условия для активизации преобразующей функции личности;

– диалогического подхода, позволяющего осуществить проблематизацию взаимодействия, обсудить нерешенные вопросы, проблемы с выработкой альтернатив поведения, предвидением последствий своего поведения и деятельности и окружающих; акцентированием внимания на субъектном опыте подростка, с реализацией диалоговых стратегий во взаимодействии;

2) *функций*:

– информационной (информирование участников опытно-экспериментальной работы по вопросам сущности виктимизации, факторах ее предупреждения, насилии, видах и формах проявления насилия, способах преодоления последствий насилия и жестокого обращения);

– диагностической (выявление уровня виктимизации подростков на основе диагностики ее показателей на различных этапах профилактики с целью ее преодоления и коррекции);

– профилактически-коррекционной (педагогическая коррекция последствий виктимизации подростков, подвергшихся насилию, с опорой на актуализацию личностных ресурсов, а также на создание безопасной окружающей среды);

– личностно-развивающей (развитие компетенций подростка по конструктивному взаимодействию с социумом; обучение основам социально компетентного поведения с использованием интерактивных форм и методов);

3) реализации аксиологических *принципов* организации педагогического сопровождения виктимного подростка: непрерывности, диалогического взаимодействия, системности, наличия единой гуманистической системы ценностей, экзистенциальное равенство людей;

4) *этапы*: диагностику, проектирование, собственно реализацию проекта, аналитико-корректировочный этап;

5) *результаты*: положительную динамику снижения виктимности подростков.

Разработанная нами программа включает два направления деятельности:

1. Профилактическая деятельность с группами виктимных подростков, включающая раннюю диагностику виктимизации, формирование знаний, умений, необходимых для эффективного выполнения социальной деятельности, развития навыков межличностного взаимодействия, а также личностных качеств подростков, их нравственной, ценностной ориентации.

Одной из эффективных технологий преодоления виктимности подростков мы считаем технологию социального проектирования. Социально ориентированная деятельность подростков в процессе проектирования направлена на создание нового, ранее не существовавшего социально значимого результата, который является средством разрешения противоречия между социальной трудностью, воспринимаемой личностью подростка как значимый, и потребностью личности в решении данной трудности, обеспечивающей успешную ресоциализацию и самореализацию виктимного подростка.

В целях реализации данного направления нами разработана профилактическая программа «Мой безопасный мир».

2. Формирование готовности субъектов педагогической профилактики к ненасильственному взаимодействию (педагоги, родители).

Компетентное поведение взрослых (родителей, педагогов, старших товарищей) оказывает огромное влияние на предупреждение виктимизации подростков. Взрослые люди в современном нестабильном социуме тоже нуждаются в социальных знаниях, умениях и навыках. Их успешная самореализация в обществе определяется сформированностью личностных качеств, связанных со способностью находить решение в различных кризисных ситуациях.

Для эффективного взаимодействия педагогов, родителей с виктимными подростками нами была разработана программа «Построим мир без насилия». Цель данной программы – расширить представления педагогов и

родителей о необходимости создания психологически безопасной среды как условия предупреждения и коррекции виктимного поведения подростков.

Задачи данной программы:

- информирование педагогов, родителей о проблемах насилия над детьми и подростками, их виктимизации;
- ориентация педагогов и родителей на построение практики взаимодействия с подростком на основе развивающей и формирующей стратегий;
- расширение навыков практического взаимодействия взрослых – виктимный подросток с использованием интерактивных технологий (дискуссий, тренингов, деловых и ролевых игр, моделирования ситуаций, социального проектирования).

Содержательный этап педагогического сопровождения имел целью создание психологически безопасной образовательной среды как условия предупреждения насилия над виктимным подростком и снижения угрозы виктимизации подростков.

Педагогическое сопровождение виктимного подростка включало в себя систему практико ориентированных занятий:

Ожидаемые результаты: активизация процессов самопознания и саморегуляции; выработка невиктимных моделей поведения, предупреждающих насилие во взаимоотношениях; формирование осознанного выбора в различных ситуациях взаимодействия.

Параллельно с работой с виктимными подростками проводилась методическая подготовка педагогов и родителей к деятельности в режиме эксперимента.

Эффективность деятельности педагогов и родителей как субъектов педагогического сопровождения виктимного подростка определялась: включенностью в воспитательное пространство; стремлением создать психологически безопасную среду; значимостью субъектов для

виктимных подростков; функциональной состоятельностью педагогов и родителей в процессе организации педагогического сопровождения.

Работа с педагогами и родителями осуществлялась на основе программы «Построим мир без насилия» и включала в себя: психолого-педагогический лекторий; семинар - практикум; круглые столы; тренинговые занятия.

Ожидаемыми результатами методической подготовки педагогов и родителей к сопровождению виктимного подростка предполагали:

- развитие навыков диалогического общения;
- повышение осознанности собственного поведения;
- выработка ненасильственных моделей поведения и семейного взаимодействия;
- выработка приемов саморегуляции и коррекции;
- овладение эффективными технологиями предупреждения насилия над детьми и подростками, профилактики и коррекции виктимного поведения подростков.

В ходе опытно-экспериментальной работы выявлено отношение подростков, педагогов и родителей к фактам проявления насилия; установлено, в какой мере распространено насилие и жестокое обращение с детьми и подростками в семье и в образовательном учреждении; выявлен уровень представлений родителей и педагогов о природе насилия и жестокого обращения как факторе виктимизации детей и подростков; знаний о ненасильственных способах взаимодействия детей и подростков; о безопасной среде обитания.

Высокий уровень виктимизации современного подростка, обусловленный как внешними, так и внутренними факторами, неблагоприятных влияющих на развитие подростков; высокая степень проявления в обществе насилия подтвердили необходимость проектирования

процесса педагогического сопровождения виктимного подростка. Данная программа прошла апробацию в школах города Краснодара.

Разработанная и апробированная программа педагогического сопровождения виктимного подростка, включающая в себя, наряду с целью и задачами, реализацию подходов (аксиологического, личностно ориентированного, субъектного, диалогического и др.), функций (информационной, диагностической, профилактически-коррекционной личностно-развивающей); аксиологи-ческих принципов (непрерывности, диалогического взаимодействия, системности и др.); этапы (диагностики, проектирования, собственно реализации проекта, аналитико-корректировочный); результаты,- позволила комплексно решить основные исследовательские задачи, системно представить основные стратегии и педагогические условия предупреждения и коррекции уровня виктимизации подростков.

Библиографический список

1. *Андронникова О.О.* Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков: автореф.дис. ... канд. психол. наук. Новосибирск, 2005. 16с.
2. *Братченко С.Л.* Гуманистическая психология как одно из направлений движения за ненасилие. СПб., 1999. 340с.
3. Виктимология. Психология поведения жертвы: новейший справочник психолога / И. Г. Малкина-Пых. М.: Эксмо, 2010. 864 с.
4. *Голубь М.С.* Педагогическая профилактика насилия над виктимным подростком в условиях средней образовательной школы : автореф. дис. на соиск. степени канд педагог.наук.-Майкоп,2012.

И.Б. Горбунова,

Первый МГМУ им И.М. Сеченова, Москва

КАМПАРАТИВНЫЙ ПОДХОД В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВУЗА. СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ПЕРВОМ МГМУ ИМ И.М. СЕЧЕНОВА - ОПЫТ РАЗВИТИЯ

Высокая динамика социально-культурных и экономических процессов в современной России обуславливает необходимость систематического повышения уровня квалификации и постоянного расширения компетентности работников образования и здравоохранения. Медицинский специалист, как один из ведущих специалистов в системе оказания помощи населению, нуждается как в высококачественном базовом образовании, так и в постоянном повышении уровня своей профессиональной компетенции, необходимого для эффективного осуществления своей деятельности, соответствующей предъявляемым должностным требованиям.

К сожалению, говоря об оценке качества образования, в основном разговор идет лишь об оценке индивидуальных достижений обучающихся: аттестации и аккредитации образовательных учреждений. Между тем, проблема оценки качества образования гораздо глубже и серьезнее. Так, говоря о качестве продукции, мы всегда имеем ввиду позицию, с которой оцениваем его: с позиции производителя продукции, с позиции потребителя, с позиции рынка или с позиции государства. Эти оценки могут существенно различаться. Когда образование мы рассматриваем как некий интеллектуальный продукт, то, конечно же, его качество мы должны оценивать с позиции государства. Если же посмотреть на образование как на услугу, то на первый план при оценке его качества выходит позиция потребителя. Таким образом, для системы образования сегодня управление на основе принципов менеджмента качества путем создания и сертификации

системы качества образовательных учреждений из теоретико-научной проблемы превращается в насущную потребность.

Необходимость же оценки качества именно медицинского образования помимо всего прочего обусловлена не только рисками получения ненадлежащего образовательного уровня выпускников, но и такими социальными факторами как, например: доверие медицинскому сотруднику, выполнение предписаний врача, выявление заболеваний на ранней стадии и в конечном итоге снижение смертности населения.

Говоря о системе управления качеством образовательной деятельности медицинского вуза, необходимо, прежде всего, определить модель, в соответствии с которой она будет строиться. В основу модели системы менеджмента качества нашего вуза (Первого МГМУ им. И.М. Сеченова) положены современные методы, технологии управления, основанные на философии Всеобщего управления качеством (Total Quality Management - TQM), непосредственно связанной и базирующейся на нормах обеспечения качества, заложенных в серии международных стандартов ISO 9001:2008. Работа по разработке и внедрению системы менеджмента качества (далее - СМК), была начата в ноябре 2006 г.

Концептуально, данная модель качественного менеджмента опирается на восемь известных принципов: ориентация на потребителя, лидерство руководителей, вовлечение персонала, процессный подход, системный подход, непрерывное улучшение, управление на основе фактов и взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Так, в рамках СМК, в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова наряду с обозначенными целями в области качества Университета, выделяется четкая система процессов в их последовательности и взаимодействии, назначаются ответственные за процесс с наделением их соответствующими полномочиями, определены поставщики и потребители процессов, входные и выходные документы по стадиям процессов и требования к элементам

входов процессов (ресурсов). К такому подходу СМК Университета выдвигает следующие требования:

- определение критериев эффективности управления каждым процессом;
- планирование процедур измерения показателей качества и эффективности процесса;
- регулярная оценка, мониторинг и анализ данных, относящихся к процессу;
- систематизация корректирующих и предупреждающих действий, направленных на достижение целей процесса.

Благодаря процессному подходу СМК Университета имеет ряд преимуществ: 1) четкое выделение и реализация процессов к более предсказуемым результатам; 2) лучшее использование ресурсов; 3) меньшие затраты; 4) непрерывное совершенствование и согласованность.

Как показывают результаты мониторинга показателей качества процессов в период с 2007 по 2012 гг., система управления качеством соответствует восьми основным принципам.

Так, цели в области качества на 2007-2008 и 2009-2010 гг. были выполнены. В дальнейшем, руководство Университета определило цели и области качества образовательной и научно-инновационной деятельности на 2011-2013 гг., которые уже на настоящее время реализуются в полном объеме. Об этом уверенно можно говорить благодаря оценке и мониторингу данных о мнении всех участников образовательного процесса, регулярно проводимого службой качества Университета.

Для наглядности полученных результатов, авторами статьи все целевые показатели СМК Университета были условно разделены на пять групп. Первая группа - «организационные» - объединила процессы, связанные с ресертификацией системы менеджмента качества, а также разработкой и внедрением системы управления качеством в новые сферы деятельности (научно-исследовательскую) и пр. Во вторую группу -

«кадровые» - вошли процессы, связанные с мониторингом показателей кадровой активности в плане повышения профессиональной квалификации, а также процент лиц, поступивших на обучение в Университет. Третья группа – «информационные» - здесь были сгруппированы процессы, которые связаны с осуществлением поэтапного внедрения электронного документооборота, внедрения обновленной версии информационной системы автоматизированного управления вузом и пр. Четвертая группа – «материально-технические» - здесь собраны процессы, связанные с улучшением материально-технической базы Университета (обновление аудиторного фонда и пр.) Кроме того, в отдельную группу был выделен мониторинг показателей удовлетворенности потребителей образовательных услуг и научно-исследовательских работ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Так как известно, что потребителями образовательного процесса медицинского вуза являются не только обучающиеся: студенты, слушатели, ординаторы, интерны и аспиранты, - но и группы потребителей, работающие с уже «готовой продукцией» вуза, такие как: работодатели, выпускники, научные сотрудники, профессорско-преподавательский состав и, конечно, сами пациенты. Мониторинг удовлетворенности всех этих групп дает возможность с разных сторон (со всех сторон) проанализировать понятие достаточности, полноты и качества услуг, предоставляемыми вузом.

Данные мониторинга процессов Университета в период с 2009 по 2012 гг. представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные мониторинга процессов Университета в период с 2009 по 2012

Группы процессов СМК	Динамика, мониторинг
Организационные	1. Ресертифицирована система менеджмента качества образовательной деятельности Университета в соответствии с требованиями и рекомендациями международного стандарта ISO 9001:2008; 2. Разработана и внедрена СМК научно-исследовательской и инновационной деятельности; 3. Внедрен модульный принцип обучения на факультетах системы высшего профессионального образования
Кадровые	1. Доля профессорско-преподавательского состава, ежегодно проходящего повышение квалификации поддерживается на уровне 20%; 2. Вырос объем НИР на единицу НПП на 14 тыс. руб. от требуемого значения; 3. Увеличилось количество монографий (и публикаций в рецензируемых журналах) на 100 основных штатных ППС; 4. Повысился процент абитуриентов, поступивших в Университет из числа окончивших подшефные школы (75% вместо 50% - требуемого значения); 5. Увеличился средний балл по итоговой государственной аттестации выпускников (4,7 баллов при требуемом значении в 4,2 балла); 6. Уменьшилось количество лиц, отчисленных по неуважительной причине (на 1,55 от требуемого значения).
Информационные	1. Внедрена и развивается информационная система управления ВУЗом; 2. Повысилась информационная активность сотрудников Университета о деятельности СМК (по данным анкетирования отдела менеджмента качества)
Материально-технические	1. Проведена компьютеризация кафедр и других структурных подразделений Университета и подключение к интернету; 2. Произведены ремонтные работы (текущие и капитальные)
Удовлетворенность потребителей	1. Анализ тенденций показателя удовлетворенности потребителей образовательных услуг университета в период с 2009 по 2012 гг. показывает повышение числа основных показателей качества, выбравших безусловно положительную оценку («удовлетворен полностью») для всех категорий опрошенных (за исключением ППС). Однако, эта категория респондентов не является основной в структуре потребителей образовательных услуг).

Стоит отдельно отметить, что немаловажную роль в достижении подобной результативности стал регулярный мониторинг процессов, а также мониторинг удовлетворенности потребителей и, как следствие, грамотных корректирующих действий по результатам.

Понятно, что руководство образовательных учреждений, преподаватели и сотрудники должны знать (определять) текущие и будущие потребности основных групп потребителей, выполнять их требования и соответствовать их ожиданиям. Поэтому мониторинг всех процессов позволяет, проводя регулярный сбор данных о мнении всех участников образовательного процесса, определять тенденции, намечающиеся в восприятии и самого вуза, и условий реализации образовательных технологий, и уровня квалификации преподавательского состава и многие другие факторы, без которых система образования не может функционировать.

Изучение качества образования (с учетом особенностей медицинского образования в целом и обеспечения его качества) считается наиболее оптимальным и продуктивным использование медико-социологического мониторинга.

Мониторинг как метод научного познания представляет собой совокупность аналитических приемов и процедур, обеспечивающих регулярное наблюдение, фиксирование и исследование строго ограниченного стандартного набора социальных показателей с последующим их анализом и оценкой их на основе общепринятых критериев и нормативов. Это обеспечивает динамическое наблюдение социальных процессов, их диагностику и прогнозирование. Нарращивание регулярно фиксируемой с помощью мониторинга информации в единой системе показателей открывает возможность пролонгированного социологического анализа явлений и

процессов. В том случае, если в качестве объекта мониторинга выступает ограниченный набор процессов, в нашем случае – образовательный процесс, набор отслеживаемых показателей и их значений значительно сужается.

Социологический мониторинг качества образовательной деятельности обеспечивает одновременное отслеживание системы показателей высшего учебного заведения – медицинского вуза на основе современных компьютерных технологий и применения специальных методов сбора, накопления и обработки первичной информации. Мониторинг обеспечивает интеграцию разнородной информации, применяя ее к конкретным ситуациям жизнедеятельности медицинского вуза. Будучи сконцентрированными в едином информационном поле социологического анализа и дополнительно сопоставлены с показателями прошлых наблюдений, подобные сведения воссоздают конкретную картину и дают необходимый материал для выработки управленческих рекомендаций и предложений.

В период с 2006 по 2011гг. в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова ежегодно проводился мониторинг потребителей образовательных услуг. Для оценивания требований и удовлетворенности каждой из групп потребителей применялся опрос/анкетирование 10 групп: студенты, ординаторы, интерны, аспиранты, слушатели дополнительного профессионального образования, выпускники вуза, профессорско-преподавательский состав, сотрудники административно-хозяйственных отделов, научные сотрудники и работодатели. Для каждой группы потребителей была разработана специальная анкета, которая содержала блоки вопросов об удовлетворенности не только процессом обучения, а также затрагивала аспекты, касающиеся достаточности необходимых административно-хозяйственных ресурсов, мнения респондентов о стиле руководства, пожелания для улучшения деятельности вуза и пр. Репрезентативность

выборочной совокупности была обусловлена процентом опрошенным от числа генеральной совокупности каждой категории потребителей.

Дифференцирование полученных результатов производилось для каждой категории соответственно по факультетам, курсам, годам обучения, специальностям, стажу работы, по годам окончания обучения, по подразделениям. Полученные результаты опроса анализировались Ученым советом университета, Учеными советами факультетов и высшим руководством вуза на этапе подготовки и проведения еще одной обязательной процедуры, предусмотренной стандартом ISO 9001:2008: анализ СМК со стороны руководства.

В феврале 2012 г. для уточнения параметров оптимизации системы менеджмента качества Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было предложено проведение комплексного социологического исследования с применением качественных и количественных методов по оценке качества предоставляемых услуг, так как это позволит сформировать объективное понимание уровня удовлетворенности потребителей услугами, предоставляемыми ВУЗом. Именно поэтому для получения более глубоких и обширных данных об удовлетворенности потребителей образовательных услуг, возможности детально изучить проблемные зоны каждой группы потребителей, а значит – информации для оптимизации деятельности образовательной системы, было принято решение ввести как количественные (анкетирование), так и качественные (фокус-группы) методики изучения удовлетворенности всех групп потребителей.

Выбор метода фокус-группы объясняется в первую очередь, возможностью детализировать полученные в ходе количественного исследования данные об удовлетворенности потребителей предоставляемыми образовательными услугами ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Кроме того, открытая дискуссия позволяет не только выявить латентные характеристики потребительского поведения, скрытые ассоциации и невербализованные эмоции респондентов в отношении темы

исследования, но и оценить понятийный ряд, связанный с оценкой качества образовательных услуг, а также в ходе диалога непосредственно оценить основные позиции участников в отношении путей развития и ожидания в вопросах расширения спектра предоставляемых услуг.

Вместе с тем, к недостаткам данного метода можно отнести субъективность и возможную нерепрезентативность данных. Однако указанные недостатки во-многом нивелируются посредством проведения компаративного анализа результатов количественного и качественного составляющих данного исследования.

Метод фокус-группового исследования применялся для каждой выделенной категории потребителей, состав участников был максимально однородным в соответствии с категорией респондентов. Численность участников в группе варьировалась от 8 до 20 человек.

Транскрибированный вариант каждой фокус-группы анализировался наряду с данными количественного исследования по каждой группе, кроме того, отдельно были сделаны обобщающие выводы по результатам проведенного исследования. Основными моментами, которые были выделены авторами статьи стали:

1. Необходимость оптимизации анкетирования с целью уточнения параметров выборочной совокупности (и, как следствие, уменьшением числа опрошенных без потери достоверности), а также редакция инструментария без потери мониторируемых показателей;

2. Выделены области для улучшения при организации: а) учебного процесса (увеличение количества практических занятий, организация востребованных факультативных занятий и пр.); б) материально-технического оснащения (организация пунктов общественного питания, оснащение университета беспроводным Интернетом и пр.); в) при работе с кадровым составом.

Результаты исследования были включены в сводный отчет к совещанию по анализу системы менеджмента качества руководством.

На данный момент уже проделана работа по совершенствованию медико-социологического мониторинга в части определения выборочной совокупности. Так, медико-социологический мониторинг традиционно базируется на использовании выборочной совокупности (выборки), под которой понимается часть объектов генеральной совокупности, отобранных с помощью специальных приемов для получения информации обо всей совокупности.

Преимущество выборочного исследования по сравнению со сплошным исследованием состоит: в сокращении затрат на сбор и обработку информации, высокой оперативности, более широкой области применения, возможности распространения результатов выборочных исследований на всю генеральную совокупность и получении, в ряде случаев, более достоверных сведений об изучаемом объекте. Академик РАМН А.В. Решетников в своей книге «Медико-социологический мониторинг» [2] предлагает для расчета выборочной совокупности формулу: $n = (t^2 * \sigma^2 * N) / (N * \Delta^2 + t^2 * \sigma^2)$,

где: n – объем выборочной совокупности, Δ – величина допустимой ошибки в долях, N – величина генеральной совокупности, t – коэффициент доверия (критерий достоверности), σ – дисперсия или мера рассеивания исследуемого признака, характеризующая величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности.

Применение данной формулы позволило снизить количество людей, принимающих участие в опросе более, чем в два раза без потери достоверности полученных результатов (достоверность = 95%).

Кроме того, были внесены изменения в части работы с группами потребителей и самим инструментарием. Так, по результатам фокус-группового исследования были получены схожие данные между определенными группами потребителей, что в результате привело к объединению этих групп. На данный момент, принято решение по проведению опросов для трех основных групп потребителей образовательных услуг:

1. обучающиеся (куда вошли студенты, аспиранты, интерны, ординаторы и слушатели);
2. сотрудники (профессорско-преподавательский состав, научные сотрудники, а также сотрудники административно-хозяйственных отделов);
3. группа внешних потребителей: работодатели и заказчики научно-исследовательской продукции.

Для каждой группы была разработана анкета, в которой были сохранены мониторируемые вопросы.

Такой подход позволит оптимизировать мониторинг удовлетворенности в части сравнения показателей внутри большой группы, а также даст наиболее достоверное представление о путях улучшения системы менеджмента качества образовательной и научно-инновационной деятельности вуза.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ МОЛОДЕЖЬЮ

В современном российском обществе негативное поведение молодых людей в отношении здоровья проявляется в злоупотреблении алкоголем. Вместе с тем, злоупотребление алкоголем молодежью является одним из основных факторов риска в отношении заболеваемости и смертности и является сопутствующим фактором других форм рискованного поведения, таких как употребление табака и наркотиков. Высокий уровень потребления алкоголя детерминирован факторами, проявляющимися на макроуровне. Среди факторов макроуровня, представляющих собой систему организации макросреды, выделяют три группы: социально-экономические, социально-политические и социокультурные факторы.

Отношение к употреблению алкоголя формируется у молодых людей в процессе социализации, усвоения ими культурных ценностей, социальных норм, обычаев, традиций. Проблема злоупотребления алкоголем молодежью может быть рассмотрена с позиций социокультурного подхода. Социокультурный подход это понимание общества как единства культуры и социальности, образуемых и преобразуемых деятельностью человека [1]. Характеризуя структуру социокультурного взаимодействия в обществе, П. Сорокин выделяет три неотделимых друг от друга аспекта взаимодействия: 1) личность как субъект взаимодействия; 2) общество как совокупность взаимодействующих индивидов с его социокультурными отношениями и процессами и 3) культура как совокупность значений, ценностей и норм, которыми владеют взаимодействующие лица [2]. Данный подход реализуется при рассмотрении проблемы злоупотребления алкоголем, выраженной в выделении социокультурных факторов, детерминирующих высокий уровень

употребления алкоголя. В преломлении данной проблемы структурные элементы социокультурного взаимодействия получают свою конкретизацию (см. табл. 1). Можно выделить следующие социокультурные факторы, детерминирующие уровень потребления алкоголя: низкая ценность здоровья в обществе, толерантное отношение социальной среды к злоупотреблению алкоголем, включенностью практик потребления алкоголя в повседневную жизнь.

Таблица 1

Структура социокультурного взаимодействия

Структура социокультурного взаимодействия	Социокультурные факторы злоупотребления алкоголем
Личность как субъект взаимодействия	Включенность индивидуальных практик злоупотребления алкоголем в повседневную жизнь
Общество как совокупность взаимодействующих индивидов	Толерантное отношение социальной среды к злоупотреблению алкоголем
Культура как совокупность значений, ценностей и норм	Низкая ценность здоровья в обществе

Результатом взаимодействия различных факторов и социальных институтов является феномен «отношение к здоровью», сформированный нормами в образе жизни и ценностями данного общества. В каждой возрастной группе складываются специфические ценности к здоровью, которые обсуждаются в социологической литературе.

Молодежь как социальная группа имеет свои особенности в отношении к здоровью. По мнению А.И. Федорова, для современной молодежи характерен низкий уровень культуры здоровья и культуры поведения в сфере здоровья [3]. Автор выделяет два типа отношения молодых людей к своему здоровью. Первый тип ориентирован, прежде всего, на «собственные усилия», т.е. на осуществление целенаправленной деятельности по сохранению и укреплению здоровья. Этот тип молодых людей имеет, как правило, высокую оценку своего здоровья. Второй тип ориентирован преимущественно на «условия жизни», когда собственной деятельности в

сфере здоровья отводится второстепенная роль. Для данного типа характерен относительно низкий уровень самооценки своего здоровья.

В условиях современной социально-экономической ситуации в стране ценность здоровья все в большей степени приобретает инструментальный характер. Это утверждение имеет важное государственное значение по отношению к молодежи.

Согласно результатам исследования И.В. Журавлевой, среди различных высказываний о значении здоровья в жизни человека молодежь чаще всего выбирала следующее: «Здоровье – это, конечно, важно, но иногда можно и забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечения и т.п.» [4]. Таким образом, ценность здоровья как средства достижения определенных целей для них важнее, чем его ценность как средства жить долго и полноценно.

Низкая ценность здоровья в обществе на уровне индивида реализуется в его поведении, не направленном на сохранение своего здоровья. При этом самосохранительное поведение означает степень соответствия действий индивида с требованиями здорового образа жизни, составной частью которого является отказ от вредных привычек. Проблема самосохранительного поведения заключена в несоответствии между сознанием и поведением человека. Зачастую индивиды имеют потребность в здоровье, однако она не осмысленна применительно к конкретным обстоятельствам, и в этом случае не реализуется в здоровьесберегающем поведении.

Нормативные представления об алкогольном поведении за последние десятилетия существенно изменились. Употребление алкоголя постепенно становится общепринятой социальной практикой, а население демонстрирует толерантное отношение к употреблению алкоголя. В современном научном дискурсе понятие «трезвость» не находит своего отражения. Согласно результатам исследований ВЦИОМ и ФОМ, от 19% до 28% россиян вообще не употребляют алкогольных напитков [5]. Это может быть объяснено

трансформацией понятия «трезвость». Сегодня под трезвостью зачастую понимается эпизодическое употребление алкоголя, ритуальное (по праздникам) или употребление слабых алкогольных напитков (например, пива и домашних вин), также к трезвенникам относят себя алкоголики, которые на момент опроса находились в состоянии ремиссии [6]. Общество объективно заинтересовано в увеличении числа трезвенников, однако на сегодняшний день в своей структуре не имеет для трезвенников условий для самоидентификации и адекватных стереотипов поведения.

Согласно принципам теории Р. Вилкинсона, направленной на изменение культуры употребления алкоголя в целях предотвращения злоупотребления алкоголем, необходимо четко определить границу между нормальным употреблением спиртных напитков и пьянством и наложить строгий запрет на случаи, которые мы определяем как пьянство [7].

В каждой социальной группе и в обществе в целом существуют определенные культурные традиции, связанные с употреблением алкоголя. Потребление алкоголя в каждой социальной группе отражает ее поведенческие особенности, а также культурные нормы всего общества в целом [8]. Выбор алкогольного поведения индивида или социальной группы определен культурными особенностями данного общества. Потребление алкоголя служит символической пунктуацией, соответствием социальным нормам, ценностям, установкам в рамках определенным социального контекста.

Результаты социологических исследований свидетельствуют о вхождении пива в структуру повседневного употребления алкоголя для определенной части населения [9]. Данная тенденция особенно четко прослеживается среди молодежи. Согласно результатам исследования ВЦИОМ, пиво пьют более половины опрошенных (56%) в возрасте 18-24 лет [10]. Пиво становится алкогольным напитком, который можно употреблять без особых поводов и ритуалов, как в компании, так и в форме индивидуального потребления. Согласно исследованиям, для употребления

пива не нужен повод и соблюдение ритуала, пиво можно выпить «просто так» [11]. Данная ситуация свидетельствует о включенности практик алкогольного поведения в повседневную жизнь.

Рассмотрение социокультурных факторов употребления алкоголя, их взаимозависимость, представляет собой важное направление в изучении факторов употребления алкоголя. Основные усилия общества, как социокультурной системы, должны быть направлены на повышение ценности здоровья в ценностном ядре культуры общества и изменение отношения общества к употреблению алкоголя, признанию угрожающего характера практики распространенности злоупотребления алкоголем среди молодежи.

Библиографический список

1. *Латин Н.И.* Социокультурный подход и социетально-функциональные структуры // Социологические исследования. 2000. № 7.С. 3-12.
2. *Сорокин П.* Человек, цивилизация, общество. М., 1992.
3. *Федоров А. И.* Отношения подростков к здоровью: социологический анализ // Образование и наука. 2008. №1 (49). С.91-96.
4. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006.
5. Пресс-выпуск № 1279. Алкоголизация России: не пора ли опять звать Горбачева? // ВЦИОМ. 29.07.2009. URL: <http://old.wciom.ru/arkhiv/tematicheskii-arkhiv/item/single/12206>. (дата обращения: 2.04.2013).
- Проблема пьянства и алкоголизма // Доминанты. № 35. 03.09.2009. Фонд общественного мнения. URL: <http://bd.fom.ru/pdf/d35alkogol.pdf> (дата обращения: 5.04.2013).
6. Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. М.: Институт социологии РАН, 2011.

7. Stephen A. Maisto, Mark Galizio, and Gerard J. Connors // Drug Use and Abuse. Wadsworth Publishing, 2007.

8. Mandelbaum D. Alcohol and Culture, Current Anthropology, Vol. 6, No. 3. Chicago, 1965.

9. Моисеева В.В. К проблеме отношения населения к употреблению спиртных напитков. URL: <http://www.dvnt.ru/index.php/publications/36-moiseeva/54-2010-11-03-19-21-53> (дата обращения: 2.04.2013).

10. Пресс-выпуск №2174. Ограничение на продажу алкоголя: работает ли закон? // ВЦИОМ. 26.11.2012. URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113413> (дата обращения: 5.05.2013).

11. Моисеева В.В. К проблеме отношения населения к употреблению спиртных напитков. URL: <http://www.dvnt.ru/index.php/publications/36-moiseeva/54-2010-11-03-19-21-53> (дата обращения: 2.04.2013).

А.С. Готлиб,

Самарский государственный университет, Самара

НАРРАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Нарративные медицинские практики сегодня не только успешно осваиваются в медицине США и Европы, но и осмысливаются в философии и социологии медицины этих стран [1]. Постепенно рефлексия нарративного проекта медицины появляется и в отечественных гуманитарных науках [2]. Радует, что «процесс пошел».

Следует сказать, что нарративизация медицины, пробуждающийся интерес к ее нарративной стороне имеют в качестве одной из своих предпосылок появление и осмысление так называемого *нарративного поворота* в гуманитарном знании (70е годы XX века), понимаемого как проявление особого интереса к рассказанным историям (нарративам) в качестве объекта анализа. Сам этот интерес далеко не случаен: гуманитарные науки в их современной форме, как известно, черпают свое вдохновение, свои концепции в повседневных практиках людей. Сами же эти практики сегодня, в эпоху «экстаза коммуникации» по точному выражению Ж. Бодрийяра, блестяще подтверждают новую антропологическую формулу, выведенную известным американским социологом А. Макинтайром, одним из авторов идеи «нарративного поворота»: «Человек в своих действиях, на практике и в своих вымыслах представляет животное, которое повествует истории» [3,с.291]. Драматургическую сущность обычного разговора А.Макинтайр распространил на любое человеческое действие, тем самым делая его постижимым *в нарративной форме*: как действия Другого, так и собственные жизни мы постигаем в форме повествования о чем-то, что имеет начало, середину, конец, мелкие сюжеты, побочные линии и кульминационные моменты.

Идея нарративности в медицине, начавшая приживаться в этом социальном институте с конца 80-х годов, сегодня осмысливается в западно- европейской и американской философии медицины в двух направлениях. Первое направление связано с обнаружением нарративной сущности врачевания: врачи говорят историями (на конференциях или в рамках историй болезни), принимают решения и аргументируют их с помощью нарратива. В рамках этого направления выделяются и подвергаются рефлексии пять нарративных черт медицины, свойственных всякому нарративу: темпоральность, сингулярность, интерсубъективность, этичность и причинность[4, с. 47-49]. Анализируются и особенности медицинского нарратива, устного и письменного, как фрагмента научной медицинской картины мира врачей [5, с. 54-65].

Второе направление использования идеи нарративности в медицине - критика традиционной медицинской нарративности (клинических нарративов), вступающей в противоречие с реальным субъективным опытом болезни пациента. Речь идет о кардинальном разрыве, пропасти, между индивидуальными субъективными смыслами, которыми пациенты наделяют свою болезнь, и теми смыслами, на которых «разговаривает» медицинская наука, смыслами, закрепленными в медицинских терминах. Это – «конфликт интерпретаций» в терминологии П. Рикера, рассогласование систем означивания болезни основными акторами вынужденного взаимодействия в ситуации болезни: врачом и пациентом. В самом деле, для больного человека болезнь – прежде всего опыт болезни, переживание ее, т. е. наделение болезни собственными смыслами, говоря на языке феноменологии. В то же время врачи описывают болезнь в объективирующих медицинских терминах.

Конечно, этот разрыв родился не сегодня. Но, начиная со второй половины XX века, проблема конфликта интерпретаций болезни встала в полный рост. Произошло это в первую очередь потому, что благодаря достижениям медицинской науки, индустриализации медицины, а также

благодаря успехам фармацевтики, произошел процесс *хроникализации современного общества*, которому в связи с этим известный американский медицинский антрополог А.Франк дал очень точное название: «общество ремиссии» [6]. В обществе ремиссии «границы между болезнью и здоровьем практически разрушены, так что обычная дихотомическая формулировка здоровья как нормы и болезни как и отклонения от нормы поставлена под вопрос» [6,р.8]. Эта изменившаяся социальная ситуация отзывается в хроническом больном *проблемой жизни с болезнью*, когда болезнь диктует, навязывает определенный образ жизни, соответствующие (иные) идентичности, ломая привычные поведенческие стратегии, жизненные планы, зачастую разрывая (или меняя) социальные связи, привычный круг общения, словом побуждая (вынуждая) его к встраиванию своей жизни в координаты болезни.

В этом контексте главная проблема современных медицинских практик, отечественных в первую очередь, состоит в *игнорировании врачами субъективных смыслов болезни* хронически больных людей. Основная причина такой глухоты к экзистенциальному и социальному контекстам болезни, состоит, на мой взгляд, в том, что фундаментом современной медицины выступает биомедицинская модель, *рассматривающая больного только как объект приложения научных знаний, объект специфических манипуляций*. В рамках этой модели «болезнь – лишь объективное явление природы - самостоятельная биологическая сущность, отделенная от человека, целостности его опыта, субъективных переживаний и социального контекста» [7, с. 23].

Сегодня уже доказано, что такое игнорирование субъективных смыслов болезни в процедурах лечения не только самым существенным образом сказывается на доверии врачу, готовности следовать его рекомендациям, не только приводит к неблагоприятному эмоциональному фону болезни, влияя на качество и время выздоровления, но и в целом серьезно сказывается на всей повседневной жизни человека.

Собственно говоря, идея нарративной медицины как раз и состоит в том, чтобы учитывать субъективные смыслы болезни в медицинских практиках. В рамках такого подхода больной выступает не столько объектом применения научного знания (это необходимое, но недостаточное условие), *сколько объектом заботы о конкретном больном человеке*. Забота понимается здесь не в патерналистском ключе традиционной биоэтики с ее центризмом врача и медицинской властью, сколько как актуализация истинного смысла медицины, когда врач относится к пациенту как «к дальнему родственнику» в терминологии известного немецкого врача и философа К. Дернера [8]. Так понимаемая забота – это «продуктивная пассивность в отношениях с пациентом, пассивно ассиметричное отношение, подобное тому отношению, которое присуще матери в ее служении своему ребенку» [9, с.78-93]. Это - *матерналистская позиция врача*, используя термин российского философа В. Лехциера.

Представление о субъективных смыслах болезни того или иного больного, которые в рамках нарративной медицины и необходимо задействовать в процедурах лечения, врач может получить *только из нарратива больного*, который создается «здесь и сейчас» в ситуации реального или виртуального взаимодействия «врач-пациент. Проблема состоит в том, что как показывает наше исследование³⁰, преобладающими в этой ситуации являются практики «нерассказывания», «неродившиеся нарративы» хронических пациентов: абсолютное большинство опрошенных хронических больных Самары (71,0%) не делает этого. [10, с. 178-179]. Самый распространенный мотив такого поведения, по данным исследования, - *отсутствие привычки* (практики) рассказывать врачу о своих чувствах, переживаниях, о влиянии болезни на жизнь в целом: это характерно для 85,0% «молчащих» опрошенных. Вместе с тем, на мой взгляд, такое молчание «о самом главном» самым тесным образом связано и с *уровнем*

³⁰ Исследование, поддержанное грантом РФФИ, проводилось в 2009+2010 г.г. в Самарском Государственном университете под руководством автора. Объект исследования – хронические больные Самары.

нарративной компетентности врачей, партнеров по взаимодействию, их умением слушать и стимулировать такие нарративы.

Оценка уровня нарративной компетентности будущих врачей, студентов и интернов Самарского медицинского университета, и была одной из исследовательских задач нашего исследования³¹. Концепт «компетентность» с позиции Д. Равена, известного британского психолога, автора книги «Компетентность в современном обществе» представляет собой специфическую способность личности, необходимую для конкретной предметной области. Так понимаемая компетентность включает в себя по Равену следующие компоненты: узко специальные знания, навыки, способность мышления, понимание ответственности за свои действия [11].

С этих позиций термин «*нарративная компетентность*», впервые введенный американской исследовательницей, идеологом нарративной медицины, Р.Шэрон, представляет собой такое качество личности врача, которое позволяет ему стимулировать и использовать в своих медицинских практиках субъективные смыслы больных, произведенные ими в личных нарративах в рамках взаимодействия «врач-пациент». На мой взгляд, использование подхода Д. Равена, позволяет выделить в нарративной компетентности следующие элементы: знание о нарративной медицине, ее назначении и функциях как дополнения к естественно-научной модели медицины; нарративные навыки (их подробно анализирует Р.Шэрон); специфическое мышление, умеющее выстраивать причинно-следственные связи из нарративов пациентов; понимание этической стороны коммуникации «врач-пациент», ответственность за свои настоящие и будущие действия.

Р. Шэрон, анализируя нарративные навыки как важнейший элемент нарративной компетентности, выделяет три таких навыка: *внимание,*

³¹ Исследование, поддержанное грантом РФФИ, проводилось в 2012 году в Самарском государственном университете под руководством автора. Объект исследования – студенты 5 и 6 курсов, а также интерны лечебного факультета Самарского медицинского университета как факультета, где осуществляется подготовка будущих врачей, которые будут иметь дело с хроническими больными.

репрезентацию и аффилиацию. Здесь навык «Внимание» рассматривается в продолжение идей известного французского философа Э. Левинаса как «дар внимания», «дар присутствия», как наполнение личным страданием пациента, «опустошение себя для заполнения смыслом Другого»[4,р.180]. Навык «Репрезентация» есть запечатление врачом своих чувств, переживаний относительно больного, свидетелем страданий которого он является, (понятие свидетельствования здесь несет этический смысл – близость к больному и потому обладание нарративным знанием страданий пациента), результат использования Внимания, выраженный на простом неспециализированном языке в личном Дневнике. Аффилиация как третий нарративный навык означает способность к этическому и терапевтическому объединению вокруг конкретного больного людей, связанных особой ответственностью, моральными обязательствами.

Эмпирический анализ транскриптов глубинных интервью со студентами 5-6 курсов и интернов Самарского медицинского университета (30 интервью) показал, что уровень нарративной компетентности студентов достаточно низок: студенты не знакомы с основными идеями нарративной медицины, возможностями использования субъективных смыслов болезни в медицинских практиках, не понимают терапевтической значимости пациентских нарративов, не умеют стимулировать их производство. Исследование показало, что студентов практически не обучают искусству формирования фокусированного внимания на пациенте, умению слышать высказанный призыв пациента и отвечать на него (Э. Левинас, К. Дернер), не развивают навыки эмпатии и чувствительности. Р. Шэрон предлагает для формирования навыка внимания, чувствительности, сосредоточенности на пациенте писать личные Дневники, где бы студенты (и врачи тоже) писали бы на обычном языке свои впечатления о больном, свои переживания, связанные с конкретным больным, тем самым проникаясь его историей, его страданием.

Исследование показало, что такие Дневники студентами не пишутся, и в основном, сама возможность их писать воспринимается как «что-то чересчур», абсолютно лишнее действие. Вместе с тем, в исследовании были студенты (их было очень мало), которые готовы были это делать, если бы это хоть как-то поощрялось. Вот фрагмент такого интервью: **Инт:** *Вас когда-нибудь учили писать Дневники, в которых вы бы, например, описывали свои впечатления от общения с больными?* **Информант:** *«Нет. Инт.: Не учили, да... не говорили никогда про это... а вы когда-нибудь писали такие Дневники сами? Информант: «Нет, это не поощряется». Инт.: « Не поощряется? А почему? Информант: « Ну, потому что есть определенные стандарты и мы должны им соответствовать». Инт.: «Определенные стандарты? Информант: «ну, есть определенная форма... это все пишется от руки...ну общие слова медицинские, в общем так, скажем... а так , чтобы выразить какое настроение у человека или его проблемы ... это не столь уже важно... ну так считается...Я вот этого не понимаю.. считаю, что болезнь может спровоцировать и психическое состояние человека... Нет, я бы наоборот, писала...»(Е., интерн, 22 г.).* Анализ транскриптов интервью показал, что не проводятся и тренинги для обучения навыкам такого письма: *«Абсолютно никогда не учили, у нас не было таких Дневников и даже на психологии никаких тренингов такого рода не было. ... У нас не хватает времени... Я уже говорила, вот история болезни на 18 страницах вот ее написать надо...» (О., 5 курс, 21г.).*

Все это означает, на мой взгляд, что и сегодня студентов Самарского медицинского университета (качественное исследование, как известно, не дает возможности широкого обобщения) готовят прежде всего как медицинских технологов, не видящих пользы в знании субъективных смыслов болезни своих подопечных хронических больных, не владеющих навыками нарративной компетентности.

Анализ показал также, что количество учебных курсов, посвященных анализу отношений врач-пациент в рамках учебного плана подготовки врача

по специальности «Лечебное дело», ничтожно мало: всего 2-3: биоэтика, психология общения и отчасти философия. Студенты сами интуитивно нащупывают, как им вести себя с больным, отталкиваясь от здравого смысла, семейных традиций общения, ориентируясь на опыт любимых педагогов: практически каждый из опрошенных студентов говорил о таком опыте.

Вместе с тем, в представлениях студентов образ хорошего врача в большинстве своем включает в себя и такие компоненты, как «человечность», «способность сочувствовать», «сострадательность» (правда, не на первых местах). В то же время отсутствие сформированных нарративных навыков будущих врачей, не сформированная нарративная компетентность в целом вкупе с известными институциональными пороками отечественной медицины, к сожалению, не дают возможности реализоваться этим правильным представлениям.

Библиографический список

1. *Cheron R. Narrative Medicine. Honoring the stories of illness. N.Y. : Oxford University Press, 2006; Kleiman A. The illness narratives, Suffering, Healing and Human Conditions. N.Y.: Basis Books, 1988; Frank A. Wounded storyteller: body, illness and ethics. Chicago: University of Chicago Press и др.*

2. *Лехциер В. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к болезни //Социологический журнал.2009.№4; Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине. Сборник научных трудов под общей редакцией В.Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012 и др.*

3. *Макинтайр А. После добродетели. М: Академический проспект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000.*

4. *Cheron R. Narrative Medicine. Honoring the stories of illness. N.Y. : Oxford University Press, 2006;*

5. *Жура В.В. Взаимодействие картин мира врача и пациента в ходе медицинской коммуникации и способы их экспликации // Общество*

ремиссии: на пути к нарративной медицине. Сборник научных трудов под общей редакцией В.Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012 и др.

6. *Frank A.* Wounded storyteller: body, illness and ethics. Chicago: University of Chicago Press.

7. *Лехциер В.* Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к болезни //Социологический журнал.2009.№4.

8. *Дернер К.* Хороший врач. М.: Алетейя, 2006.

9. *Лехциер В.* Хороший врач илипревратности децентрирования медицинского субъекта// Mixtura verborum 2009: боль нашего времени. Самара: Изд-во Самарской гуманитарной академии. №2.

10. *Готлиб А.* Субъективные смыслы болезни, их реализация в отечественных медицинских практиках: опыт эмпирического анализа //Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине. Сборник научных трудов под общей редакцией В.Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012.

11. *Равен Дж.* Компетентность в современном обществе. Выявление, развитие и реализация. М: Когито-Центр, 2002.

СОЦИАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ МЕДИАНАСИЛИЯ: ВЗГЛЯД ЮНЫХ ДЕВИАНТОЛОГОВ³²

Девиантное поведение при его массовом распространении в социуме трансформируется в социальную патологию или, другими словами, в «социальные болезни» [4]. Такие социальные болезни, как аддикции (виртуальная аддикция, алкоголизм, наркомания, зависимость от деструктивных религиозных и псевдопсихологических организаций), суицидальное поведение, промискуитет, поразили современное российское общество. Особую тревогу вызывает всеобщая агрессивность и сопутствующие ей равнодушие к агрессивным поступкам окружающих, равнодушие к жертве агрессии.

Как известно, агрессивные модели поведения зачастую «копируются», например, мальчик, став взрослым, может репродуцировать агрессию в отношении супруги, т.е. повторять часто наблюдаемые в семье агрессивные поступки отца по отношению к матери. На формирование агрессивной личности может повлиять агрессивная референтная группа. Насилие может воспроизводиться на основе научения, подражания. Л. Берковиц убедительно доказал «заразность насилия» [1].

В нашем исследовании мы пытаемся проанализировать социальную опасность демонстрации в средствах массовой информации и коммуникации агрессивных сюжетов. Особый интерес у нас вызывает влияние агрессивных медиатекстов на социализацию подрастающего поколения.

Учеными установлено (Берковиц Л., Жмуров Д.В. , Федоров А.В. и др.), что воспроизведение сцен насилия в средствах массовой информации

³² Статья подготовлена при поддержке грантом Президента РФ (проект МК 808.2013.6 «Подготовка подростков к осознанному выявлению в медиапродукции девиантных и потребительских ценностей»)

действительно увеличивает вероятность последующего проявления агрессии как со стороны детей и сравнительно нормальных взрослых людей, так и со стороны тех, кто эмоционально неуравновешен.

Медианасилие – это аудиальное, визуальное или иное интерактивное изображение сцен жестокости и агрессии. Интерактивность предполагает психологическую взаимосвязь индивида с виртуальными объектами и сущностями. Эта связь может проявлять себя в форме эмоций, переживаний, усиливающих доступность сознания деструктивным идеям и прочее[2].

Отдельные формы медианасилия, в зависимости от специфики медийного контента, получили следующие названия: мультипликационное, документальное, художественное насилие, киллография, т.е. графическое изображение сцен жестокости и прочее[5].

Сегодня исследователи для выявления объема медианасилия в основном используют метод контент-анализа. При контент-анализе формулируются критерии медианасилия, затем в процессе просмотра, прослушивания, проигрывания фиксируется объем сцен, по критериям относящихся к медианасилию. Иногда при анализе содержания медиапродукции учитываются такие параметры, как тип телепередачи, тип телеперсонажа, род применяемого оружия, характер нанесенных телесных повреждений, натуралистичность изображения насилия, вид агрессивного действия, «юмористичность» изображения агрессивных сцен [3].

Исторические методы изучения медианасилия связаны с накоплением и систематизацией «критической массы» фактов, подтверждающих воздействие СМИ и СМК на воспроизводство и массовое распространение агрессивного поведения.

О психологическом воздействии СМИ начали говорить еще с момента появления первых печатных устройств. Уже тогда существовало мнение, что воздействие массовой информации на сознание и поведение масс необходимо рассматривать в ракурсе причинно-следственных отношений, где причиной выступает информация, поступающая через различные

средства коммуникации, а следствием – социальные реакции. На наш взгляд, очень показательным является фильма режиссера А. Суриковой «Человек с бульвара Капуцинов».

СМИ часто выполняют функции социальной ориентировки, т.е. «формируют определенные идеальные модели социальной самокатегоризации» (Андреева Г.М., 2010). Американский общественный деятель, бывший военный, Д. Гроссман, автор книги «Не учите наших детей убивать: объявим поход против насилия на телеэкране, в кино и компьютерных играх» (1999), предлагает такие методы борьбы с медианасилием: просвещение населения о социальном вреде медианасилия; совершенствование законодательства, регулирующего деятельность СМИ и СМК; неотвратимые наказания за демонстрацию насилия и сексуальных сцен в медиатекстах для детей [5]. Все чаще звучат напоминания о статье 17 Конвенции ООН по правам ребенка, согласно которой необходимо «способствовать тому, чтобы масс-медиа распространяли информацию о социальной и культурной помощи детям, поощрять развитие соответствующих рекомендаций для предохранения ребёнка от информационных материалов, приносящих вред его благополучию». Некоторые государства стремятся соблюдать это требование и для показа фильмов и телепередач, содержащих сцены насилия, отводится позднее вечернее и ночное время. Кабельные или спутниковые каналы предоставляют функцию родительского контроля или сопровождают демонстрацию экранной продукции специальными маркерами возрастных ограничений.

Однако в нашей стране возникает впечатление, что СМИ и СМК предпочитают размещать в эфире всё самое похабное, агрессивное и развратное в погоне за рейтингами. «На потребу» непросвещенному юному зрителю с неокрепшей системой ценностей предлагается информация, эксплуатирующая естественный интерес подростков к сексу, культивирующая потребительские установки и агрессивность как средство самоутверждения. Несмотря на подписанную еще в 1999 г. основными

российскими телеканалами так называемую «Хартию телеведущих», их репертуар, на наш взгляд, по-прежнему максимально насыщен сценами насилия и пропагандой промискуитета.

Приведенные факты доказывают сложность и актуальность проблемы негативного воздействия медианасилия на социализацию молодого поколения.

Перспективным представляется развитие в нашей стране медиапедагогики, предлагающей технологию медиаобразования [5; 6]. Под медиаобразованием понимается формирование культуры общения в медиасреде, развитие критического мышления, приобретение умений компетентной интерпретации и анализа медиатекстов; обучение конструктивному самовыражению в медиасреде. Медиаграмотность помогает человеку активно использовать возможности информационного поля телевидения, радио, видео, кинематографа, прессы, Интернета, помогает ему лучше понять язык экранных искусств.

Эффективность доказала разработанная С.В. Книжниковой программа формирования у молодежи установок на критическое осмысление девиантогенных влияний медиатекстов [3]. Учащиеся школ и студенты изучают и используют методику девиантологического анализа медиапродукции, заключающуюся не столько в доказательстве или оценке девиантогенности влияний конкретных медиатекстов, сколько в самостоятельном выявлении ребенком, подростком, юношей в медиапродукции девиантогенных посылов и потребительских ценностей. Респондент обучается проводить анализ медиапродукции с позиций деструктивности девиантного поведения, его опасности лично для своего развития, для ближайшего окружения (семьи, референтных групп) и для социума в целом.

Считаем перспективными следующие направления работы специалистов, государственных деятелей, ученых, психолого-педагогических работников и сознательной общественности:

- осуществление мониторинга нарушений СМИ и СМК прав ребенка на получение гуманной аудиовизуальной информации;
- изучение зарубежного опыта пресечения деструктивных воздействий агрессивной медиасреды; сравнение правовых мер защиты прав ребенка в аудиовизуальной сфере (в системе возрастных рейтингов, ограничений экранного времени для показа сцен насилия и т.д.);
- регулярный анализ медиапродукции, распространяемой среди детей, на предмет натуралистичного изображения насилия; на широкую доступность агрессивных медиасюжетов в «детское время»;
- проведение исследований, посвященных анализу предпочтений у детской аудитории экранных произведений (содержащих и не содержащих сцены насилия) с последующим обоснованием влияния медианасилия на формирование ценностных ориентации детей и молодежи;
- выявление причин привлекательности медианасилия и построение на основе этого знания противодействующих профилактических программ;
- разработка практических рекомендаций для общественности (родителей, педагогов и др.) и государственных структур по поводу соблюдения прав ребенка на получение гуманной аудиовизуальной информации.

Хочется верить, что в Российской Федерации защита детей и молодежи от вредоносной информации будет не только на бумаге, не только для «войны» с политически неудобными СМИ, но и будет реализована на самом деле.

Библиографический список

1. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2001.
2. Жмуров Д.В. Словарь терминов агрессии// URL: <http://vocabulary.ru/> (Дата обращения: 29.05.2013 г.).
3. Книжникова С.В. Методика девиантологического анализа современных медиатекстов //Вестник Орловского государственного университета. - №9 (29). – 2012 г. – С. 234-238.

4. *Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Шмаков Д.И., Тарасова Е.В.* Общественное здоровье и экономика. - М.: МАКС Пресс, 2007.
5. *Федоров А.В.* Права ребенка и проблема насилия на российском экране. - Таганрог: Кучма, 2004.
6. *Шариков А.В., Радишеская В.А., Собкин В.Г.* Дети и насилие на экране: российский социокультурный проект // Образование граждан мира: Международная конференция, 1-5 ноября 2000 г.: Тезисы докладов. - М., 2000.

**БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДСКОЙ
АГЛОМЕРАЦИИ
В ПОДДЕРЖАНИИ И СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ (НА ПРИМЕРЕ Г.
ПЕРМИ)³³**

Введение

В современных социально-экономических условиях интерес представляет исследование процессов, связанных с развитием и реализацией человеческого потенциала. Сама идея подхода к исследованию общества и человека через возможности реализации его ресурсов и потенциалов не нова в современной науке, однако исследовательской группой ученых-социологов Пермского гуманитарно-педагогического университета под руководством д.соц.н., проф. З.П. Замараевой был предложен новый, интегративный подход к исследованию и анализу человеческого потенциала в пространстве городской агломерации. За основу исследования была взята идея человеческого развития нобелевского лауреата по экономике (1998) Амартии Сена, который, обосновывая свой «подход через возможности» говорит о том, что человеческое развитие предполагает не только увеличение человеком или обществом экономического или материального благосостояния, но и расширение возможностей человека в самореализации, в том числе за счет расширения возможности выбора сфер и путей для этого. «Подход через возможности» А.Сена был дополнен идеями активистко-деятельностного подхода, в рамках которого, исходя из субъектно-объектного или субъектно-субъектного векторов развития было высказано предположение что, с одной стороны, условия для реализации человеческого

³³ Материал подготовлен в рамках Проекта № 018-П «Междисциплинарное исследование барьеров, препятствующих развитию и реализации человеческого потенциала в Пермской городской агломерации и возможностей ПГПУ в его актуализации» Программы стратегического развития ПГПУ.

потенциала создаются средой, что предполагает наличие соответствующих социальных институтов, с другой стороны, осознание человеком возможностей или барьеров среды (в данном случае – пермской городской агломерации) способствует или препятствует его самореализации. Причем, человеческий потенциал рассматривался и в интерпретации его М. Нуссбаум как совокупность доступных для индивида возможностей в реализации предпочтительных видов деятельности или состояний. Для анализа и понимания данных процессов применительно к населению города Перми в ноябре-декабре 2012 года было проведено исследование «Междисциплинарное исследование барьеров, препятствующих развитию и реализации человеческого потенциала в Пермской городской агломерации и возможностей ПГПУ в его актуализации».

Описание исследования

В соответствии с исследовательской гипотезой предполагалось, что реализация индивидом своего потенциала (достижение значимых функциональных состояний), является ценным для индивида и должно отражаться при его самооценке собственного состояния. В качестве «системы координат» позволяющей зафиксировать индивидуальную, целостную самооценку уровня собственной реализации был выбран концепт «успешность». Для этого исследовательской группой был разработан инструментарий – анкета, содержащая вопросы в пространстве трех плоскостей: целостная самооценка индивидуального уровня развития потенциала (оценка собственной «успешности»); дифференцированная самооценка индивидуального уровня развития потенциал по 11 функциональным сферам; дифференцированная оценка городской среды, как пространства для реализации потенциала по 11 функциональными сферам. Функциональные сферы были определены учетом индекса развития человеческого потенциала (HDI): с учетом того, что одним из компонентов HDI является продолжительность жизни, нами было интересно, одной стороны, понять возможности среды (пермской городской агломерации) для

обеспечения здоровья жителей города с позиции самих жителей (точнее, с позиций представителей разных социально-демографических групп), с другой стороны, оценить барьеры, препятствующие пермякам в поддержании и сохранении здоровья, в третьих, оценить взаимосвязь здоровья и успешности, здоровья и самореализации человека.

Результаты исследования

1. Здоровье как фактор успешности-неуспешности человека.

Такой показатель, как «сохранение и приумножение своего здоровья», в большей степени, оказался значим для пермяков, считающих себя успешными, холостых и бездетных, принадлежащих среднему и высшему слоям, с высоким и средним материальным достатком, в возрасте 18-30 лет, с высшим и неполным высшим образованием, преимущественно – мужчин (медиана=4). Именно эти респонденты выше других оценили свое текущее состояние в сфере здоровья. Первоначальная гипотеза о том, что вопросы здоровья будут больше актуальны для женщин репродуктивного возраста и пожилых не подтвердилась. Скорее всего, в Перми для представителей данных социальных групп характерно формирование некой «моды» на здоровый образ жизни, культуры посещения спортивных залов, корпоративный активный отдых. Для сравнения: по данным опроса Левада-центр, в России от 70 до 86% населения вообще никогда не посещали спорт-клубы или бассейны. Для остальных категорий респондентов данная сфера жизнедеятельности оказалась значима немного меньше (медиана =3), но больше, чем, например, социальная защита, общественно-политическая жизнь, материальное благополучие и доход.

Интересна зависимость оценки текущего состояния пермяков в сфере сохранения и приумножения здоровья от рода деятельности: рабочие, студенты и учащиеся, работники бюджетной сферы дают ему более высокую оценку, чем, например, работники сферы торговли или фрилансеры. Возможно, это объясняется тем, что специфика организации деятельности представителей данных социально-профессиональных групп предполагает

прохождение профилактических медицинских осмотров, возможно, поэтому они чувствуют себя более защищенными в сфере поддержания здоровья. Особо стоит отметить интерес к поддержанию своего здоровья со стороны предпринимателей – очевидно, они напрямую связывают здоровье и прибыль, в силу специфики деятельности и необходимости больше времени уделять решению производственных вопросов они вынуждены заботиться и сохранять свое здоровье. Как вариант – можно предположить и то, что индивидуальный предприниматель не имеет возможности оплачивать сам себе пособие по временной нетрудоспособности, отсюда и необходимость вести здоровый образ жизни. Следовательно, можно рассматривать здоровье и как фактор, и как показатель успешности населения.

При этом интересно, что проблемы со здоровьем в качестве фактора неуспешности проблемы со здоровьем респонденты не выделяют, следовательно, говорить о нездоровье человека как факторе неуспешности, с другой стороны, стороны, по данным исследования нельзя. Хотя, при этом, люди, считающие себя успешными, выше оценивают свое здоровье (медиана=4, тогда, как у считающих себя неуспешными – только 3).

Значимость проблем со здоровьем для достижения успеха фактора фиксируют, в основном, пожилые люди, пенсионеры и люди с неполным средним образованием, принадлежащих к социальному слою ниже среднего с очень низким материальным достатком (что, по сути, с разных сторон представляет одну и ту же группу респондентов). При этом, проблемы со здоровьем как причину невозможности достичь успеха отметили и люди, считающие себя неуспешными. Значит, здоровье однозначно можно рассматривать как фактор успешности-неуспешности.

2. Оценка возможностей, созданных в Перми для сохранения и поддержания здоровья

Условия, созданные в Перми для сохранения и поддержания здоровья, ведения здорового образа жизни, занятий физкультурой и спортом, как удовлетворительные оценили 31,4% респондентов, как хорошие – 29,5%.

Люди в возрасте 18-30 и 31-45 лет оценивают созданные в Перми для сохранения и поддержания здоровья возможности выше, чем 46-60- летние люди и пенсионеры (значение медиан 4 и 3 соответственно), что может говорить о том, что, например, медицинские услуги сегодня все больше предоставляются частными медицинскими службами, возможность пользоваться которыми у населения с низким уровнем доходов весьма ограничена. Необходимость содержать семью и детей, низкий уровень доходов, отсутствие времени то, чтобы потратить его в медицинских учреждениях снижает доступ к качественным и/или платным медицинским услугам у респондентов данных социальных групп.

С другой стороны можно говорить и об информационных барьерах: люди с высшим гуманитарным образованием, очевидно, более информированы о возможностях получения медицинских услуг, о своих правах в данной области и механизмах, позволяющих отстоять данные права. Это подтверждает и то, что в большей степени (медиана=4) условия, созданные в Перми для сохранения и приумножения здоровья, оценили студенты и учащиеся (для них есть специальные медицинские учреждения, спортивные залы при учебных заведениях, предусмотрены скидки на посещение спортклубов, с одной стороны, молодежь и подростки более активны, зачастую оценивают спорт как досуг, с другой), служащие бюджетных организаций и органов власти, специалисты с высшим образованием, офисные работники, руководящие работники.

3. Оценка возможностей получить хорошее лечение и следить за здоровьем.

В целом, население города Перми оценивает свои возможности получить хорошее лечение и следить за своим здоровьем как «удовлетворительное» (так отметили 37% респондентов) и «неудовлетворительно» (25% соответственно), что печально, так как в городе реализуются мероприятия в рамках национального проекта «Здоровье», проходит дополнительная диспансеризация работающего населения, работают городские центры

здоровья, открываются специализированные медицинские центры, приобретается оборудование для уже существующих.

Если говорить о распределении ответов респондентов в зависимости от рода деятельности, то видно, что в числе тех, кто неудовлетворительно оценивает возможность следить за своим здоровьем и обращаться за медицинской помощью – работники торговли и сферы обслуживания, рабочие и фрилансеры, что, по всей видимости, объясняется отсутствием в организациях, где работают представители этих групп, так называемого «социального пакета»: скорее всего, предприятия работают по упрощенной схеме налогообложения и взносы в фонд ОМС не выплачивают – отсюда и недоступность медицинских услуг для работников. Как еще один вариант интерпретации – невозможность следить за здоровьем из-за нестабильного, непостоянного, скользящего графика работы представителей данных социальных групп.

Наибольшее количество самых низких оценок своим возможностям получать хорошее лечение и следить за здоровьем дали домохозяйки (22,6%) и пенсионеры (16,7%), очевидно, мотивируя это повышенными потребностями в поддержании здоровья и отсутствием возможности эти потребности удовлетворить в полной мере, а также руководители предприятий (13,3%), очевидно, показывая низкое качество предоставляемых услуг. Наибольшее количество высоких оценок дали студенты и учащиеся (21,3%), видимо, не особо обременённые необходимостью посещать лечебно-профилактические учреждения, предприниматели (16,7%) и, что интересно, фрилансеры (10,5%). Скорее всего, это связано с возможностью найти время для посещения медицинских учреждений без ущерба для трудовой деятельности.

Возможности жителей Перми получать хорошее лечение находятся в прямой зависимости от материального достатка – чем ниже уровень доходов – тем меньше доступность медицинских услуг, и наоборот – более

состоятельные пермяки оценивают возможности следить за здоровьем в равной степени «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично».

4. Оценка возможностей поддерживать свое здоровье (вести здоровый образ жизни, правильно питаться, заниматься физкультурой и спортом).

Сегодня Администрация Перми позиционирует город как крупнейший спортивный центр России³⁴, заявляя, что город располагает развитой инфраструктурой как для проведения профессиональных соревнований, так и для массовых спортивных мероприятий. В каждом из районов города есть различные спортивные объекты: стадионы, спортивные школы, бассейны, фитнес-клубы, лыжные базы и биатлонные трассы, закрытые ледовые спорткомплексы и т.д. тем не менее, в целом, большая часть респондентов, а именно 35,1%, оценивают свои возможности вести здоровый образ жизни, правильно питаться, заниматься физкультурой и спортом в г. Перми как «удовлетворительные». Очевидно, что здесь есть различие в понимании здорового образа жизни жителями Перми: для одних важно наличие спортивных сооружений, для других – возможность самостоятельно заниматься физкультурой постоянно, для третьих – наличие мест для активного отдыха в выходные.

Данные исследования показали, что в Перми в большей степени созданы условия для поддержания здоровья для молодежи, с одной стороны, и обеспеченных людей, с другой стороны. Высокую оценку возможностям для занятий физкультурой и спортом дают молодежь в возрасте 18-30 лет (15,7%) и студенты (27,7%). Возможно, это объясняется наличием собственных специальных спортивных сооружений у учебных заведений начального, среднего и высшего профессионального образования, обязательностью участия в спортивных мероприятиях для данной группы респондентов, повышенным вниманием к вопросам здорового образа жизни в учебных

³⁴ Пермь спортивная [электронный ресурс]. URL: http://www.gorodperm.ru/social/sport/Perm_sport/sport_in_Perm/ (проверено 9.06.2013 г.).

заведениях, а также свободным графиком учебы и наличием свободного времени для занятий спортом. Хотя, возможно, молодежь недооценивает понятие «здоровый образ жизни», в целом, поскольку необходимость проведения большого количества времени в учебных аудиториях, трудности с организацией правильного питания, видимо, молодежью недооценивается.

Высоко оценивают свои возможности в данной области и люди с высоким достатком, представители высшего социального слоя, руководители предприятий и предприниматели. Доступность здесь – неограниченность в возможностях финансовых расходов на эти цели, свобода выбора спортивных сооружений, возможность организации правильного питания. И, возможно, здоровый образ жизни для представителей данной социальной группы – показатель успешности, независимости и самодостаточности, то есть еще раз подтверждается гипотеза о том, что ведение здорового образа жизни или, по крайней мере, демонстрация этого, - дань моде, которая сегодня формируется как СМИ, так и представителями сообществ бизнесменов и политиков. Очевидно из-за востребованности мест для качественного и комфортного времяпрепровождения в процессе поддержания своего здоровья, люди с высоким достатком более критичны в оценке пермской среды – 43% обеспеченных пермяков оценивают ее «неудовлетворительно» тогда как люди с меньшим достатком – «удовлетворительно» и «хорошо» (35% и 20% соответственно). При этом, есть категория респондентов (6%), которые затрудняются оценить возможности города в данной сфере. Очевидно, их вопросы здорового образа жизни, спорта и физкультуры не интересуют вообще.

Наименьшие же возможности вести здоровый образ жизни, правильно питаться, заниматься физкультурой и спортом в г. Перми, по данным исследования, у людей старше 60 лет, пенсионеров, безработных и домохозяек, людей, принадлежащих к социальному слою ниже среднего и с очень низким материальным достатком, с неполным средним образованием

(также, очевидно, пожилых людей). В качестве объяснения можно предположить наличие у данных людей «барьеров в сознании»: представлений о том, что для поддержания здорового образа жизни обязательно необходимы материальные ресурсы.

Интересно распределение оценок пермяками городской среды в зависимости от наличия детей и их количества: данные исследования показывают, что более требовательны и критичны к ресурсам городской среды в сфере поддержания здорового образа жизни семьи с двумя детьми, тогда как семьи с тремя и более детьми довольствуются имеющимися возможностями. Бездетные и малодетные семьи единодушны в «удовлетворительной» оценке возможностей города в поддержании здорового образа жизни. Очевидно, выбор мест для удовлетворения потребности в данной области, у данных социальных групп больше, значит, городская среда в большей степени ориентирована именно на эти социальные группы.

Возможность поддерживать свое здоровье и вести здоровый образ жизни можно рассматривать как фактор успешности, но условно – прямая зависимость здесь менее выражена, чем в предыдущих значениях: в основном, все респонденты, рассматриваемые в контексте успешности-неуспешности, оценили данный показатель удовлетворительно (от 28,3% до 39,4%). Однако, наибольшее количество самых низких оценок – в группе неуспешных, наименьшее количество низких оценок – в группе успешных. Наибольшее количество высоких оценок – наоборот, в группе успешных, наименьшее количество высоких оценок – у тех, скорее оценивает себя как неуспешные.

5. Оценка барьеров, мешающих следить за здоровьем и вести здоровый образ жизни

В качестве основных барьеров, мешающих респондентам следить за своим здоровьем и вести здоровый образ жизни, пермяками были названы: нехватка денег и материальных ресурсов (46,1% опрошенных ответили так),

нехватка времени (38,4%) и отсутствие в Перми необходимых условий (15,7%). И если материальный фактор ранее нами уже рассматривался как барьер, мешающий населению Перми следить за здоровьем, то об отсутствии в Перми необходимых условий для этого стоит поговорить подробнее. Кроме того, среди всех барьеров, носящих больше субъективный характер (нехватка денег времени, отсутствие личных качеств), отсутствие необходимых условий для поддержания здорового образа жизни в Перми можно считать барьером объективным, хотя и условно.

При анализе барьеров, мешающих вести здоровый образ жизни представителями различных сфер деятельности, были выявлены интересные тенденции:

1. Недостаток финансовых средств как основное препятствие для поддержания здоровья отмечают пенсионеры, работники сферы торговли, фрилансеры, безработные и домохозяйки. Очевидно, что данный барьер весьма субъективен и служит оправданием того, что представители данных социальных групп имея свободное время, не желают тратить его на поддержание здоровья.

2. Недостаток времени как основной барьер для поддержания здоровья называют рабочие, студенты и учащиеся, «бюджетники», чиновники, офисные работники предприниматели и руководители организаций. Очевидно, что для данных людей ведение здорового образа жизни подразумевает посещение специализированных клубов, секций, мероприятий, здоровый образ жизни рассматривается как форма организации досуга (рабочие или учащиеся) или атрибут статуса, социального положения (руководители или бизнесмены).

3. Отсутствие необходимых условий в Перми для удовлетворения потребности в ведении здорового образа жизни отмечают пенсионеры (!), студенты и учащиеся, специалисты с высшим образованием, предприниматели и безработные. Таким образом, действительно можно

сказать, что в Перми отсутствует среда для удовлетворения запросов горожан в сфере здоровья и здравоохранения. С одной стороны, очевиден материальный барьер доступности медицинских услуг и возможностей поддерживать здоровье, с другой стороны – отсутствие среды для ведения здорового образа жизни, в целом.

Выводы и рекомендации:

Таким образом, можно выделить следующие барьеры и возможности пермской городской агломерации в поддержании и сохранении здоровья населения.

1. Пермяки понимают и осмысливают здоровье как ценность, осознают его удовлетворительно состояние (не отличное и даже не хорошее), однако, большинство населения города предпочитают пассивные способы его сохранения и демонстрируют низкую медицинскую активность. Следовательно, барьер – в отношении пермяков к медицинским учреждениям, их недоверии врачам.

2. Наблюдается два типа внимательного отношения к состоянию здоровья: с одной стороны, сохранение и поддержание здоровья – это привилегия и показатель благополучия обеспеченных людей, и они, стремясь соответствовать своему социальному положению, окружению, «моде», посещают частные, элитные медицинские центры и спортклубы; с другой стороны – внимание к состоянию здоровья рассматривается как необходимость для людей, обремененных необходимостью профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (рабочие и служащие промышленных предприятий, работники бюджетных учреждений, учащиеся и студенты), для которых подобные мероприятия являются возможностью раннего выявления и профилактики заболеваний.

3. Здоровье сегодня выступает как фактор и показатель успешности населения (пермяки связывают хорошее состояние здоровья и возможность достижения успеха), но, при этом, не рассматривается как фактор неуспешности, то есть жители города не видят связи между

неудовлетворительным здоровьем и социальным и материальным неблагополучием, что огорчает, так как демонстрирует формальное, неответственное отношение к здоровью и его значимости для жизнедеятельности и самореализации. Объективными обстоятельствами пермяки объясняют свое действительное нежелание вести активный образ жизни, заниматься физкультурой и спортом. Городская среда предоставляет жителям возможности самореализации в данной сфере, но пермяки эти возможности не используют в полной мере.

Библиографический список

1. Боев В.С., Гизатулина Г.Г., Копытова С. И., Черноусова И. А. Состояние здоровья населения Пермского края, его оценка и влияющие на него факторы (по данным социологического исследования) [электронный ресурс]. URL: <http://www.mediasphera.ru/journals/prof/520/7892/> (проверено 6.03.2013).
2. Ларионова И.С. Здоровье как социальная ценность. Автореф. дисс...д-ра филос.н. М., 2004.
3. Общественное мнение – 2012. М.: Левада-Центр, 2012.
4. Стратегия социально-экономического развития муниципального образования город Перми до 2030 года [электронный ресурс]. URL: <http://duma.perm.ru/upload/pages/1833/Strateg.pdf> (проверено 05.06.2013 г.).
5. Юдин Б.Г. Концепция человеческого потенциала [электронный ресурс]. URL: <http://www.zpu-journal.ru/gum/prospects/articles/2007/Yudin/3/> (проверено 06.03.2013 г.).

ВЛИЯНИЕ ТЕЛЕВИДЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ И НРАВСТВЕННОЕ РАЗВИТИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ

Как известно, воспитание состоит как из целенаправленного прививания социально-одобряемых нравственных ценностей, так и стихийного усвоения нравственных норм. Обычно стихийное усвоение происходит из ближайшей и более дальней социальной среды. Оно может происходить как осознанно, так и неосознанно. Чаще всего именно в кругу семьи подражание носит неосознанный характер. Если раньше оно в основном задавалось родителями, бабушками и дедушками, братьями и сестрами, то в настоящее время образцами поведения, задающими нравственные критерии, во многом являются герои телепередач или компьютерных игр.

Результаты социально-психологических исследований показывают чрезвычайное влияние телевидения на формирование у дошкольников таких качеств как любопытство, познавательный интерес, позитивное видение мира, нравственные позиции.

С целью определения степени влияния телевидения на формирование нравственных представлений современных дошкольников, а также места телевидения в структуре бюджета времени московской семьи и выяснения представлений родителей о качестве самой телевизионной продукции в Институте социологии РАН в 2007 году, группой "Образование и личность" было проведено социально-психологическое исследование «Дошкольник и Телевидение».

В общей сложности было опрошено 100 старших дошкольников (дети 5-7 лет), 75 родителей дошкольников и 54 воспитателя старшей и подготовительной группы московских детских садов.

При анализе результатов опроса самих дошкольников было выяснено, что самым любимым занятием дома, после прихода из детсада, является просмотр телепередач, на втором месте – игра с родителями или сверстниками. Среди мальчиков наиболее популярны фильмы о звездных войнах (о чем сообщили 70% мальчиков), а среди девочек – различные сказочные истории. На вопрос: «Какой герой мультфильмов тебе больше всего нравится?» 50% мальчиков назвали Бэтмена, черепашку Ниндзя и других подобных героев. При этом 40% опрошенных дошкольников никогда не видели классических отечественных фильмов о Буратино, Морозко, Докторе Айболите и т.п.

На вопрос: «Почему бы ты стал дружить с Бэтменом?» 40% детей назвали такие качества как - смелость, физическая сила. На вопрос: «А кого ты бы назвал смелым?» 30% дошкольников ответили, что это тот, кто не

боится никого убивать. Было выяснено, что 80% воспитателей и родителей систематически не беседуют с детьми о просмотренных телепередачах, что является основным фактором формирования нежелательных нравственных критериев поведения у дошкольников.

Негативному влиянию указанной телепродукции в большей степени подвержены мальчики, 70% которых наиболее охотно смотрят боевики и фильмы о звездных войнах. Девочки менее подвержены негативному влиянию телепродукции, большинство опрошенных девочек предпочитают смотреть сказочные или бытовые истории.

Огромное влияние оказывает телевидение на свободную игру детей (т.е. возникающих по инициативе самих детей) в дошкольном учреждении. Если 20 лет назад мальчики, в основном, играли в полярников, космонавтов, водителей, т.е. созидающие профессии, то сейчас, в свободных играх, преобладают ситуации агрессии и разрушения – аварии, убийства, войны. Игры девочек изменились значительно меньше, почти неизменной осталась проблематика связанная с семьей. Однако, в значительной мере увеличился мотив, связанный с престижностью вещей и их покупкой. Основным источником информации об этом – реклама. Знание детей о том, что рекламируют поистине неисчерпаемы : 70% дошкольников перечислили практически все рекламируемые по телевидению товары на момент опроса. Лишь 20% детей старшего дошкольного возраста практически ничего не знают о рекламе.

Воспитатели отмечают повышенную возбудимость детей, проводящих у экрана по 3-4 часа в сутки (это, как правило, в выходные дни), а таких детей в каждой группе 3-4 человека. Педагоги видят связь между механистичностью отношений детей в процессе игры и такой же механистичностью отношений во многих американских мультфильмах. Обеспокоенность вызывает и тот факт, что лишь немногие родители прислушиваются к советам воспитателей по поводу телесмотра. Это отчасти носит и объективный характер, т.к. сами воспитатели не знают как работать над этими проблемами.

Анализ мнений родителей о влиянии телевидения на развитие детей показал следующее. Родители понимают, что телевидение может оказывать как позитивное, так и негативное влияние на их детей. Однако, большинство считают себя бессильными изменить ситуацию связанную с просмотром их детьми агрессивных передач. Наиболее типично заявление: «А что я могу сделать, ведь их же показывают, а дети смотрят?». По оценкам родителей, дети проводят у телевизора около 30-50 минут в будние дни и более часа в выходные. Большинство родителей не обладают культурой просмотра телепрограмм. Практически лишь в 20% московских семей дошкольников планируется телесмотрение, т.е. телевизор включается только тогда, когда идет передача, которую заранее хотели бы посмотреть. Дети воспринимают телевизор как члена семьи, как фон своей жизни, многие дети кушают, играют и даже засыпают под звуки телевизора. Естественно, что вся

информация, поступающая с экрана, является для ребенка чрезвычайно значимой, во многих случаях, даже более значимой, чем мнение родителей.

С целью изучения современного состояния этого вопроса в 2013 году было проведено повторное исследование по анкете «Дошкольник и телевидение». Анализ ответов показал, что 90% сюжетов просмотренных дошкольниками мультфильмов, практически не изменился, изменились только их названия. В настоящее время самыми популярными фильмами у детей являются «Маша и медведь», «Корпорация монстров», «Трансформеры», «Тачки», «Алладин», «Папины дочки», «Камеди Клуб». Значительно выросло число детей (до 50%), регулярно смотрящих взрослые каналы и программы. Из наиболее популярных «Уральские пельмени», «Воронины», «Интерны», «Давай поженимся».

Анализ ответов воспитателей на вопрос: «Как влияет телевидение на свободную игру детей» показал, что 90% сюжетов игр взято из просмотренных детьми телепередач и лишь 20-30% касаются их непосредственной жизни. Данная динамика показывает, что за последние 6 лет число сюжетных игр, связанных с телесмотрением увеличилось практически в 2 раза.

В связи с огромным влиянием телевидения на детей младшего возраста необходимо на курсах повышения квалификации разработать обучающие программы «Дошкольник и Телевидение». Целью данной программы является обучение воспитателей и психологов грамотному информированию родителей о позитивных и негативных аспектах влияния телевидения на детей, умению формировать у родителей потребность систематического обсуждения с детьми телепередач и создавать оптимальные условия для телесмотра дома.

Естественно, что начинать такую работу психологу или воспитателю необходимо с диагностики в каждой группе детского сада.

После проведения углубленной диагностики необходимо провести серию собраний с родителями по данной проблеме. Примерная тематика собраний для родителей могла бы выглядеть следующим образом:

1. Физиологические основы и нормативы просмотра телепередач детьми различных возрастных групп; длительность, освещенность, удаленность от телеэкрана и т.д.
2. Обстоятельства педагогически грамотного телесмотра; критерии выбора телепередач для детей различных возрастов, периодичность просмотров, объяснение необходимости сопровождения взрослыми телесмотра детей.
3. Методика построения педагогически обоснованной беседы с ребенком о просмотренных передачах; умение задавать вопросы, умение комментировать ответы детей, умение обсуждать такие нравственные позиции как добро и зло, смелость и трусость, дружба и вражда, победа и поражение и т.д.
4. Методы организации и содержание игр и других видов деятельности детей на материале просмотренных детьми телепередач.

По нашему мнению проведенная таким образом работа с родителями может способствовать глубинному осмыслению родителями данной проблематики и на этой основе более содержательному проведению досуга, лучшему пониманию родителями потребностей своего ребенка, улучшению психического и физического состояния детей и успешному формированию нравственных ценностей.

А.Ю. Губанова,
Российская государственная детская библиотека, Москва

БЕЗОПАСНОСТЬ ДЕТЕЙ В ИНТЕРНЕТЕ: ОПЫТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

В настоящее время уже не вызывает вопросов постоянное возрастание роли Интернета в подростковой среде, поскольку сегодня невозможно представить подростка, никогда не слышавшего о нем и не использовавшего его для учебы, саморазвития, досуга и развлечений. Современные подростки активно вливаются в новое информационное пространство. Однако нельзя сказать, что Интернет предоставляет широкий спектр только положительных возможностей для саморазвития, образования и обучения, самовыражения, общения, творчества и развлечения, он так же содержит в себе определенные риски.

Согласно новым стандартам начальной школы каждый ребенок должен иметь доступ к компьютеру, а значит, обладать соответствующим уровнем медиаграмотности. В связи с чем, возникает вопросы: Насколько грамотны родители современных детей? Способны ли они защитить ребенка от интернет-угроз? Как помочь ребенку, не ограничивая доступ к продуктам новых информационных технологий, избежать рисков и справиться с возникающими в Интернете трудностями?

Исследования показывают, что далеко не все стратегии защиты от рисков, применяемые родителями, способствуют снижению и устранению угроз (Mesch, 2009³⁵). Так, например, риск кибербуллинга³⁶ снижался только при установлении правил относительно сайтов, которые может посещать ребенок и при мониторинге того, что дети читают в интернете.

³⁵ Mesch G.C. Parental medication, online activity and cyberbullying // CyberPsychology and Behavior. 2009. V. 12 (4). P. 387-393.

³⁶ Кибербуллинг - агрессивное, умышленное действие, совершаемое группой лиц или одним лицом с использованием электронных форм контакта, повторяющееся неоднократно и продолжительное во времени в отношении жертвы, которой трудно защитить себя.

В 2010 году в Российской государственной детской библиотеке в рамках Недели Безопасного Рунета, был проведен конкурс плакатов и комиксов «Моя безопасная сеть», посвященных Интернету и его опасностям. По итогам конкурса социологи библиотеки провели контент-анализ, присланных на конкурс работ, который показал, чего же, по мнению современных российских детей, стоит опасаться в Интернете.

Был проанализирован 41 рисунок с помощью формализованного бланка контент-анализа. В процессе анализа были выделены две категории: первая - действующие лица, вторая - фрагмент текста, прямо или косвенно связанный с различными опасностями, с которыми человек сталкивается в Интернете.

На основе данного анализа был сделан ряд обобщающих выводов о том, какие опасности дети видят во Всемирной паутине, а также какие образы отражают степень их защиты или незащищенности от этих угроз в Интернете.

Дети считают, что основная опасность Интернета - вирусы: героями плакатов чаще всего были женщины или девочки, испытывающие неудобства в связи с поломкой компьютера из-за заражения вирусом. Это говорит о том, что дети не достаточно информированы относительно всех угроз и опасностей сети.

Поскольку умение находить информацию, понимать и интерпретировать текст, а так же умение соотносить прочитанное с личным опытом или жизненными ценностями крайне важно в современном мире, где распространение информации в различных ее формах стало отличительной чертой времени, необходимо особое внимание обращать на информационную грамотность детей и подростков. Специалисты признают, что обучение информационной грамотности ребенка должно начинаться ещё в школе, тем самым помогая ему подготовиться к угрозам и опасностям, с которыми он столкнется во взрослой жизни.

И.А. Гундаров,

НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением

Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

СОЦИО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ

Динамика смертности в России за последние 30 лет характеризуется парадоксальными колебаниями. В 1984-86 гг. её стандартизованный по возрасту уровень неожиданно снизился: для инфекций на 25%, органов дыхания на 27%, сердечно-сосудистых заболеваний на 9%, органов пищеварения на 8% [1]. Общая смертность уменьшилась на 10% [2]. Попытка объяснить благоприятный эффект действием антиалкогольного указа оказалась несостоятельной. В структуре общей смертности за 1985 г. доля летальных злоупотреблений алкоголем (острые отравления, хронический алкоголизм, психозы, цирроз печени) составила всего 1,7% [3], т.е. не они делали «погоду». К тому же аналогичные оздоровительные процессы наблюдались в странах Восточной Европы, где не было «сухого закона» [4]. Снижение смертности затронуло не только болезни сердца и сосудов, но также инфекционные заболевания, болезни органов дыхания, у которых связь с алкоголизацией не установлена [5].

Затем вектор смертности неожиданно направился вверх, поднявшись на 51% за 1988-94 гг. Среди заболеваний наибольший рост в 1990-94 гг. отмечался у психических болезней, на 273%, и у инфекций, на 65% [2]. На ряде территорий цифры составили невообразимые с эпидемиологической точки зрения величины. В Санкт-Петербурге в 1994 г. относительно 1991 г. смертность от дизентерии достигла 1711%, от сальмонеллёза 911%, от дифтерии 1200%, пневмококковой пневмонии 467%, ангины 367% [6]. Феномен настолько неожиданный, что потребовались специальные международные исследования для оценки достоверности российской

статистики и доказательства отсутствия артефактов [7]. В западной литературе это посчитали наиболее удивительным событием здравоохранения конца 20 века [8]. В отечественной литературе ему дали название «сверхсмертность» – уникальное демографическое явление в виде выраженного увеличения смертности по невыясненным обстоятельствам [9]. С начала 90-х годов сверхсмертность унесла жизни при президентстве Б. Ельцина около 5 млн. человек, В. Путина – 6 млн., Д. Медведева – 2 млн. (рассчитано по [2,10]).

Тщательный анализ её причин обнаружил непричастность медицинских факторов риска (курения, ожирения, повышенного кровяного давления, высокого холестерина крови, гиподинамии), низкого материального достатка, экологических условий, когортного эффекта [9]. Попытка списать всё на злоупотребление алкоголем оказалась не обоснованной. В приросте к 1994 гг. общей смертности на 530 тыс. человек прирост алкогольных отравлений составил 25,5 тысяч, т.е. всего 4,8% [2]. Если добавить к ним хронический алкоголизм, циррозы печени и психозы, получится около 15% [11]. К тому же обнаружилось, что динамика алкогольных смертей лишь отчасти определяется самим алкоголем. Амплитуды колебаний первых многократно превышали амплитуды потребляемого спиртного. Например, в пересчёте на чистый спирт объём выпитого к 1993-94 гг. вернулся до уровня 1984 г., а отравлений было в 1,4-1,7 раза больше, как и смертельных автотранспортных происшествий [11]. Значит, действовал ещё какой-то неучтённый фактор. Версия геноцида русского народа опровергается аналогичным вымиранием населения Латвии, Литвы, Эстонии, Беларуси, Восточной Германии, Болгарии, Венгрии и др. [9].

В 1995-98 гг. тренд сменился на противоположный. Снижение смертности составило 13%. Наибольший спад был у психических заболеваний, на 52%. Значительно уменьшились алкогольные отравления, на 53% [2], хотя потребление спиртных напитков выросло на 12% [12].

В «тучные» нулевые годы при десятикратном увеличении цены на нефть и существенном улучшении благосостояния населения смертность стала неожиданно расти. Её уровень увеличился за 1998-03 гг. на 21% [2]. Наибольший прирост по заболеваниям отмечался от инфекций и психических состояний, соответственно, на 36% и 30%. Острые алкогольные отравления поднялись на 76%, хотя объём потребляемых напитков вырос всего на 21% [12].

Наоборот, после 2008 года на фоне углубляющегося экономического кризиса, ухудшения уровня жизни населения и нарастания в обществе протестного настроения динамика смертности не изменилась, продолжая снижаться после 2003 года. За 2008–12 гг. спад составил 9,6% [2,13]. И это при том, что в здравоохранении не появилось каких-то новых эффективных подходов к профилактике и лечению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Значит, причина оздоровления – не медико-экономическая.

Демографическая наука, привыкшая иметь дело с медленно текущими процессами, оказалась в растерянности от непонимания причин быстро меняющихся колебаний смертности. Не было ни одного заседания Всемирной Организации Здравоохранения, Российской академии наук и Российской академии медицинских наук для анализа необычных явлений. Попытки объяснить их по отдельности, без учёта ситуации в целом, оказались безуспешными.

На этом основании возникла гипотеза о факторе «X» как общей причине описанных парадоксов [9]. Его идентификации способствовало обнаружение характерных свойств:

- большая скорость распространения по обширной территории, когда за 1-2 года взлёт смертности охватил большинство стран постсоветского пространства;
- огромная сила воздействия на людей, из-за которой только по России потеряно около 13 млн. жизней;
- наличие как негативного, так и позитивного эффектов;

- быстрая, за 1-2 года, смена вектора на противоположный;
- возрастная избирательность: не действие на детей до 14 лет, первый подскок – в подростковом возрасте, слабое действие на стариков и основной удар – по трудоспособному населению;
- преимущественное поражение мужчин по сравнению с женщинами;
- способность влиять почти на все заболевания, как неинфекционные, так и инфекционные;
- синхронное действие на расстояниях в тысячи километров, когда демографические волны идут параллельно, например, в Калининградской области и Приморском крае.

Ни один из известных науке материальных агентов такими свойствами не обладает. Учитывая, что беспричинных событий не бывает, наука оказалась вынужденной обратиться к нематериальным явлениям психогенной природы. В философии известно существование двух реальностей: материальной (бытие) и идеальной (сознание). По Ф. Энгельсу, дух есть высший продукт материи. Это значит, что на определённом этапе развития материя порождает дух как реально существующее нематериальное явление. Конспектируя работу И. Дицгена, В. Ленин отметил правоту утверждения, что «дух и материя имеют, по крайней мере, то общее, что они существуют» [14, с. 257]. Этим диалектический материализм отличается от вульгарного материализма, утверждающего, что нематериальных явлений нет, и мысль есть такой же вещественный продукт мозга, как желчь есть продукт жёлчного пузыря.

Идеальная реальность существует в виде психической общественной атмосферы, состоящей из смыслов и эмоций в головах людей, которые через социальные отношения формируют эмоционально-смысловые «поля». Высшим психическим проявлением является «духовность». Духовность – это деятельность сознания, направленная на поиск смысла жизни и своего места в ней, на определение критериев добра и зла для оценки событий, людей и руководства к действию [9]. Она может быть позитивной и негативной:

солидарность или эгоизм, оптимизм или апатия, любовь к Родине или стыд за её историю и т.д.

Заявив о существовании идеальной реальности, наука не продвинулась существенно в анализе её свойств. Занимаясь изучением фундаментальных законов материи, она упустила из виду фундаментальные законы духовной жизни. В то время как прикладные исследования этого аспекта активно развиваются: при манипулировании сознанием, социальном маркетинге, нейролингвистическом программировании и др. В том числе для психосоматической медицины. Ещё в 1947 г. физиолог К. Быков, развивая теорию нервизма академика И. Павлова, писал: «Клиника в настоящее время склонна признать, что «перекидывается мост между двумя как бы несоединимыми мирами: психикой и соматикой». Вскрытие природы явлений, которые кажутся и до настоящего времени загадочными, а именно, каким образом то субъективное, что мы называем душевным состоянием, может влиять на деятельность органов, обеспечивающих основные жизненные функции ...» [15, с.15]. В современной медицине формируются клинические школы психондокринологии, психоиммунологии, психоневрологии.

В эпидемиологических многолетних исследованиях обнаружено, что потеря смысла жизни, депрессия, агрессивность, цинизм, страх лишиться любимой работы приводят к угнетению физиологических резервов, способствуя росту смертности в 1,5-2 раза [16-19]. Наоборот, если имеется высокий смысл жизни и не разрушены нравственные устои, если есть крепкие социальные связи и тяга к познанию, то даже сильные стрессоры оказываются безвредными для здоровья [20, 21]. По этому поводу известный социальный психолог В. Франкл писал: кто знает «зачем», тот может вынести почти любое «как» [22].

Важно подчеркнуть, что перечисленные психические процессы не являются стрессом. Стресс есть реакция организма на действие раздражителя. С исчезновением раздражителя устраняется и стресс. В

рассматриваемых примерах речь идёт об устойчивом психическом функционировании, о состоянии души, обозначаемом термином «настроение». Настроение реализуется через механизм доминанты А. Ухтомского [23], окрашивающей мысли и поступки людей соответствующими «красками».

Научные исследования духовности требуют её количественной оценки. Для этого предложен метод «выявления следов», когда по делам людей оценивается, что творится у них в душе перед совершением социально плохих или хороших поступков. Такой способ идентификации невидимых явлений по оставляемым ими следам широко используется в классической науке, например, ядерной физике. Ни один учёный-ядерщик не видел элементарных частиц непосредственно. Их наличие и количество диагностируются по следам, которые они оставляют в регистрирующем материале. Точно так социальные психологи могут диагностировать безысходность в обществе и измерять её величину по самоубийствам, крайнюю агрессивность – по убийствам, чувство несправедливого распределения собственности – по грабежам и разбоям; дисгармонию семейных отношений – по разводам; подавленность инстинкта материнства – по оставленным в роддомах детям и т.д. В советской статистике 20-х годов формировалось направление моральной статистики с применением перечисленных параметров.

Наличие нематериальной социальной атмосферы, способной оказывать воздействие на материальные человеческие тела, доказывается изучением связи между убийствами и самоубийствами в России за длительный период времени, 1985-2009 гг. [2]. Обе зигзагообразные траектории идут почти параллельно, с коэффициентом детерминации 95%, причем, ни одна не может быть причиной другой. Значит, существует скрытый фактор, диктующий однотипную динамику обеим. Таким «серым кардиналом» выступает общественная психическая атмосфера, порождаемая

определёнными социальными действиями. А от локальных обстоятельств зависит, кто будет убит или наложит на себя руки.

Обнаружение статистических индикаторов духовных явлений закладывает основу новой науки – «эпидемиологии духовности». С её позиций изучено в России влияние духовного состояния на демографические показатели. Сопоставлены волны агрессивности и смертности в 56-летнем интервале, 1956-2012 гг. [24; 25]. Между сдвинутыми на год рядами: убийствами в один год и смертностью на следующий год, – обнаружен коэффициент «детерминации» 92%. Полугодично-годовое запаздывание динамики смертности соответствует знаниям о латентном периоде неспецифических психосоматических повреждений. Сначала страдает психическая сфера, от этого в организме накапливаются повреждения телесных систем (иммунной, антитоксической, антиатерогенной и др.), которые через год достигают критического порога, заканчиваясь смертью. И наоборот, духовный подъём ведёт к накоплению телесных резервов с повышением устойчивости к повреждающим агентам: инфекционным и неинфекционным, включая алкоголь. Обнаружение годового интервала между изменением психической атмосферы и смертностью говорит также о существовании сверхбыстрых демографических реакций. Это имеет огромное значение для практических задач управления народонаселением.

Для подтверждения закономерного характера психо-демографической связи она должна воспроизводиться при идентичных обстоятельствах в других странах. Идентичной для России по экономическому развитию, ментальности населения и культурным традициям является Украина. Здесь смертность снизилась за 1984-86 гг. на 8%, затем выросла к 1995 г. на 39%, потом опять снизилась к 1998 г. на 7% и вновь начала расти в нулевые годы [26; 27]. Сравнение этой волнообразности со сдвинутой на год назад преступностью выявило между ними коэффициент детерминации 87%.

Такой же анализ проведен на материале Таджикистана, отличающегося от России экономическими и этническими особенностями. Здесь смертность

снизилась за 1984-1986 гг. на 9%, затем выросла к 1993 г. на 22%, потом отмечался выраженный спад, продолжающийся по настоящее время [26; 27]. Сравнение этой траектории со смещённой на год назад преступностью выявило коэффициент детерминации 72%.

На материалах статистики двенадцати стран СНГ рассчитали путём регрессионного анализа вклад экономических и духовных факторов по отдельности в динамику смертности за 1992-96 гг. [27]. Экономическое состояние оценивалось по пятнадцати основным экономическим параметрам. Духовное состояние определялось по показателям агрессивности (маркер - убийства) и безысходности (маркер – самоубийства). В итоговой регрессионной модели доли вкладов в динамику смертности составили: от агрессивности и безысходности – 84%, от остальных условий – 16%.

На этом основании сформулировано представление об «агрессивно-депрессивном синдроме» – факторе «X», ответственном не менее чем на 80% за динамику смертности населения постсоветских республик. Его свойства полностью совпадают со свойствами социальной атмосферы. Огромная скорость распространения смыслов и эмоций осуществляется через радио, телевидение, СМИ. Дети мало восприимчивы к социальной тематике, поскольку не ощущают себя личностями; таковыми они становятся с 14-15 лет. Устойчивость стариков к негативной информации обеспечивается жизненным опытом. Преимущественное поражение мужчин вызвано тем, что их социальная роль добытчиков пострадала сильнее, чем женщин – хранительниц домашнего очага. Синхронность колебаний на отдалённых территориях обеспечивается связующей деятельностью радио, телевидения, СМИ. Возможность быстрых смен вектора есть характерная черта психики. Её участие в генерации различных заболеваний объясняется неспецифическим психосоматическим действием, влияющим на перекрёстную устойчивость организма к широкому кругу повреждений.

Процесс имеет эпидемический характер с наличием классической триады. «Заразным» агентом является притягательная информация,

порождаемая социальными явлениями: политическими законами, реформами, революциями и т.д. Передатчиками служат средства коммуникации. Восприимчивые люди «заражаются», становясь ретрансляторами заразительных эмоций и идей. Возникает лавинообразная эскалация психосоматических повреждений.

Наличие устойчивой повторяемости психодемографических связей в других странах свидетельствует о существовании социального закона духовно-демографической детерминации: «при прочих равных условиях ухудшение (улучшение) нравственно-эмоционального состояния населения сопровождается ростом (снижением) смертности». На его основании формируется в демографии новое научное направление – «психодемография» [9].

Эмоции и смыслы могут внедряться в человеческое сознание извне или зарождаться изнутри, вопреки внешним обстоятельствам. Инициированная КПСС социальная «перестройка» на первом этапе (1984-87 гг.) соответствовала желаниям советских людей совершенствовать сложившееся в СССР общественное устройство. Поэтому духовно-эмоциональная реакция народа была благоприятной: за 1986-87 гг. снизились убийства на 31%, самоубийства на 39%, тяжкие телесные повреждения на 34%, грабежи и разбои на 27%, общая преступность на 26% [3]. Это способствовало увеличению резервов здоровья населения и снижению смертности от всех причин.

На втором этапе «перестройки» (1988-91 гг.) за неимением проекта инновационного пути были предложены либеральные социально-экономические реформы. Возникло столкновение двух смысловых полей: отечественного, где человек человеку друг, и либерального, где деньги служат мерилом всего. В такой ситуации взлёт агрессивности явился нормальной защитной реакцией на социальное насилие экономического и духовного свойства. Однако, поскольку агрессивность есть безусловный рефлекс, слабо контролируемый сознанием, постольку без точного адресата

приложения она приобрела диффузный характер, превратившись в повреждающий фактор. К 1994–95 гг. от середины 80-х годов выросли убийства в 3,4 раза, тяжкие телесные повреждения в 2,9 раза, грабежи и разбои в 5,3 раза, общая преступность в 2 раза. Аналогичная реакция наблюдалась во всех странах СНГ, выбравших либеральную идеологию [24].

Что касается депрессии, она возникла от невидения нового смысла жизни, способного стать заменой предыдущему. В результате уровень безысходности, измеряемый по самоубийствам, вырос в 1,8 раза [2; 3].

Стресс от дефолта 1998 г. вместе с продолжающимся отторжением либеральной идеологии обусловили к 2004–05 гг. дополнительный рост самоубийств на 23%, убийств на 9%, общей преступности на 41% [2; 27].

Чтобы вернуть смертность к показателям середины 1980-х годов, необходимо снизить её уровень с нынешних 13,3 до 10,4 промилле. С учётом потерянных за годы реформ 13 миллионов жизней и низкой рождаемости, для демографической безопасности страны требуется 7 промилле (в СССР середины 60-х годов было 7 промилле, современный Китай имеет 6,9 промилле [12]). И не к 2030 году, а через 2-3 года. Современная медицина и демография считают такое невозможным. Представленные доказательства сверхбыстрых психодемографических реакций убеждают – данная цель достижима при наличии мощного духовного подъёма населения. Генерировать его способна сильная идея, отвечающая чаяниям масс. Вековой социальной мечтой народа является стремление стать хозяином собственной жизни, где управление государством осуществляется не в интересах отдельного класса, а всего населения, согласно его смыслам и потребностям. Тогда на место административной вертикали власти придёт функциональная вертикаль, подчиняющая действия всех управленческих уровней главной государственной функции – обеспечению высокого качества жизни всем и каждому. Это есть социальная эргономика, ведущая страну к справедливому, гуманному и эффективному общественному устройству на смену капитализму и коммунизму.

Библиографический список

1. Здравоохранение в СССР. Справочные материалы для делегатов Всесоюзного съезда врачей. М., 1988.
2. Демографический ежегодник России. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). М., 1994 – М., 2010.
3. Народное хозяйство РСФСР в 1990 году. Статистический ежегодник. Госкомстат РСФСР. М., 1991.
4. Статистический ежегодник стран – членов Совета Экономической Взаимопомощи. М., 1987; М., 1989.
5. *Александров А.Л.* Связь потребления алкоголя с уровнем артериального давления и ишемической болезнью сердца у мужчин 20-59 лет. (Эпидемиологическое исследование). Дисс. канд. мед. наук. М., 1997.
6. *Павлов Ю.В., Красильников И.А.* Здравоохранение Санкт-Петербурга в годы реформ. С.-Петербург, 1999.
7. Анализ смертности населения в Российской Федерации: возможности для улучшения здоровья. Международная конференция. М., 1997.
8. *Cockerham W.* Health lifestyles in Russia. // Social science and medicine. 2000, v.5, p. 1313-1324.
9. *Гундаров И.А.* Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России. М., 2001.
10. Численность, состав и движение населения в РСФСР. Госкомстат РСФСР. М., 1990.
11. *Немцов А.В.* Алкогольная ситуация в России. М., 1995.
12. Россия и страны мира. Статистический сборник. Росстат. М.1998 – М. 2010.
13. Социально-экономическое положение России. 2012, XI (январь-октябрь). М., 2012.
14. *Ленин В.И.* ПСС, т. 18, с. 257

15. *Быков К.М.* Кора головного мозга и внутренние органы. М., 1947.
16. *Everson S., Goldberg D., Caplan G. et al.* Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. // *Psychosomatic Medicine*, 1996, V.58, p. 113-121.
17. *Everson S., Kauhanen J., Kaplan G. et al.* Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioural risk factors.// *Am. J. Epidemiol.*, 1998, V. 146, 2, p. 142-152.
18. *Ferrie J., Shipley M., Marmot M. et al.* Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. // *Brit. Med. J.*, 1995, Vol. 311, p. 1264-1269.
19. *Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M.* Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. // *Circulation*, 1995, V.91, p. 999-1005.
20. *Orth-Gomer K., Horsten M., Wamala S. et al.* Social relations and extent and severity of coronary artery disease. // *Europ. Heart J.*, 1998, 19, 1648-1656.
21. *Smits C., Deeg D., Kriegsman D. et al.* Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. // *Am. J. Epidemiol.*, 1999, V. 150, 9, p. 978-986.
22. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990.
23. *Ухтомский А.А.* Доминанта. СПб., 2002.
24. *Лунеев В.В.* Преступность XX века. Мировой криминологический анализ. М., 1997.
25. Население России за 100 лет (1897-19997). Статистический сборник. Госкомстат России. М., 1998.
26. Демографический ежегодник СССР. Госкомстат СССР. М., 1990.
27. Содружество Независимых Государств. Статистический ежегодник. Межгосударственный статистический комитет Содружества Независимых Государств. М., 1996 – М., 2012.

Л.А. Дартау,

Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН, Москва

ПРОБЛЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ: ТЕОРЕТИКО- УПРАВЛЕНЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Россия - социальное государство./...

Эффективность социальной политики измеряется мнением людей - справедливо ли устроено общество, в котором мы живем./... Необходимо повысить ответственность каждого человека за состояние своего здоровья. Иначе никаких денег не хватит.

Авторская статья Владимира Путина

«Строительство справедливости.

Социальная политика для России»,

«Комсомольская правда» 13 февраля 2012

года

Человека нельзя назначить (сделать) ответственным за его здоровье. Но разделить с ним эту ответственность на правовой основе можно, что позволит реализовать процесс **управления здоровьем** через структуру современного здравоохранения РФ.

Из цикла работ Института проблем

управления им. В.А. Трапезникова РАН

(ИПУ РАН) по теме «Фундаментальные и

прикладные аспекты изучения, измерения

и управления здоровьем».

Состояние государственных систем охраны здоровья граждан практически в любой стране мира рассматривается сегодня как критическое. В развитых странах эта ситуация связывается, в первую очередь, с недовольством граждан как с результатами лечения, так и с увеличением расходов на лечение и последующие восстановительные мероприятия. Как известно, в этих странах основной причиной смертности населения (особенно в трудоспособных возрастах) стали так называемые хронические

неинфекционные заболевания (ХНИЗ): сердечно-сосудистые, онкологические, диабет и некоторые другие. Попытки выяснения причин развития этих заболеваний привели к установлению определяющего значения общих для всех них факторов риска, связанных с привычками и навыками повседневной жизни, в формировании которых участвуют многочисленные показатели среды обитания (так называемые детерминанты, ВОЗ [1]) и факты личной судьбы индивида.

Это привело к появлению интереса и востребованности обществом исследований феномена здоровья со стороны представителей многочисленных научных дисциплин. Возможности, которые в этой ситуации предоставляют социологические исследования, занимают особое место. Поскольку научное исследование объекта, как правило, включает три компоненты: наблюдение, измерение и опрос, то в случае, когда предоставляется возможность обмена вербальной информацией с конкретным объектом, именно социология располагает соответствующими приемами и методиками. Однако здесь присутствуют методические особенности сбора данных о здоровье путем диалога с респондентом (не лежащие на поверхности), о которых речь пойдет ниже.

В данной работе ситуация со здоровьем рассматривается с позиций общей теории систем и теории управления. Словосочетание **управление здоровьем** в работах Лаб. 38 ИПУ РАН по теме «Исследование неоднородных популяций и управление по неполным данным» начали использовать с середины 90-х годов в связи с участием коллектива в международной программе СИНДИ»: популяционных исследованиях по распространенности среди населения развитых стран факторов риска ХНИЗ. Получившие признание в научной среде работы Анохина П.К., Берталанфи Л., Винера Н., Прангишвили И.В., Венедиктова Д.Д., Новосельцева В.Н. и др. по исследованию *систем* (живых, в том числе), их *структуры* и *функционирования*, как отдельных элементов (клеток, тканей и органов), так и системы (организма) в целом, легли в основу попытки осмысления

феномена **здоровье**. В свою очередь, деятельность, направленная на поддержание здоровья (его сохранение и развитие), рассмотренная с общесистемных позиций, исследуется на основе кибернетического подхода, а точнее, - принципов общей теории управления. Все вышесказанное получило название **Теоретико-управленческий подход** или, сокращенно, **ТУ-подход**.

Результаты этой работы носят мультидисциплинарный характер и построены на анализе ситуации со здоровьем с привлечением научных знаний из разных областей, которые в настоящее время фактически присутствуют в общественном сознании и, в основном, не оспариваются. Все удалось объединить в **конструктивную технологию** по управлению здоровьем благодаря принципам и логике общей теории систем и теории управления [2].

Начнем с определения [3]: *управление – это такая организация того или иного процесса, которая обеспечивает достижение определенных целей*. Как следует из этого определения, в котором ничего не говорится об объекте управления, принципы и выводы теории управления применимы к управлению объектами (или деятельностью) любой природы.

В итоге был получен вывод, что индивидуальное здоровье – это **феномен**, возникающий в результате непрерывного функционирования элементов организма (в течение всего срока его существования) по управлению потоками вещества, энергии и информации в открытой системе [4]. Целью управления является поддержание относительного постоянства так называемых **существенных переменных** внутренней среды организма (давление, температура, уровень сахара и др.). Управление осуществляется с помощью созданных в организме (*в процессе эволюционного развития или с любой другой ментальной точки зрения*) контуров управления, функционирующих на подсознательном уровне.

Сформулировано следующее определение здоровья: **Здоровье – это феномен, возникающий в результате управления согласованной деятельностью клеток, тканей и органов живой системы с целью**

достижения постоянства (относительного равновесия) параметров, характеризующих как внутреннюю среду организма, так и относительную стабильность (гармонию) отношений в социуме. Коротко, - **Здоровье есть результат управления.** Наблюдаемыми и измеряемыми характеристиками (параметрами) управления являются значения существенных переменных. **Без управления этот феномен исчезает.** Как следствие, прекращается и жизнь, хотя все структурные компоненты системы продолжают некоторое время существовать. Затем исчезают и они. Этот вывод согласуется с утверждением: «Естественная смерть – есть смерть регуляторная» [5]. Таким образом, сам человек является основным регулятором своего здоровья, независимо от того, осознает он это или нет.

В организме человека постоянно и виртуально присутствует неисчислимо количество контуров управления. Наиболее наглядным примером является управление согласованными действиями огромного количества скелетных мышц, обеспечивающих равновесие и скоординированные движения тела человека.

В быту, на вопрос, «что такое здоровье», неподготовленные люди обычно так формулируют свой ответ: «Здоровье – это, когда у *меня* ничего не болит, и *я* хорошо себя чувствую». Забегая вперед, отметим, что в этой ситуации убедить кого-либо в том, что он ведет нездоровый образ жизни, практически невозможно. Из ответа также следует, что первую и, зачастую, окончательную оценку своему здоровью дает именно сам человек.

Рассмотрим вариант с необходимостью обращения человека за медицинской помощью в поликлинику. Будучи регулятором (собственником) своего здоровья, человек в то же время лишен ощущений каких-либо органов своего организма, которые не сигнализируют о своем неблагополучии. Предположим, что у него возникли боли в области правого колена. Это означает, что в цепи обратной связи появился сигнал о неблагополучии в конкретном месте. Боль может быть незначительной, и человек первое время не обращает на нее внимание. Через какое-то время, боль усиливается

настолько, что человек начинает щадить больную ногу и стараться на нее не наступать. Это уже управление посредством осознанного воздействия на мышцы больной ноги, которое контролируется через ослабление боли. Если и в этом случае боль не проходит или усиливается, человек вынужден обратиться в поликлинику за помощью. Специалист поликлиники расспрашивает и осматривает его. Затем ставит диагноз, обратив, например, внимание пациента на то, что причиной боли у него является не колено, а позвоночник, и назначает лечение (лекарства и процедуры). И снова сам человек, получив соответствующую информацию, обеспечивает себя необходимыми лекарствами и выполняет назначенные процедуры. Другими словами, управляет своим здоровьем до полного выздоровления, то есть «лечит сам себя». Полученные выводы ни в коем случае не умаляют ни достижений медицины, ни статуса врача, как специалиста, а скорее повышают его роль в процессе выздоровления путем устранения всевозможных недоразумений и необоснованных претензий, которые сегодня присутствуют в общественном сознании по отношению к возможностям современного здравоохранения.

Бесспорным на сегодняшний день является тот факт, что все живое в природе построено, как правило, по иерархическому принципу:

...-клетки-органы-организмы-популяции-экосистемы-биосфера-+ ...

Для наших целей ограничимся парой организм - популяция и посмотрим, как выглядит ситуация со здоровьем, индивидуальным и популяционным. В данном случае нам придется рассматривать **индивида** в качестве «элемента» популяции, – **вида**, – как ни обидно, с первого взгляда, это звучит с точки зрения конкретной личности – «Человека Разумного».

Начиная с середины XX века в научной среде (да и в массовом сознании тоже) уже устоялось понятие системы. **Система** – это **совокупность взаимосвязанных элементов, объединенных единством цели (или назначения) и функциональной целостностью**. Взаимодействие составляющих элементов (в основе которого лежит обмен информацией)

придает системе в целом новые свойства, которые отсутствовали у отдельно взятых элементов. Логическим следствием этого факта «приобретения» является факт утраты элементами данной системы ряда «свобод», которые в случае объединения группы людей в коллектив для достижения общей цели, трактуется как «принуждение». А поскольку любые совместные действия всегда приобретают вполне определенную форму взаимоотношений с явно выраженной структурой, в этом выводе проявляется **внежалостливый** характер научного знания, когда умозрительные рассуждения о «свободе личности» (в плане привычек и навыков личной жизни, в том числе), однозначно должны быть признаны несостоятельными.

Подход с позиций теории управления рассматривает **здоровье** как одну из характеристик объектов живой природы, по отношению к которой можно поставить цель управления, а именно: **сохранение и укрепление здоровья**, воздействуя при этом непосредственно на объект – конкретного человека. Для достижения цели требуется создание **контура управления** и учет тех особенностей природы объекта, которые необходимы для такого управления. Что касается системы здравоохранения, то она с момента своего возникновения представляет собой искусственно созданную структуру, толчком к появлению которой, послужило очередное накопление знаний на популяционном уровне, то есть не конкретным человеком (индивидом), а видом. Как показано в нашей работе, наличие системы здравоохранения является необходимым условием для создания контура управления здоровьем, и без этой системы его функционирование невозможно. Однако, создав в «организме» вида новый орган для повышения собственной гомеостатичности (социального благополучия, качества жизни), и вид (в лице государства) и, тем более, индивид «как бы» забыли о своей роли в этом процессе, делегировав системе здравоохранения все функции по поводу нездоровья (а заодно и здоровья, что принципиально ошибочно!).

За относительно короткий исторический период, начиная со второй половины XIX века, **всего за 100 лет** медицинская наука предоставила

индивиду возможность *реализовать свой потенциал долголетия* (доживать до 100 лет в сохранном состоянии). По этой причине конкретные люди должны будут усилиями воли создавать дополнительные (виртуальные) контура управления переменными, которые ранее не были включены в состав *существенных* – например, массой тела, а также, питанием, двигательной активностью и рядом других привычек и навыков повседневной жизни.

Это, с одной стороны, требует признания определяющей роли личности в управлении собственным здоровьем, а с другой стороны, – осознания факта отсутствия на индивидуальном уровне знаний и мотиваций для такого управления. Знания о здоровье (а тем более о болезнях) в полном объеме всегда принадлежали, и будут принадлежать другим людям, в первую очередь, представителям медицинской науки, специалистам системы здравоохранения и других наук и сфер деятельности. Отсюда следует ключевой вывод: если поставлена цель, – сохранение и укрепление здоровья индивида и популяции, – то ее достижение возможно лишь на **системной основе**, путем создания контура управления, включающего в качестве **основных субъектов** управления **гражданина и государство**.

Как следствие, **фундаментальной основой** совместной деятельности становится передача кумулятивных знаний о здоровье и способах его сохранения на уровень конкретной личности *в течение всего периода ее существования* (в связи с непрерывным процессом развития науки). Необходимый объем передаваемой информации будет также зависеть от индивидуальных особенностей личности.

Итак, эффективное управление здоровьем возможно лишь на системной основе, когда элементами такой системы становится, с одной стороны, конкретный гражданин, а с другой стороны, представитель государства, обладающий административным ресурсом (властью и средствами) – т.е. лицо, непосредственно связанное с ним в местах, где люди живут, работают и учатся. Для трудоспособного населения – это

работодатели, для учащихся – администрация учебного заведения, для остальных – местная власть. В первом случае совместное управление здоровьем возможно на основе «Дополнительного соглашения» к «Трудовому договору», пример которого приведен в [6]. Во втором случае, достаточно просто воли - «продвинутости» руководства учебного заведения в современных представлениях о сути здоровья в эффективном развитии общества для включения в регламент обучения мероприятий, согласно изложенному ТУ-подходу. У сотрудников ИПУ РАН и МГТУ им Н.Э. Баумана имеется в этом продолжительный опыт совместной работы [7].

Процесс управления здоровьем по предлагаемой схеме состоит одновременно из нескольких видов деятельности: периодического скрининга, регулярного обучения и эпизодического лечения конкретного индивида. Скрининг как раз и представляет собой получение информации от человека по типу сбора данных от респондента при массовых социологических опросах. Естественным в этой ситуации является желание включить в процедуру скрининга традиционные для социологии вопросы, касающиеся как **ожиданий** респондента от предстоящего общения со специалистами системы здравоохранения, так и **оценки результатов** этого общения. При рассмотрении ситуации с позиций ТУ-подхода вопросы такого рода следует признать *некорректными*, по сути. Напомним, что в данной работе здравоохранная деятельность государства рассматривается с акцентом на здоровье (а не на болезни) и ограничивается влиянием на нее распространенности ХНИЗ среди населения.

Коль скоро в системе жизненных представлений индивида здоровье отождествляется с состоянием, «когда у него ничего не болит, и он хорошо себя чувствует», то и ожидания его связываются с возможностью возврата утраченного благополучия. (Утраченного временно, а возможно, и навсегда, поскольку речь идет о ХНИЗ). В то же время, объективно протекающие в организме процессы, обуславливающие старение и уход из жизни, в большинстве ситуаций, в принципе, не позволяют реализовать желаемое.

(ХНИЗ не излечиваются, а только «протезируются». В последние годы, помимо официального названия - ХНИЗ, существуют и другие, которые, в зависимости от контекста, звучат как: болезни цивилизации, болезни старения, и, наконец, болезни образа жизни). Во многих западных странах возраста дожития граждан достигли на сегодняшний день 90 лет. В то же время в составе доживающих до преклонных возрастов почти нет «сохранных» - практически здоровых - индивидов, а основную массу составляют хроники по ХНИЗ и инвалиды. Актуальным стал вопрос «достойного ухода из жизни» этих людей [1, с. 53], и вынужденное принятие правительствами многих стран законов об эвтаназии. Для этих же целей в структуре национальных систем здравоохранения началось развитие сетей хосписов – специализированных отделений для облегчения как положения пациентов в терминальной стадии, так и членов их семей, зачастую не имеющих ни средств, ни возможности для ухода за такими больными [8].

Что касается вопроса оценки пациентами качества оказанной им медицинской помощи, то здесь, к большому сожалению исследователей, в принципе невозможно получение объективной информации от респондентов. Невозможно привлечь медиков через суд к ответственности за предпринимаемые (возможно даже «неверные») действия. Осуждению (и, соответственно, наказанию) подлежат лишь *халатность* и *оставление в опасности*. Не подлежит пересмотру и многовековое право врача **«отправлять собственные суждения** и предпринимать на этом основания определенные действия». Ничего подобного по отношению к другим лицам ни в одной профессии, ни в каких «должностных» инструкциях не существует. И связано это, все с той же причиной - фатальной угрозой смерти конкретного организма. Во всех развитых странах существуют медицинские ассоциации (названия могут быть разными), в составе которых, на выборной основе, врачи различных специальностей постоянно корректируют как перечень «неизлечимых» на данный момент заболеваний и состояний, так и предельно возможный на данный момент уровень

квалификации врачей разных специальностей и достижимых результатов их работы.

А пациенты на просьбу оценить качество оказанной им помощи, обращают внимание, по сути, не на результат лечения, которого после приема в поликлинике и быть не должно. Как правило, эти оценки относятся в большинстве случаев к неудовлетворительной, с точки зрения респондента, организации приема пациентов в данном учреждении здравоохранения, нехватке и низкого качества состояния помещений и, второстепенных для оказания помощи, оборудования и материалов, а также к этической стороне взаимоотношений с врачом и персоналом учреждения.

Первые две причины недовольства, устранимы с помощью относительно недорогих организационных мероприятий. Что касается морально-этических норм взаимоотношений врача и пациента в сегодняшних реалиях, то они отражают всеобщее падение нравов в обществе вообще, а в отношениях по поводу оказания медицинской помощи (услуги, как с легкой руки экономистов, переназвали эту сферу деятельности), то весь накал страстей связан, с одной стороны, все с тем же фатальным страхом узнать что-то роковое для личности. А с другой стороны, с естественным (инстинктивным по своей природе) желанием живого существа в сопричастности кого-либо к его проблемам. Именно в этом причина появления с древнейших времен профессии врача. Врачи, в контексте данной статьи, были первыми управленцами, работавшими с больными (объектом управления) по классической схеме контура управления. В связи с ограниченным сроком жизни отдельных людей, население любой страны является фактически «заложниками» национальных систем здравоохранения. Но каковы бы ни были организационно-экономические формы взаимоотношений между пациентами и врачами, их нравственная основа всегда была и будет одной и той же. Первые при встрече ждут и надеются на помощь (или, по крайней мере, на сочувствие и психологическую поддержку), а вторые, не меньше первых заинтересованы в оказании такой

помощи (поддержки). В этом суть врачебной профессии, несмотря на то, что общение с пациентом во время приема и обмен с ним информацией «как бы» не несет для врача фатальной угрозы. Это природное свойство живых существ объединяться в более крупные организмы для достижения общих целей носит системный характер. Во главе всех социальных завоеваний человечества всегда, в том числе, стояли и врачи. С момента возникновения государственных учреждений здравоохранения, они всегда выступали за то, чтобы между ними и пациентами не было «денег». (ВОЗ в своих документах неоднократно напоминает, что «рынок» не в состоянии решать все проблемы здравоохранения.) И в этом их желании содержится вековая мудрость и интуитивное знание того, что сегодня в конституциях развитых стран декларируется как «право каждого гражданина на бесплатную медицинскую помощь». Бесплатной, по сути, может быть именно помощь, а не услуга.

По мнению автора, за все последние годы ни специалисты по информационным технологиям (в статусе которого автор начинала свою работу), ни социологи, ни, тем более, экономисты не привнесли ничего положительного в работу врача на приеме, ничем не облегчили его труд, не повысили его эффективность. Скорее, наоборот, им приходится «обслуживать» все нововведения, затрачивая на это главный свой профессиональный ресурс – время на приеме.

Зачем, в этой ситуации нужны опросы населения? С позиций ТУ-подхода - для уточнения форм участия граждан в совместном с государством создании такой системы здравоохранения и таких условий для работы врача, при которых бы у людей не создавалось ощущения несправедливости в доступности медицинской помощи. Исчезла бы подозрительность к медицинским работникам в плане «извлечения прибыли» от их «вынужденного» по сути посещения поликлиники.

Опросы показывают, и это подтверждается как отечественными исследованиями, так и зарубежными, что население в целом оценивает действительность (социальную реальность) выше, чем это делают

специалисты, причем иногда – в разы. Это касается как оценки ощущения благополучия (счастья), так и оценок уровня жизни, материального обеспечения, жилья, питания и пр. К основным государственным институтам, непосредственно влияющим на ощущение благополучия, в повседневной жизни относятся, в первую очередь, школы и поликлиники.

В результате предлагаемых действий прогнозируется синергетический эффект, который, с одной стороны, приведет к снижению напряжения в обществе и взаимных претензий сторон в здравоохранной деятельности государства. А с другой стороны, гармонизирует общественные отношения и повысит уровень удовлетворенности граждан также и в местах предоставления им со стороны муниципальной власти услуг по жизнеобеспечению населения.

Другими словами: **«Совместное управление здоровьем в системе «Гражданин-Государство» позволит принципиально изменить характер здравоохранной деятельности и повысить уровень гармонизации общественных отношений практически во всех сферах».**

Библиографический список

1. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех, №6), 1999. – 310 с.
2. *Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р.* Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. М.: СИНТЕГ, 2009. – 400 с.
3. Основы автоматического управления / Под ред. В.С.Пугачева. – М.:Наука, 1974. – 720 с.
4. *Дартау Л.А.* Феномен здоровья. Концепция и прикладные аспекты. // Проблемы управления, №5, 2005, стр. 92-98
5. *Дильман В.М.* Большие биологические часы. Введение в интегральную медицины.– М.: Знание, 1986.– Изд. 2-е, перераб. и доп.–256 с.

6. *Дартау Л.А., Алехин А.И., Пищита А.Н.* Общественные взаимоотношения и принципы управления индивидуальным здоровьем в структуре современного здравоохранения, как основа инновационной деятельности государства по сохранению человеческого потенциала РФ. / Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Вып. 6. Часть 2. Редкол.: Пивоваров Ю.С. (отв. Ред.) и др. – М.: ИНИОН РАН. 2011. – С.208-213.

7. *Семикин Г.И., Дартау Л.А., Стефанюк Е.А.* Здоровье и образ жизни человека: возможности управления. Учебное пособие. – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана. 2006. 64 с.

8. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2005. – 40 с.

**А.В. Дарьин, Л.И. Летникова,
Ю.Ю. Шуршуков,**

ГУЗ «Добринская центральная районная больница», Липецк

РЕФОРМИРОВАНИЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ

Важная роль села, как социально-экономической составляющей устойчивого развития Липецкой области, диктует необходимость создания адекватной инфраструктуры его жизнедеятельности, в том числе системы медицинского обслуживания, базирующейся на принципах качества и доступности и расширенного применения профилактических программ, включая формирование здорового образа жизни.

Организация системы здравоохранения на территории Липецкой области в логике современной государственной социальной политики базируется на трех неразрывно связанных принципах: качестве, доступности, профилактике.

Доля посещений к врачам с профилактической целью на территории региона стабильно превышает 30%.

Значительная роль в ранней диагностики хронических неинфекционных заболеваний отводится скрининговым программам. Ежегодный охват населения профилактическими обследованиями на туберкулез (всеми методами) составляет не менее 90% от общей численности населения области. Около 100% новорожденных проходят неонатальный и аудиологический скрининг в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Из общего числа больных, взятых на диспансерный учет с впервые в жизни установленным диагнозом рак, 20% выявляются активно на профилактических осмотрах и при диспансеризации.

С апреля 2013 года начат новый этап диспансеризации населения. Ежегодно объём подлежащих диспансеризации будет увеличиваться.

Финансирование диспансеризации населения в период до 2020 года превысит 3 млрд. рублей.

Важным компонентом работы по формированию здорового образа жизни является всемерное развитие физической культуры и спорта. За последние несколько лет в каждом районе области введены в эксплуатацию современные плавательные бассейны и культурно-оздоровительные комплексы. Если в 2001-2004 годах в области были построены всего два бассейна, то за последующие годы – 22, а также 43 площадки с синтетическим покрытием для игровых видов спорта, два лыжных физкультурно-спортивных комплекса. Базовые статистические показатели демонстрируют положительную динамику: число населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом возросло с 14% в 2006 году до 23% в 2012 году; число систематически занимающихся детей в учреждениях дополнительного образования спортивной направленности за тот же период увеличилось на 20%.

Так на территории области происходит формирование современной профилактической среды, действенность которой отражается показателем доли граждан, мотивированных на ведении здорового образа жизни. Данный показатель по итогам 2012 года составил 45%. На этом фоне наблюдается двукратное сокращение случаев заболеваемости алкоголизмом и полуторократное уменьшение смертности от отравления алкоголем. Правильность избранной стратегии подтверждается позитивными медико-демографическими тенденциями: за период с 2006 по 2012 годы смертность населения на территории Липецкой области снизилась на 14%, рождаемость населения выросла на 22%, естественная убыль сократилась в 2 раза.

В прошлом году в Липецкой области начато формирование современной трехуровневой системы здравоохранения. За счет сокращения неэффективных расходов на содержание лечебной сети удастся аккумулировать финансовые средства по направлениям с наибольшим потенциалом воздействия на состояние общественного здоровья, в том числе

связанным с лечением сосудистых и онкологических заболеваний, вследствие чего обеспечивается сокращение преждевременной и предотвратимой смертности населения.

Для обеспечения равных условий получения медицинской помощи в сельской местности отработана логистика рационального использования кадровых и материально-технических ресурсов: всем медицинским организациям определены зоны ответственности, разработаны схемы маршрутизации потоков больных. Маршрутизация пациентов и движение потоков больных обеспечена дополнительными мощностями санитарного автопарка, который в прошлом году был полностью обновлен и оснащен навигационными комплексами ГЛОНАСС в рамках реализации региональной программы модернизации.

Многуровневость сельского здравоохранения потребовала решение вопросов обеспечения транспортной доступности поликлиник и больниц для всех групп населения. Для этого были организованы дополнительные маршруты и увеличено количество рейсов общественного транспорта с целью свободного перемещения потребителей медицинских услуг внутри зоны обслуживания.

В рамках реализации региональной программы модернизации здравоохранения получила дальнейшее развитие организация специализированной медицинской помощи в межмуниципальном формате по профилям, обладающим наибольшим потенциалом воздействия на состояние общественного здоровья (кардиологическому, травматологическому, хирургическому, акушерскому, педиатрическому и т.п.). С учетом ранее созданных по национальному проекту «Здоровье» межмуниципальных центров, общее их количество по итогам 2012 года составило 35.

За счет средств областного бюджета финансируется медицинская помощь престарелым гражданам на койках сестринского ухода, а также паллиативная помощь инкурабельным больным.

В результате реализации региональной программы модернизации здравоохранения все межмуниципальные центры приведены в соответствие установленным порядкам оказания медицинской помощи и федеральным стандартами медицинской помощи, на что было израсходовано около 1 миллиарда рублей. Созданные межмуниципальные центры функционируют в штатном режиме с адекватной нагрузкой. Доля обслуженного населения, проживающего на сопредельных территориях, составляет, в зависимости от профиля центра, от 25% до 40%. На сегодняшний день нами решается задача превращения межмуниципальных центров в полноценные многопрофильные учреждения здравоохранения, предоставляющие сельскому населению весь комплекс специализированной медицинской помощи.

В развитие идеи трехуровневой системы здравоохранения с целью оптимизации структуры отрасли осуществляются работы по созданию на территории целого ряда муниципальных районов области медицинских кластеров, или групп вертикально интегрированных разноуровневых медицинских организаций, взаимодополняющих и взаимоусиливающих друг друга. При сохранении необходимого уровня доступности медицинской помощи в сельской местности, обеспечиваются возможности развития не только лечебно-диагностических услуг, но и технологий долечивания и реабилитации больных, гибко перераспределяя соответствующие объемы медицинской помощи внутри кластера, с другой стороны, обеспечивается дальнейшее сокращение издержек на содержание лечебной сети.

Процессы повышения структурной эффективности лечебной сети региона неразрывно связаны с совершенствованием кадровой политики в сфере здравоохранения.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 в текущем году обеспечивается рост заработной платы всем категориям медицинских работников. С этой целью широко используются возможности, предоставляемые одноканальной системой финансирования

медицинских организаций и механизмом оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим группам (КСГ). Данная система финансирования позволяет главным врачам маневрировать заработанными за оказанную медицинскую помощь средствами и в случае необходимости направлять их на наиболее приоритетные статьи расходов. Рост зарплаты медиков области в текущем году по сравнению с прошлым составил более 20%, что соответствует плановому значению увеличения заработной платы, установленному на этот год.

Уже сегодня средняя зарплата врачей превышает среднюю заработную плату по региону на треть. Средняя зарплата медсестер достигла 75% от средней зарплаты по области. Средняя зарплата младшего медперсонала составляет половину от средней зарплаты по области.

С целью поэтапного сокращения дефицита медицинских кадров законами Липецкой области в дополнение к мерам Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» («программа «Земский доктор») предусмотрены: финансовое обеспечение профессиональной переподготовки, повышения квалификации, совершенствование профессиональных знаний медработников; выделение единовременных выплат выпускникам учреждений высшего профессионального образования, окончившим интернатуру или целевую клиническую ординатуру и трудоустроившимся в здравоохранение области в размере от 100,0 до 200,0 тыс. руб., предоставление ежемесячной денежной компенсации за наем жилых помещений врачам; компенсация затрат по оплате жилищно-коммунальных услуг, поощрительные выплаты в сфере здравоохранения для медицинских работников, достигших значительных результатов в профессиональной деятельности, от 30 до 250 тыс. руб. Врачам предусмотрены социальные выплаты на покупку и строительство жилья в размере 500 тыс. руб.

Администрацией Липецкой области предусмотрены стимулирующие надбавки медработникам до 80% от должностного оклада, утверждены

областные целевые программы «Развитие кадров здравоохранения Липецкой области (2013-2017 годы)», «Ипотечное кредитование врачей в 2013-2017 годах».

Наглядным примером успешного реформирования сельского здравоохранения Липецкой области является нынешнее состояние здравоохранения Добринского муниципального района.

На 1 января 2006 года, к началу реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», здравоохранение района имело множество проблем: слабая материально-техническая база, недостаточное обеспечение кадрами, переизбыток стационарных мощностей на фоне дефицита специализированных видов медицинских услуг, недостаточная работа амбулаторного звена.

В рамках реализации нацпроекта «Здоровье», региональной программы модернизации здравоохранения в лечебной сети района произошли кардинальные перемены.

В дополнение к имеющимся амбулаторно-поликлиническим мощностям в районе за счет средств областного бюджета, начиная с 2007 года, развивалась сеть центров общей врачебной практики. В 2007-2008 годах были построены 3 типовых центра, включающих не только набор медицинских помещений, но и комфортабельное жилье для врача. В последующие годы введены в эксплуатацию еще 4 центра, 2 отделения ОВП в 2012 году.

Для улучшения качества трудового потенциала и снижения преждевременной и предотвратимой смертности среди лиц трудоспособного возраста в Добринском районе ежегодно реализуются мероприятия по целевому профилактическому обследованию работающих граждан.

На уровне района сформированы 2 уровня оказания медицинской помощи: I - ФАПЫ, Центры и отделения ОВП; II - многопрофильный межмуниципальный центр на базе ЦРБ. При этом хирургическая активность в созданном центре возросла в полтора раза, количество жителей,

пролеченных за пределами района, уменьшилось втрое на фоне увеличившегося на 15% количества пролеченных, прибывших с других территорий.

В рамках сотрудничества с Всемирным банком в 2010-2011 годах отработана схема одноканального финансирования. С 2013 года по данной схеме работают все медицинские организации, финансируемые в системе обязательного медицинского страхования, в том числе и Добринская ЦРБ. Отработан механизм оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения по клинико-статистическим группам заболеваний.

В 2012 году единовременную компенсационную выплату по программе «Земский доктор» в размере 1 млн. руб. получили 8 врачей.

Органы местного самоуправления Добринского района не остаются в стороне от решения задачи укомплектования сельского здравоохранения квалифицированными кадрами. За последние 7 лет для улучшения жилищных условий медработникам были выделены 24 квартиры. Постановлением администрации Добринского муниципального района Липецкой области вновь трудоустроившимся в сельское здравоохранение врачам выплачивается единовременное подъемное пособие размере 500,0 тысяч рублей

Администрация ЦРБ предпринимает дополнительные меры по укреплению кадрового потенциала. На протяжении последних 5 лет практикуется ежемесячное стимулирование молодых врачей. Размер выплаты составляет 10 тыс. руб. ежемесячно в течение 3-х лет.

Меры, принятые федеральной властью, администрацией области, органами местного самоуправления Добринского района дали отличные результаты. Обеспеченность здравоохранения района врачами увеличилась почти на 40%.

На выполнение программы модернизации здравоохранения Добринского района было выделено около ста миллионов рублей.

В рамках реализации первой задачи (укрепление материально-технической базы) в 2011-12 годах отремонтированы акушерско-гинекологический, хирургический центры, две поликлиники. Поставлено 192 единицы современного медицинского оборудования.

В процессе решения второй задачи (внедрение современных информационных систем) в Добринской ЦРБ развернуто 140 автоматизированных рабочих мест, обеспечена защита персональных данных, созданы локальные вычислительные сети, организованы широкополосные каналы связи и обеспечен информационный обмен между учреждением здравоохранения и региональным информационным ресурсом. Внедрена система электронной записи на прием к врачу («Электронная регистратура»).

В рамках реализации третьей задачи (внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной помощи) медицинская помощь в соответствии с федеральными стандартами оказывалась по 11 федеральным стандартам. Среднемесячная заработная плата врачей выросла на четверть, среднего медицинского персонала – на треть.

На территории Добринского района продолжается успешное выполнение приоритетного национального проекта «Здоровье». В 2011-2012 годах на его реализацию здравоохранение района получило около 30 млн. руб. Обеспечивается всемерное развитие первичной медико-санитарной помощи, расширенное применение профилактических программ, реализации программы «Родовой сертификат».

Таким образом, консолидировав финансовые, кадровые, административные ресурсы, Липецкая область обеспечивает преобразования инфраструктуры сельского здравоохранения и приведение организационных принципов ее функционирования в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи.

Е.В. Дубограй,
НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и
медицинского страхования, Москва

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕЛИГИОЗНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ВРАЧЕЙ- СПЕЦИАЛИСТОВ

Введение

Современная медицина всё эффективнее и полнее использует в своём арсенале не только медицинские факторы повышающие продолжительность человеческой жизни. Все ли пути продления жизни и сохранения здоровья открыты медицинской наукой и используются ею?

Ведущий отечественный биолог, лидер научных исследований в сфере профилактики старческих болезней и продлении молодости, академик РАН, доктор биологических наук, профессор Скулачёв В.П. называет пять перспективных «путей» продления молодости. Во-первых – изменение природного генома, во-вторых – временное ограничение питания, в-третьих – тяжёлая мышечная работа, в-четвёртых – холодовой стресс, моржевание.

Есть ещё один фактор долголетия(в-пятых), о котором академик Скулачёв В.П. говорит так: «Ты должен знать, что нужен не только себе, а кому-то ещё, и ты должен понимать, что хоть ты и старый, но ты самостоятельный и тебя на помойку, под зад коленкой, никто не выбросит». И уточняет: «У религиозного человека есть оба эти обстоятельства – он нужен Богу. И Господь его никогда не бросит» [5, с. 38]. То есть религиозность человека является таким же фактором продления жизни, как и другие, упомянутые выше.

Определение здоровья Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как *«состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»* [2], прямо указывает на душевное благополучие, как обязательную составляющую

здоровья человека. Но в повседневной практике наш врач обычно «оставляет в тени» это обстоятельство и почти никогда не записывает в рецепт или медицинскую книжку назначений по возвращению пациенту душевного благополучия.

В отличие от «криотерапии», лечебных диет и физкультуры, ресурс религиозности во врачебной практике официально не используется. Или же это использование происходит стихийно: не нацелено на достижение душевного благополучия, а формируется исходя из социокультурных традиций региона, где расположено лечебное учреждение, самого врача, пациента. Учитывая, что более 80% россиян сегодня считают себя религиозными [6], приверженцами той или другой традиционной религии, использование ресурса религиозности на научной, рационально просчитанной основе является по-настоящему актуальной задачей.

Описание исследования

В настоящей статье, представлены результаты медико-социологического исследования современной практики использования врачами-специалистами ресурса религиозности для повышения эффективности лечебно-профилактической работы. Исследование проводилось весной 2013 года. В качестве экспертов было опрошено 307 врачей-специалистов, с опытом непосредственного лечения пациентов 5 лет и более. Врачи-педиатры в исследовании не участвовали.

2/3 врачей работают в больницах и поликлиниках районного уровня, и находятся в наиболее благоприятном возрасте, с точки зрения профессиональной самореализации – от 30 до 50 лет. В подавляющем большинстве – 90% это работники амбулаторно-поликлинических учреждений и суточных стационаров, кроме того есть врачи скорой помощи и «дневных стационаров».

Имеют высшую квалификационную категорию 35% опрошенных, а 29% являются кандидатом или доктором медицинских наук. Выборка по

гендерному признаку абсолютно репрезентативна: 55% – женщины, 45% – мужчины. Эксперты активно работают, оказывая помощь ежедневно в среднем 15–25 пациентам. Только 20% экспертов занимают руководящие должности, совмещая лечебную работу с административной деятельностью в организациях сферы здравоохранения, а 80% трудятся на должностях врачей-специалистов.

Результаты исследования

Как уже говорилось, на сегодняшний день не существует какой-либо регламентации привлечения потенциала религии к лечению пациентов или профилактики заболеваний. Тем не менее, почти половина (43%) лечебных учреждений делают это по собственной инициативе и по своему усмотрению. Чаще всего (23%) это религиозная постройка (храм, часовня). Так, например, в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова функционирует два храма: прп. Димитрия Прилуцкого на Девичьем поле, и святого архистратига Божия Михаила при Клиниках на Девичьем поле [7]. Отдельные комнаты, помещения, специально оборудованные для отправления религиозного культа, есть в 14% больниц, поликлиник. И ещё столько же (14%) поддерживают традицию регулярного посещения пациентов священнослужителями, бесед с ними.

В каждом десятом лечебно-профилактическом учреждении есть так называемый «уголок верующего» – часть комнаты, где разложена религиозная литература, висят иконы и т.п. К примеру, в комнате, где выписывают новорождённых, Клиники акушерства и гинекологии им. В.Ф.Снегирёва установлен большой чашеобразный сосуд для крещения младенцев, а на стене висит икона «Пресвятая Богородица в родах помощница».

Большинство экспертов (60%) не могут оценить приносят ли перечисленные формы обращения к потенциалу религии пользу или вред

процессу выздоровления пациентов. Тем не менее, многие (27% врачей) видят в этом пользу, а напротив, вред – втрое меньше (9% экспертов).

Важным, но далеко не главным, фактором успешного выздоровления почти 90% врачей считает *«веру пациента в успех лечения»*. Здесь мнения подавляющего большинства опрошенных совпадают. Однако любопытными представляются результаты факторного анализа обстоятельств (причин) способствующих выздоровлению пациента (Таблица 1).

Таблица 1

Общая оценка экспертов каждого фактора успешного выздоровления

Название фактора(f)	вес f
Качественная и полная помощь со стороны медицины	0,55
Дисциплинированность пациента, выполнение им всех назначений	0,205
Желание и воля пациента «победить» болезнь	0,185
Вера пациента в своё выздоровление	0,17
Вмешательство высших сил, «божий промысел»	0,18
Другое	0,15

Из представленной таблицы видно, что главнейшим условием успешного выздоровления эксперты называют *качественную и полную медицинскую помощь*. Вес этого фактора в несколько раз больше любого другого. Но стоит отметить и то, что *вмешательство высших сил*, как нечто необъяснимое с точки зрения рационального мышления, немного весомее *веры пациента в своё выздоровление*. Не имея возможности объяснить многие обстоятельства выздоровления пациентов (по разным причинам, от несовершенства медицинской науки, до собственного незнания), врачи-эксперты чувствуют некую иррациональную природу и дают ей название «божий промысел».

Справедливости ради скажем, что в поисках ответов на необъяснимое, далеко не все врачи позволяют себе отступить от научной картины мира. 61% экспертов никогда не сталкивались со случаями «чудесного»

выздоровления своих пациентов. Но остальные имели такой опыт в своей практике, кто реже, кто чаще. Например, с несколькими такими случаями встречались 27% врачей. Наблюдается прямая, хотя и слабая корреляционная связь (коэффициент Пирсона) $R=0,34$ между частотой *«чудесных» случаев выздоровления* в практике врача и тем, как часто в его работе ему *приходилось иметь дело с пациентами, находящимися на грани жизни и смерти* или заболевание которых предполагает достаточно высокую вероятность смерти.

Не имея возможности объяснить природу выздоровления пациента в случаях, которые называют «чудесными», врачи-эксперты всё же пытаются с чем-то их связывать. По результатам обработки открытых вопросов получены следующие объяснения сформулированные самими опрашиваемыми:

1. Прямое вмешательство высших сил, «божий промысел» – 35%.
2. Воля к жизни пациента и его желание выздороветь – 20%.
3. Ни с чем не связано, предположить невозможно – 16%.
4. Неизвестные резервы человеческого организма – 8,4%.
5. Вера в Бога (религиозность пациента) – 8,4%.
6. Несовершенство медицины (ошибка в диагнозе и т.п.) – 5,3%.
7. Другое (очень редкие, не повторяющиеся суждения) – 7,4%.

Итак, в п.5 мы видим, что *религиозностью пациента, силой его веры*, объясняют эксперты случаи чудесного выздоровления в 8,4% случаев.

Возможно, это одна из причин, по которой 45% врачей давали советы своим пациентам обращаться к потенциалу религии, не исключая при этом медицинской помощи. А 7% экспертов признаются, что часто это советовали своим больным. Что же именно они предлагали? В основном это такие формы обращения к потенциалу религии как *молитва, посещение храма, беседа со священнослужителем*. При этом считают, что к ресурсу религии возможно обращаться *на любом из этапов* лечения 69% респондентов. А 16% врачей считают, что этого не нужно делать ни на каком этапе лечения.

Ниже приводятся оценки экспертов наиболее распространённых сегодня у населения норм религиозного поведения: традиций, правил, заповедей (Рис.1).

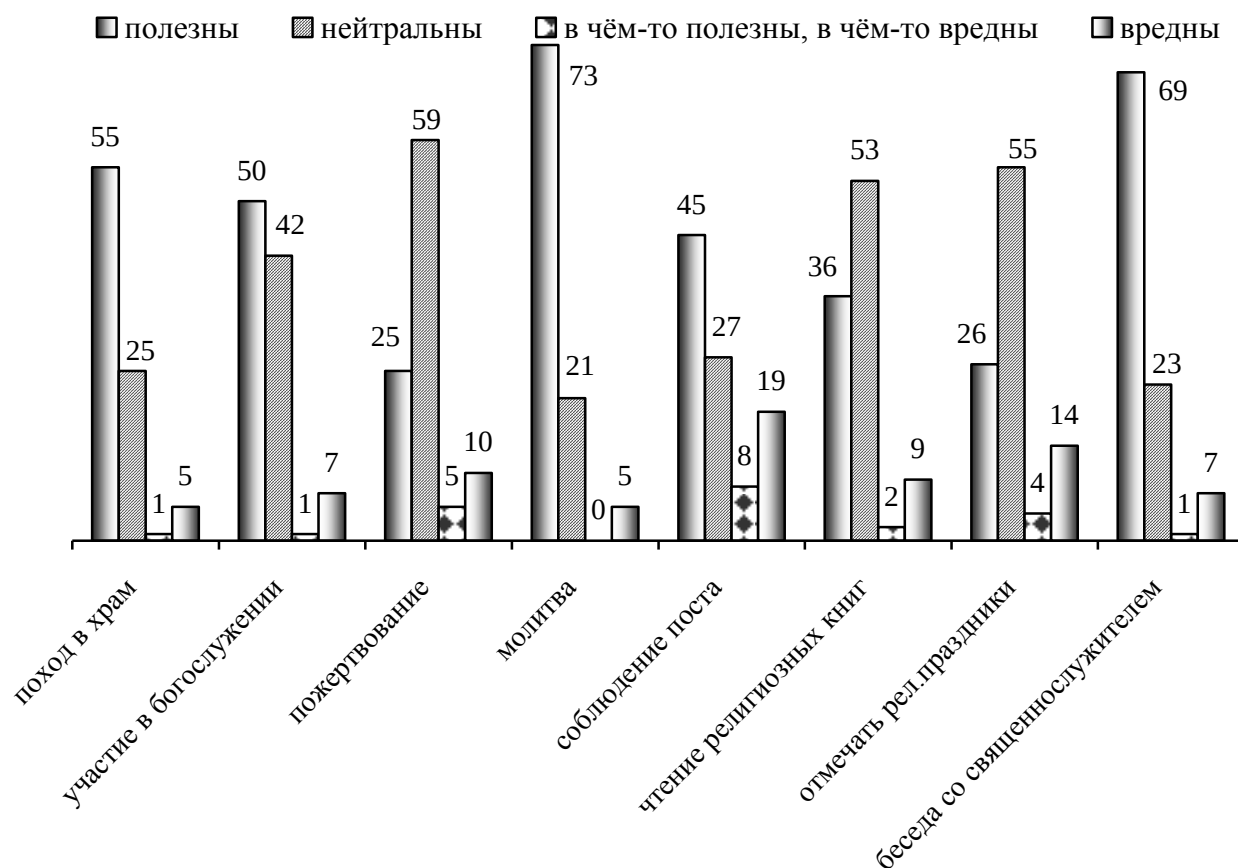


Рис.1. Оценка экспертами пользы-вреда для здоровья от выполнения (соблюдения) распространённых среди населения религиозных норм, общих для разных традиционных конфессий (в %).

На представленной диаграмме можно увидеть, что *молитва*, как норма религиозного поведения, в наибольшей степени поддерживается врачами. И она же получает меньше всего негативных оценок, с точки зрения возможного вреда для здоровья. На втором месте *беседы со священнослужителем* и на третьем *посещение храма*. *Соблюдение постов* и *традиция отмечать религиозные праздники* получили наибольшее количество отрицательных оценок опрошенных экспертов.

Более 2/3 опрошенных экспертов (69%) признали себя верующими людьми или скорее верующими, чем наоборот. При этом 78%

идентифицируют себя с православным христианством. Ислам исповедует 3% врачей, буддизм – 6%, другие религии – 2%. Атеистов, убеждённых неверующих среди экспертов всего лишь 9%. Не случайно ли совпадение, что и противников использования потенциала религии в лечебно-профилактических учреждениях тоже 9%?

Обнаружена сильная корреляционная связь (коэффициент Пирсона) $R=0,7$ между собственной конфессиональной принадлежностью врача и вероисповеданием пациента. То есть, врачу-мусульманину комфортнее проводить лечение с пациентом-мусульманином, а врачу-атеисту – с пациентом-атеистом.

Выводы:

Наиболее распространённые сегодня формы обращения к ресурсу религии, которые используются в ЛПУ: постройка религиозного сооружения, оборудование отдельной комнаты для отправления религиозного культа, организация регулярных встреч пациентов со священнослужителями.

Врачей, которые видят пользу для лечения от используемых в ЛПУ форм обращения к религии втрое больше (27%) чем тех, кто считает, что от них больше вреда (9%). Однако большинство экспертов (60%) никак не могут оценить, влияет ли наличие религиозных построек, комнат, икон, литературы на успешность проводимой лечебной работы.

Не только вера в собственное выздоровление, но вера в Бога и его помощь в борьбе за здоровье, признаётся многими врачами-экспертами как фактор успешного выздоровления. При этом, чем чаще врач лечит пациентов находящихся на грани жизни и смерти, тем более весомым он считает этот фактор веры, и религиозной веры в частности.

Почти половина врачей-экспертов (45%) помимо назначенного лечения, хотя бы иногда (а 7% часто) советовали своим пациентам обращаться к потенциалу религии: *молиться, беседовать со священнослужителем, посещать религиозный храм*. Из всех религиозных

норм-предписаний *молитва*, получила наиболее высокую оценку экспертов (73%) с точки зрения возможной пользы для здоровья.

Большинство врачей 69% считают себя верующими или скорее верующими. При этом 78% идентифицируют себя как православные христиане. Обнаружена тенденция, что врач чувствует себя комфортнее, когда его пациент одного с ним вероисповедания или отношения к религии.

Таким образом, можно заключить, что вопросы религиозности пациентов и самих врачей в определённой степени связаны с процессом успешного лечения в ЛПУ. И сегодня можно говорить о назревшей необходимости проводить медико-социологические исследования этой области в целях упорядочения и оптимизации использования врачами разных специальностей потенциала религии для повышения эффективности лечения пациентов и профилактики заболеваний.

Библиографический список

1. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» / Интернет-ресурс:

<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=131658>

2. Преамбула «Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)» (Принятого в г. Нью-Йорке 22.07.1946) / Интернет ресурс:

<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=INT;n=15647>

3. Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2025 года на официальном сайте Московского городского фонда обязательного медицинского страхования. / Интернет ресурс:

<http://www.mgfoms.ru/?cat=6>

4. Решетников А.В. Социологическое осмысление медицины. // Социология медицины. – 2003. – № 1. С. 5.

5. Скулачёв В.П. Остановить старость. Интервью газете Аргументы и факты. / АиФ № 15. 2013. С. 38.

6. Архив исследований Левада-Центра. / Интернет ресурс:
<http://www.levada.ru/archive/religiya/kakuyu-religiyu-vy-ispoveduete>

7. Официальный сайт Первого МГМУ им.И.М.Сеченова / Интернет ресурс: <http://www.mma.ru/church/mikhail/>

Н.В. Дудинцева, М.Л. Сиротко,
Самарский государственный медицинский университет, Самара

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г.О. САМАРЫ

Актуальность.

В здравоохранении медицинский персонал является одним из главных ресурсов. Качество медицинской помощи во многом зависит от уровня его квалификации, профессионализма, умения принимать самостоятельные решения в сложных ситуациях и нести ответственность за жизнь других людей [1].

По данным Кедрова В.П.(1901), профессиональные условия труда и жизнь медицинских работников изучал доктор Н.А. Ландшевский в своей диссертации «Материалы к вопросу о смертности населения Санкт-Петербурга в зависимости от рода занятий»(1898 г.). «Фельдшера несут труд крайне тяжелый для жизни и здоровья; как и врачу, фельдшеру приходится переносить непосильные тяготы физической работы, сопряженной с постоянным риском заразиться при уходе за больным. Этот тяжелый труд, плохо оплачиваемый, дает мало средств представителям его для борьбы с многочисленными невзгодами жизненной их обстановки» [6].

В динамике за 10 лет (1913-1922 гг.) С.М. Богословский [2] опубликовал результаты исследования здоровья медицинского персонала и элементы взаимосвязи заболеваемости с профессиональными вредностями. По итогам проделанной работы по постановлению правительства было организовано научно-консультативное бюро по изучению профессиональных вредностей медицинского труда. Основными целями его работы были: изучение профессиональных вредностей, влияющих как на здоровье работающих, так и на их производительность труда; разработка на научных основах вопросов охраны труда и его рациональной организации в

учреждениях лечебно-санитарного отдела. Целью работы Бюро было также установление шкалы детальных медицинских профессий по вредности, определение особенностей женского труда в медицинских профессиях и разработка инструкций для работников лечебно-профилактических учреждений в отношении профессиональных вредностей.

В 60-е годы 20-го века на кафедре общей гигиены Первого Московского медицинского института им. И.М. Сеченова были проведены исследования по гигиене труда анестезиологов, хирургов, акушеров - гинекологов. Под вниманием находилась проблема взаимосвязи факторов профессиональной деятельности и состояния здоровья.

Тогда же впервые в нашей стране начала обсуждаться приемлемость метода социологического опроса для изучения заболеваемости медработников.

Результаты исследований заболеваемости медицинских работников, полученные преимущественно по данным социологического опроса, содержатся в работах Минакова В.Ф. (1985), Капцова В.А. (1991), Перепелицы Д.И. (2007), Сутыриной О.М. (2011) [5,8,11,13].

В 1980 году в «НИИ медицины труда» РАМН была образована лаборатория гигиены труда медицинских работников. В результате деятельности лаборатории подготовлен ряд ГОСТов и ОСТов, методических указаний, проведены три конференции по проблеме «Труд и здоровье медицинских работников». В 1998 г. впервые в Российской Федерации вышла в свет монография «Профессиональные заболевания медицинских работников» (Косарев В.В.), переизданная в 2009 и в 2012 гг.

Достаточно широко стали освещаться вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников со времени вступления в силу Федерального закона Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний работающих во вредных условиях труда» от 24.07.1998 г. № 125.

В своих выступлениях и публикациях на всероссийских конгрессах «Профессия и здоровье» в 2002-2012 гг. многие авторы отмечали рост выявляемости профессиональных заболеваний среди медицинских работников [3; 4; 9].

Вышеизложенные материалы свидетельствуют, что заболеваемость медицинских работников неоднократно являлась предметом углубленного исследования отечественных гигиенистов. Методика и ее изучение за более чем 80-летний период перетерпела определенные изменения: от технически трудоемких, низко чувствительных и дорогостоящих методов – к более объективным и точным, статистически надежным и экономичным.

Материалы и методы. Материалы исследования были получены в ходе социологического исследования с применением специально разработанной автором анкеты. Опросник включал следующие блоки: социально-демографическая характеристика респондентов, их профессиональная деятельность, производственные факторы риска, медицинская активность.

Согласно рекомендациям академика РАМН, доктора медицинских наук, доктора социологических наук, профессора А.В. Решетникова, анкетный метод является достоверным, всеобъемлющим, анонимным [12]. Качество жизни медицинских работников изучалось по анкете SF-36 [10]. 36 пунктов опросника характеризуют показатели качества жизни в виде: физического функционирования, ролевой деятельности, интенсивности боли, общего здоровья, жизнеспособности, социальной активности, эмоционального состояния, психического здоровья. Ответы на вопросы оценивались по бальной системе от 1 до 100.

Объект исследования – медицинские работники с профессиональными заболеваниями лечебно-профилактических учреждений Самарской области.

Результаты. В опросе приняли участие 102 респондента, из них врачей 26 человек (25,5%), средних медицинских работников - 75 человек (73,6%) и

младшего персонала - 1 человек (0,9%). Среди респондентов мужчин было 9 (8,8%), женщин - 93 (91,2%).

Что же медики относят к причинам ухудшения своего здоровья?

1-е место занимает низкая заработная плата – 93,2%, 2-е место неблагоприятные условия труда (несоответствие организации рабочего места - 34,3%, несоответствие материально-техническими условиями своей работы - 53%).

Не вызывает сомнения тот факт, что состояние здоровья является одним из важнейших компонентов качества жизни. Нами был проведен анализ оценки собственного здоровья медицинскими работниками и причин, затрудняющих его постоянное контролирование. 34,3% респондентов ответили «Сами знаем, чем болеем», 29,4% – занятость на дому и на работе, 17,6% - долгое ожидание приема врача, 15,6% - не удовлетворяет врач из-за его невнимательности, 6,8% - неудобное время приема, неудовлетворенны лечением, надежда на то, что болезнь сама пройдет и 4,9% - далеко до поликлиники, 19,6% - затруднялись ответить. Одной из причин ухудшения своего здоровья медицинские работники назвали низкое качество медицинского обслуживания – 47,0%, недостаток свободного времени – 43,1%, плохие бытовые условия – 14,7%.

Желание быть здоровым является основным стимулом к ведению здорового образа жизни. В качестве условий, благоприятствующих этому, медицинские работники назвали: семейное благополучие – 47,0%, материальный достаток – 48,1%, увеличение время на отдых - 43,1%.

Выводы

По результатам социологического опроса медицинских работников, основные факторы ухудшения качества жизни – низкая заработная плата, неблагоприятные условия труда.

В самооценке своего здоровья треть опрошенных считают свои знания достаточными («Сами знают, чем болеют»), остальные в качестве причин, затрудняющих постоянный контроль за своим здоровьем, называют

занятость на дому и на работе и другие, в основном, организационные проблемы (долгое ожидание приема врача, неудобное время приема, неудовлетворенность лечением, далеко до поликлиники).

По мнению опрошенных, основные направления в улучшении качества жизни и снижении заболеваемости медицинских работников - материальный достаток, эффективное медицинское обслуживание, семейное благополучие, увеличение времени на отдых, улучшение материально-технической базы здравоохранения.

Библиографический список

1. *Артамонова Г.В.* Проблема оценки состояния здоровья медицинских работников/ Г.В. Артамонова, Д.И. Перепелица // Социология медицины. - 2007, №1(10). - С. 49-51.

2. *Богословский С.М.* Заболеваемость медицинских работников и состояние их физического развития / С.М. Богословский // Труд и быт медработников. М., 1925. - Вып. 3. - С. 7-52.

3. *Бакиров А.Б.* Профессия и здоровье работников учреждений здравоохранения республики Башкортостан / А.Б. Бакиров, Л.Б. Овсянникова, Н.С. Кондова // Медицина труда и промышленная экология. - 2012. - №1. - С. 6-13.

4. *Иштерякова О.А.* Состояние и перспективы медико-социальной экспертизы при профзаболеваниях / О.А. Иштерякова // Материалы 1 Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье», Москва 2002.- С. 167-168.

5. *Капцов В. А.* Гигиеническая оценка спецодежды и средств индивидуальной защиты, применяемых в производстве ампициллина /Л.З.Карпенко, В.П. Соловеров // Гигиена труда. - 1991. - № 1. - С. 23-25.

6. *Кедров П.И.* Условия труда и жизни лиц низшего медицинского сословия в России / П.И. Кедров// Издание Медицинского журнала. С.-Петербург - 1901.

7. *Луняков В.А.* О профессиональных заболеваниях в медицинских учреждениях / В.А. Луняков, Л.В. Бурцева, Е.А. Худина Е.А., И.П. Копылова, Ю.В. Левина, Е.Г. Чунтыжева // Материалы IX Всероссийского Конгресса «Профессия и здоровье» и IV Всероссийского съезда врачей-профпатологов. Москва, 2010 г. - С. 327-329.

8. *Минаков В.Ф.* Труд и здоровье медицинских работников / В.Ф. Минаков и др.. М.: Медицина, 1985. - 214 с.

9. *Мускатыньев В.В.* Клинико-диагностические аспекты профессиональной бронхиальной астмы / В.В. Мускатыньев, Е.А. Худинаа, В.И. Самохина и др. // Материалы 1 Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье», Москва – 2002. – С. 222-223.

10. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб., Санкт-Петербург, 2002. – 320 с.

11. *Перепелица Д.И.* Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья медицинских работников: Автореф. дисс.... канд .мед. наук/ Д.И. Перепелица – Кемерово. - 2007.- 23 с.

12. *Решетников А.В.* Проведение медико-социологического мониторинга / А.В. Решетников, С.А. Ефименко/ Учебное пособие. – М., 2007. – 160 с.

13. *Сутырина О.М.* Социально-гигиеническое исследование заболеваемости, образа жизни и условий труда медицинских работников крупной многопрофильной больницы: Автореф. дисс.... канд. мед. наук/ Сутырина О.М. – Москва. - 2011. – 27с.

Е.В. Ермолаева, Л.А. Павлова,
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского Минздрава
России, Саратов

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФЕССИЯ: ТРЕБОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Введение

Социокультурные изменения в современном обществе тесно связаны с трансформирующейся ролью медицинской профессии и ее определениями в контексте рынка, государства и гражданского общества. Во время профессиональной социализации студенты-медики приобретают знания, формируются навыки, поведенческие модели и этическая культура будущего врача. Современная система высшего медицинского образования способствует выработке у студентов-медиков умений действовать эффективно и адекватно в социальной действительности [2].

Необходимость осознания последствий изменений, произошедших в экономике, культуре, политике и законодательстве на рубеже XX-XXI веков, привела к тому, что проблемы высшего образования, и прежде всего, медицинского образования приобрели особую значимость. Это связано с тем, что состояние университетского образования определяет уровень развитости каждой страны и является своеобразным индикатором, свидетельствующим о ее месте и роли в мировом сообществе.

В настоящее время исследования многих ученых сосредоточены на образовательном процессе и функционировании образовательных учреждений, а важнейший аспект образования, связанный с погружением индивида в культурную среду и дающий ему ощущение прочной связи, как с нацией, так и с прошлым, с настоящим и будущим медицины, остается вне поля зрения современной науки. Основным условием эффективности

системы медицинского образования является соединением общекультурной и профессиональной подготовки врача на различных этапах обучения.

Наиболее дискуссионной становится проблема выбора направления деятельности в сфере медицинского образования (преподавание в вузе, работа с пациентами или в органах здравоохранения), возможностей совершенствования профессионального опыта и карьерного роста. Взаимодействие с пациентами в клиниках во время медицинской практики закладывают основу для формирования профессиональной идентичности.

Различные проблемные и критические ситуации, являясь частью ежедневной практики в медицинских университетах, предоставляют реальные возможности осознания своего профессионализма или непрофессионализма в ситуациях, связанных со смертью, с конфликтными этическими и правовыми аспектами современных биомедицинских исследований.

Материалы и методы

Профессиональное знание и профессиональная экспертиза - это один из важнейших показателей развитости современного общества. Грамотное и своевременное проведение профессиональной экспертизы - серьезная проблема ученых развитых стран. В то же время, многие профессиональные «привилегии», прежде всего возможности профессионального саморегулирования и самосохранения существенно ограничиваются.

Экспертизу нельзя рассматривать лишь как основу профессионального управления рынком медицинских услуг и нельзя использовать для утверждения традиционных профессиональных привилегий.

С этой точки зрения теории профессионализации можно разделить на три блока. Первый блок теорий подчеркивает стратегическую сторону профессионализма: соответствие профессиональной группы требованиям науки и моральной целостности как основы, обеспечивающей возможность частичного управления рынком услуг. Этот вид профессионализма как "проект коллективной мобильности" выделяет экономические измерения

феномена профессионализации в пределах либерального капиталистического заказа [6; 7].

Второй блок теорий подчеркивает важность культурного и общественного руководства, доказывая тем самым рыночный успех таких областей как например, медицина [3; 5].

Третий блок теорий подчеркивает возникновение профессионализма как идеологии общественной реформы, которая могла бы выявить проблему ответственности профессионалов перед обществом в рамках аспекта разделения труда. Согласно этой точке зрения, профессионализация выступает как выражение профессиональной корысти с апелляцией к среднему классу [4; 8].

Основная идея заключается в том, что люди будут успешным и только при условии постоянного поиска возможностей для заключения наилучшей "сделки". Для подобных теорий формирования профессионализации ситуация обусловлена комплексом внешних причин, поэтому гораздо труднее определиться с выбором. Г. Перкин утверждает, что распространение идеи профессионализма и законности в обществе затруднено, если профессионализм не отвечает насущным общественным потребностям [8].

В российском массовом сознании сегодня складывается неоднозначный образ врача-профессионала. Как свидетельствуют данные результатов опроса, проведенного недавно Фондом «Общественное мнение» (www.fom.ru), почти 32% россиян убеждены, что престиж профессии врача в последнее время растет; чуть выше доля считающих, что ничего в этом отношении не меняется (35%) и, по мнению 17% респондентов, престиж этой профессии даже снижается.

Результаты

Подобные серьезные расхождения в оценке врачебной деятельности и врачебного статуса указывают на определенные трансформации в классической схеме «врач – пациент» и обуславливают необходимость

изменения самого подхода к врачебной практике. Действительно, реалии современной медицины таковы, что все более востребованным оказывается не только и не столько врач – профессионал, а врач – гуманист, постоянно соизмеряющий свои действия с нравственными и этическими требованиями.

Таким образом, основная цель медицинского образования - подготовка будущего врача - должна заключаться в наделении его знаниями и навыками, позволяющими правильно использовать алгоритм постановки диагноза, осуществлять медико-профилактические мероприятия, оказывать неотложную помощь в пределах своей компетенции, и, что особенно важно, выполнять свои профессионально-должностные обязанности в соответствии с морально-правовыми нормами.

Важным аспектом успешной деятельности врача является не только высокий уровень его специальной медицинской подготовки, общей культуры, но и социально-психологические особенности его личности. К их числу относятся постоянное межличностное общение с больными и их родственниками; коммуникативная компетентность определяет также успешность профессиональной адаптации молодого специалиста на начальном этапе самостоятельной практической деятельности.

В процессе становления врача в настоящее время важна проблема гражданственности, которая реализуется в установке человека: от того, что я делаю, зависит, как будем жить я и моя семья, к каким последствиям приведут социально-экономические преобразования в обществе. При формировании гражданской культуры и гражданского самосознания, основное бремя ложится на социальные дисциплины. Это означает, что они должны не только давать информацию, но и транслировать ценности, часть из которых является традиционной, а часть – адаптирована к новым историческим реалиям: уважение к закону, гражданские права, права меньшинств, стремление к разрешению конфликтов. Современная система высшего образования должна формировать у студентов умения действовать

эффективно в обществе, а не ограничиваться воспроизводством уже существующих норм, обычаев и ценностей.

Обсуждение результатов

Современная общественная ситуация характеризуется потерей гражданской ответственности и это неизбежно сказывается на результате тех преобразований, которые происходят в нашем обществе, поэтому проблема ее формирования в российском обществе является актуальной. Основываться она должна на принципах, нормах и ценностях демократического общества.

В современных условиях развития медицины возрастает риск возникновения непредвиденных последствий, особенно в связи с развитием новых биомедицинских технологий. Это заставляет с большим вниманием относиться к проблеме развития гражданского самосознания врача, понимания того, что и от него зависит будущее общества в целом.

Профессиональный долг врача — это, прежде всего, его моральный долг перед своими пациентами, коллегами, учителями и учениками. Поэтому закономерным было создание кодекса, регламентирующего их отношения: во-первых, главной ценностью является здоровье и жизнь человека, во-вторых, врач должен обладать целым рядом особенных качеств — профессиональных и моральных, в-третьих, в самой врачебной деятельности содержится целый ряд проблем и противоречий, не разрешимых никакими иными средствами, кроме моральных. Документальное оформление принципов медицинской этики в виде кодекса необходимо, во-первых, для повышения степени доверия пациента к врачу, а во-вторых, для воспитательных целей. В стремлении выработать в себе такие качества, как дисциплинированность, организованность, честность, деловитость, упорство, сдержанность проявляется самоограничение врача.

Если категории «призвание» и «профессиональный долг» выражают отношение человека к своему делу, то проблема смысла профессиональной деятельности порождается взаимодействием людей в обществе. В первую очередь мы имеем в виду:

1) сугубо профессиональные качества — профессиональные навыки и умения, опыт работы, знание иностранных языков;

2) морально-психологические как профессиональные — целеустремленность, выдержка, честность, принципиальность, самоотверженность, требовательность;

3) моральные — доброта, отзывчивость, гуманность, достоинство, уважительность, порядочность, милосердие, мужество, справедливость, совестливость.

Таким образом, новая модель образования предполагает единство четырех аспектов:

- ориентацию личности на формирование навыков эффективной коммуникации, межличностной интеракции в современных условиях ослабления социальных связей;

- ориентацию на самопознание и формирование ответственной, продуктивно мыслящей, свободной личности;

- формирование адекватного представления о специфике, возможностях и ограничениях современной науки;

- осознание ценности культурного многообразия и умения видеть за культурным многообразием единство универсальных гуманистических установок.

Однако, реально сложившаяся на сегодняшний день практика реформирования медицинского образования, зачастую соотносящая образовательные задачи с целями и потребностями рынка труда и производства, подразумевает его трансформацию посредством внедрения современных информационных технологий, изменения программ обучения и способов аттестации и т.п. При этом каждая модель образования строится с учётом национальных особенностей и специфики требований существующей в стране системы здравоохранения.

Выводы

Позиционируя свои профессиональные лидерские качества, врач расширяет свое влияние и пропагандирует здоровый образ жизни. Медицина - это намного больше, чем компетенция и экспертиза, она не может функционировать как учреждение без доверия со стороны пациента и общества в целом. Функция медицины как профессии в том, чтобы охранять и расширять доверие общества к себе. Эта точка зрения может быть перефразирована как принцип: "Медицина должна всегда рассматриваться обществом как благо, никогда как товар". Гражданский профессионализм должен усиливать доверие, которое является частью этоса медицины, но делать это надо постоянно и в корректной форме.

Библиографический список

1. Мансуров В. Российские врачи: гендерный аспект // Профессии.doc. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2007. С. 79-86.
2. Решетников А.В. Социология медицины. М.: Медицина, 2002.
3. Abbott A. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
4. Brint S. In an age of experts. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1995. p. 203-9.
5. Freidson E. Professional powers: a study in the institutionalization of formal knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 1986.
6. Krause E. Death of the guilds: professions, states, and the advance of capitalism: 1930 to the present. New Haven (CT): Yale University Press; 1996.
7. Larson M. The rise of professionalism: a sociological analysis. Berkeley (CA): University of California Press; 1977.
8. Perkin H. The third revolution: professional elites in the modern world. London: Routledge; 1996.

Ю.В. Ермолаева, Т.В. Ремизова, М.Н. Флаг,
ФГБУН ИС РАН, Москва

СОВРЕМЕННЫЙ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИЙ РЫНОК КАК РИСКОГЕННАЯ НИША

Согласно прогнозам, основанных на новом исследовании Organic Monitor [1], объем продаж натуральной и органической косметики достиг в 2011 9 млрд. долларов США. К 2015 году, согласно тому же исследованию, рынок вырастет до 14 млрд. Распространение продуктов, основанных на натуральных ингредиентах и органике происходит в противовес так называемой «синтетической» косметике, где основное множество ингредиентов получено с помощью химии. Вместе с тем и синтетическая косметика часто позиционирует себя «натуральной», мотивируя натуральность тем, что в ней использованы масла, экстракты и игнорируя факт совместного использования химии, к тому же небезопасной при длительном применении.

В истории косметологии использовались такие яды, как ртуть, свинец, мышьяк, способные искалечить здоровье людей и нередко приводящих к летальному исходу. Пока на протяжении столетий не собралось множество данных о их вредности, люди мало задумывались о том, что на самом деле лечат данные вещества и чем они вредят. Так, представления о гигиене и косметических средствах трансформировались врачами, они же в средние века и вплоть до установления правил современной научно-экспериментальной гигиены. Специалисты того времени с недоверием относились к пользе воды, заменяя ее довольно едкими, но эффективными веществами, вроде спиртовых настоек и сильнодействующих уксусов. В истории всегда существовала вера в тот или иной чудодейственный эликсир, позже остающийся забытым. Однако с развитием и усложнением химической промышленности проблема безопасности косметологических

продуктов только обострилась. Но чтобы признать в синтетических ингредиентах опасные вещества, необходимы годы исследований, в то время как они уже массово включены в производство и используются в быту. Во – вторых, со стороны потребителя требуется опыт, и желание разобраться в маркетинговой косметической продукции.

Но, как правило, люди ориентированы на результат, и эффективность, рекламируемую упаковкой, популярность, престиж и позиционируемое качество бренда или конкретного продукта. Производители, если это не радикальные сторонники 100 % растительной и органической косметики, экономят безопасные ингредиенты за счет производства действенных, но жестких элементов, не только выполняющих определенную роль (загуститель, пенообразователь, консервант, увлажнитель и т.п.), но и за счет своих химических свойств накапливаются в организме и постепенно отравляют его. В принципе, появилось большое количество литературы, популярной и специализированной, пропагандирующей отказ от синтетической косметики и призывающей к переходу на натуральную, органическую или даже косметику, сделанную только собственными руками.

С научными исследованиями в области наскандаливших вредностью ингредиентов, таких как парабены, сульфаты, и пр. сложнее, так как одни исследования утверждают, что их дозировка, не превышающая некоторой доли в составе общего продукта вполне безвредна, однако не приводится во внимание тот факт что замечено их накопление в организме, и к тому же мы используем такие продукты как шампуни, гели, бальзамы достаточно часто, в некоторых случаях ежедневно [13]. Другие исследования рассказывают о риске заражения раком, мутагенном влиянии, риске получения множества кожных заболеваний и аллергии. Эксперименты на животных показали, что парабены имеют слабую эстрогенную активность, действуя как ксеноэстрогены также способны вызвать преждевременное старение кожи. [12] Однако, на рынке косметики понятие «натуральный» встречается повсеместно, даже если продукт содержит натуральные ингредиенты только

в малом количестве, в действительно об этом может сказать только состав. Столь же проблемные понятия «дерматологически протестировано», «гипоаллергенно», «одобрено дерматологами» в зависимости от бренда, который использует подобные заявления. Любой продукт тестируется рядом специалистов в том числе и на животных, однако только существует обычная косметика, а также лечебная косметика, и разница между ними в том, что лечебная косметика всегда подразумевает большее количество людей, клинически тестирующих некоторый продукт, и отталкивающуюся от медицинских исследований. Остальная косметика, на которой встречаются такие ярлыки может быть тестируема меньшим количеством подопытных, иногда в десятки раз. Есть и еще немаловажное отличие.

Существует несколько сертификатов безопасности и гарантии того, что продукт прошел испытание как натуральный, органический и безопасный с точки зрения состава, т. е. в нем обязаны отсутствовать синтетические элементы, нефтепродукты, опасные вещества, или вещества потенциально вредные. К примеру, Комиссия по контролю состава косметических средств в США (CIR), ICEA, ECOCERT, COSMEBIO, BDIH и др., а также национальные сертификаты качества, все перечисленное необходимо искать на упаковке.

Вообще, нет никаких критериев о том, что должен содержать «натуральный» продукт, ни в юридическом, ни в косметологическом смысле. Исследование определенного продукта на эффективность и безопасность зависит от способа его применения, а также ряда дополнительных используемых косметических средств, помимо этого для гарантии необходимо анонимное исследование от независимых специалистов.

Таблица 1

Распространенные опасные вещества в косметологических продуктах

Вещество, формула	Канцероген	Мутаген	Аллерген
1,2-Dioxane – Диоксан, диэтилендиоксид – ethoxylated alcohols, 1,4-dioxane, polysorbates, and laureths	+		+
AcetamideMEA – Ацетамид, амид уксусной кислоты	+	+	
Alcohol – Спирт, алкоголь (Синтетический)	+	+	
Alkyl-phenol-ethoxylades – Алкилфенол этоксилат	+	+	
Aluminum – Алюминий	+	+	
Ammoniumlaurethsulphate (ALS) – Лаурет сульфат аммония (АЛС)	+	+	+
Bentonite – Бентонит.			+
Benzene – Бензол, Ароматический углеводород.	+	+	
Bronopol – Бронопол, 2-бром-2-нитропропан-1,3-диол, БНПД	+		
Butylated Hydroxyanisole (BHA) – Бутилгидроксианизол, E320	+		
Butylated Hydroxytoluene (BHT) – Бутилгидрокситолуол, Бутилированный гидрокситолуол.	+		
Carbomer – Карбомер, карбопол, 934, 940, 941, 960, 961 C			+
Coal Tar – Каменноугольный деготь, Каменноугольная смола	+		+
Cocamide DEA – Кокамид ДЭА, диэтаноламид, NN-бис(2-гидроксиэтил)амид кокосового масла.	+		
Cocamidopropyl Betaine – Кокамидопропил бетаин			+

Crystalline Silica – кристаллический диоксид кремния, оксид кремния(IV), диоксид кремния, кремнезём	+		
Эмульгаторы - DEA, Diethanolamine – диэтаноламин, 2,2'-Иминодиэтанол 2,2'-Дигидроксидиэтиламин, ДЭА; MEA, Monoethanolamine – Моноэтаноламин (МЭА); TEA, Triethanolamine – Триэтаноламин, ТЭА, а также другие: Cocamide DEA - Кокамид ДЭА, Диэтаноламид; DEA-Cetyl phosphate – ДЭА Цетил фосфат; DEA Oleth-3 phosphate – ДЭА-олеф-3 фосфат, Myristamide DEA; Stearamide MEA – Стеарамид MEA; Cocamide MEA – КокамидМЭА, Lauramide DEA – ЛорамидДЭА, Linoleamide MEA – ЛинолеамидМЕА, смесьэтаноламидовлинолевойкислоты; Oleamide DEA – Олеамид DEA; TEA-Lauryl Sulfate – ТЕАлаурилсульфат, лаурилсульфатнатрия.	+		
Dimethylamine – Диметиламин	+		
Dioform – 1,2-Дихлорэтен, Ацетилен дихлорид, сим-Дихлорэтилен	Повреждает эмаль		
Dioxins – Диоксины, полихлорпроизводные дибензо[b, e]-1,4-диоксины	++		
Disodium EDTA – Дисодиум ЭДТА, ethylene oxide и/или dioxane	+		
FDC-n (FD&C) – ФДС	+		
Fluoride – Фторид, соединение фтора			+
Fluorocarbons – Фторуглероды, перфторуглеводороды			+
Formaldehyde – Формальдегид, метаналь, муравьиный альдегид, Альдегид муравьиной кислоты	+		+
DMDM (Dimethylol Dimethol Hydantoin) и Imidazolidinyl Urea	+		+
Glycols – Этиленгликоль, гликоль, 1,2-диоксиэтан, этандиол-1,2., Diethyleneglycol и carbitol	+	+	

Hydantoin DMDM – Формалин ДМДМ, водный раствор: 40% формальдегида, 8% метилового спирта и 52% воды, а также выделяющие формалин: * 5-bromo-5-nitro-1,3-dioxane * 2-bromo-2-nitropropane-1,3-diol * imidazolidinyl urea * methenamine * Quaternium-15 * DMDM hydantoin * diazolidinyl urea * sodium hydroxymethyl glycinate * benzylhemiformal	+		+
Isopropyl Alcohol (SD-40) – Изопропиловый спирт, пропанол-2, изопропанол, диметилкарбинол, ИПС.	+		
Lauramide DEA – Лорамид Дей	+		+
Lindane, hexachlorocyclohexane – Гамма-Гексахлоран, Kwell, linden, Bio-Well, GBH, G-well, Kildane, Kwildane, Scabene и Thionex	+		+
Methyl Chloroisothiazolinine – Метилхлоризотиазолинон, коммерческое название Kathon CG, сокращения: СМІТ, СМІ, МСІ – консервант	+	+	+
Mineral Oil (heavy and light) – Техническое масло, Нефтяные (минеральные) масла.	+		+
Para (p-aminobenzoic acid) – Пара-аминобензойная кислота, бактериальный витамин Н1, витамин В10.			+
Para-Phenylenediamine Dyes – Пара-Фенилендиамины	+		
Parabens butyl, ethyl, germa, methyl, propyl paraben	+		+
PEG (4-200) – Аббревиатура от polyethyleneglycol, polyoxethylene, polygocol, polyetherglycol – Полиэтиленгликоль, ПЭГ, макрогол, полиэтиленоксид, ПЭО	+		+
Phenoxyethanol – Феноксизтанол			+
Phosphoricacid – Ортофосфорная кислота, фосфорная кислота			+

Phthalates – Фталаты, соли Фталевой кислоты. Dibutyl Phthalate – Diethyl Phthalate – Dimethyl Phthalate		+	
Polyquaternium – Полиэлектролит	+	+	
Polysorbate-n (20-85) – Полисорбаты, оксиэтилированные сорбитаны, неионогенные ПАВ			+
Quaternium-15 – Кватерниум-15			+
Sodium Cyanide – Цианид натрия, цианистый натрий, NaCN — натриевая соль синильной кислоты	+	+	
Sodium Lauryl Sulfate -SLS – Лаурилсульфат натрия, додецилсульфат натрия, натриевая соль лаурилсульфокислоты, Sodium Laureth Sulfate – SLES – Лауретсульфат натрия	+	+	
Sodium PCA (NAPCA) – Натрия пирролидонкарбонат			+
Stearamidopropyl Tetrasodium EDTA – Стеаромид пропил Тетранатриевая соль EDTA.	+		
Styrene Monomer – Стирол C ₈ H ₈ , фенилэтилен, винилбензол	+	+	+
Toluene (toluol) – Тoluол, метилбензол			+
Triclosan – Триклозан			+
Triethanolamine (Trolamine, TEA) – Триэтиламин	+		+
CI 14700 (FD&C Red №4), E 124, Ponceau SX, FD&C Red #4, CI 17200, D&C Red #31, Acid Red 33, CI 19140 (FD&C Yellow №4)	+		+
Ceteareth-6			+
Phenoxyethanol – или: arosol, dowanolEP, dowanolEPH, emery 6705, ethyleneglycolphenylether, ethyleneglycolmonophenylether, phenoxetol, phenoxyethanol, roseether, phenoxyethylalcohol, 1-hydroxy- 2-phenoxyethane, phenylmonoglycolether, 2- phenoxyethanol, glycolmonophenylether, beta- hydroxyethylphenylether			+
Potassium Chloride (хлорид калия)			+

Таблица взята и составлена с помощью [15].

Каждый конкретный ингредиент можно проверить через Интернет или на специализированных сайтах, к примеру: [http:// www.ewg.org](http://www.ewg.org) EnvironmentalWorkingGroup.

Маркировка BIO или organic на упаковке товара значит, что запрещено большинство синтетических консервантов, включая формальдегиды, парабены и феноксизтанол, этоксилированные химикаты и гликоли. Запрещено использование нефтепродуктов: парафин, силикон. Запрещено использование ГМО, а также консервирующее облучение, продукт не тестируется на животных, а также его упаковка подлежит многоразовой переработке. Необходимо удостовериться, что есть сертификат, обозначающий, что перечислены все используемые ингредиенты. В действительности, строгость того или иного стандарта необходимо изучать отдельно. Так для стандарта IOSCosmeticsStandard95% веществ должны быть натуральными, для OASIS это процентное соотношение меньше. Если этикетка гласит, что 80 % процентов натуральны, состав следует прочитать дополнительно, так как использование органические ингредиентов не исключает, как уже было сказано, совместного использования химии.

«Только в США, Европейском союзе и Японии существуют четкие и определенные стандарты для органической продукции, которые сформулированы и контролируются правительствами»[14, с. 114].

Сложно оценить масштаб риска и последствий уже после того как химическая продукция попала в повседневное использование, и хотя на данный момент зафиксировано более 8 тысяч безопасных химических веществ, наиболее популярны в химической продукции те, что уже доказали свою непригодность. Такая «нерациональность» связана с маркетинговой политикой распространенных неорганических брендов, хотя с экономической точки зрения органические элементы не слишком дорогие, но поддержание нового мифа, вышедшего из лаборатории в виде очередной сенсации, содержащей дешевую химию и пару полезных ингредиентов, стоит в глазах покупателя дороже и полезнее. Но вместе с тем, экомоды, а вместе с

ней и натурализация, и безопасность как категории качественной жизни распространяются, в любом случае, не смотря на показательные темпы роста потребляемой органической косметики, сложно составить будущую картину – заместит ли она современный рынок химического произвола или же останется в своей, особенной, привилегированной нише?

Второй немаловажный вопрос – в политике регулируемости производства бытовых средств и средств косметологических. Не смотря на то, что появились некие стандарты (и мы успели убедиться, что они разные), не существует налаженной системы в глобальном контексте, в развитых странах данная политика налажена хорошо, в остальных случаях правила обращения с косметическими препаратами диктуется правилами, представлениями о гигиене, исторически сложившейся культурой улучшать внешность и создавать препараты.

Библиографический список

1. *Begoin, Paula* Blue Eyeshadow Should Still Be Legal, Beginning Press, 1988.
2. *Brumberg, Elaine* Take Care of Your Skin, Harper & Row Publishers, Inc. ,1989.
3. *Chase, Deborah* The New Medically-Based No-Nonsense Beauty Book, Henry Holt & Co., 1989.
4. *Friend, Tim* «USA Today», 4-10-90.
5. *Green, Dr.Kaith* Detergent Penetration Into Young and Adult Eyes Department of Opthamology, Medical College of GA, Augusta, GA.
6. *Hampton, Aubrey* Dictionary of Cosmetic Ingredients Organica Press.
7. *Metarasso, Dr.Seth L.* «Faking It» – Muscle & Fitness, November, 1990.
8. *Valmy, Christine & Vons Ulrich, Elise* «Mid-Air Skin Care» – Entepreneurial Woman, July/August 1990.

9. *Winter, Ruth A* Consumer's Dictionary of Cosmetic Ingredients, Crown Publishers, Inc., 1989.
10. *Wright, Camille S.* Shampoo Report, Images International, Inc., 1989.
11. Organic Monitor, 2011
12. *Byford JR, Shaw LE, Drew MG, Pope GS, Sauer MJ, Darbre PD* (2002 Jan). «Oestrogenic activity of parabens in MCF7 human breast cancer cells». J Steroid Biochem Mol Biol 80 (1): 49–60. DOI:10.1016/S0960-0760(01)00174-1. PMID 11867263
13. The American Cancer Society Antiperspirants and Breast Cancer Risk.
14. *Габриэль Д.* Природные рецепты красоты. – Спб.:ИГ «Весь», 2011. – 256 с.
15. <http://dobroweb.ru/secrets/448> Режим доступа от 27 июня 2013.

С.А. Ефименко, Н.В. Зайцева,

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРСОНАЛ-ТЕХНОЛОГИЙ В СОЦИАЛЬНОМ УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ КОЛЛЕКТИВАМИ.

Последовательный процесс модернизации системы российского здравоохранения выступает в настоящий момент неотъемлемой частью социальной политики нашего государства. Принимая во внимание, что эффективность деятельности медицинских организаций государственного сектора и предоставление качественных медицинских услуг населению обладает высокой общественной значимостью, оценка стратегий управления персоналом медицинских организаций остается весьма актуальным направлением исследовательской деятельности. Сегодня приоритетная ориентация современного здравоохранения на предоставление качественных услуг населению выступает ведущим фактором внедрения современных персонал-технологий в практику управления (менеджмента) медицинской организацией.

Заметим, что платформой построения современного социального менеджмента в сфере здравоохранения выступает система менеджмента качества, в частности – стандарт ISO 13485: 2003, базирующийся на ISO 9001. Основными принципами деятельности медицинского учреждения в соответствии с этим стандартом выступают: ориентация на потребителя, лидерство и ответственность руководителя, вовлечение работников и наставничество, процессный подход, системный подход к менеджменту, постоянное улучшение, принятия решений, основанное на фактах, взаимовыгодные отношения с поставщиками - а значит, указанные принципы

направлены на повышение эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Таким образом, учитывая все особенности работы медицинских организаций, а также обобщив имеющийся опыт внедрения системы менеджмента качества, можно установить, что основа управления качеством деятельности - это коллективная деятельность, которая не может выполняться только отдельными лицами, она требует совместных усилий по выстраиванию целой системы обеспечения эффективной деятельности – а значит, на первый план выдвигается задача оптимизации технологий работы с кадровым составом в здравоохранении.

Внедрение современной системы менеджмента в сфере здравоохранения, предполагающей постоянный контроль качества услуг и оценку удовлетворенности потребителей, является актуальной задачей и одним из направлений государственной социальной политики. Об осуществлении единой кадровой политики говорится в Концепции развития здравоохранения до 2020г. [5], при этом одним из этапов ее реализации является «подготовка специалистов в сфере управления здравоохранением», что свидетельствует о возрастающем значении компетентности медицинских управленцев в вопросах управления персоналом. Кроме того, в последние годы были созданы законодательные предпосылки для использования инновационных механизмов управления ресурсами здравоохранения, в том числе применения аутсорсинга для реализации кадровых управленческих проектов и повышения эффективности функционирования медицинских учреждений, в частности Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений” и Постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Одновременно, заметим, что сегодня медицинское учреждений функционирует в условиях возрастания противоречивых претензий к содержанию стратегии развития медицинского

учреждения (со стороны государства – к низкой эффективности деятельности учреждений здравоохранения, несоответствию качества предоставляемых медицинских услуг международным стандартам; со стороны субъектов управления здравоохранением – к несоответствию актуальным тенденциям в профессиональной сфере; со стороны профессионального сообщества – к усложнению условий труда и повышению должностных и профессиональных требований; со стороны потребителей услуг – к ненадлежащему уровню обслуживания и качеству предоставляемых медицинских услуг). Именно поэтому изменение содержания кадровой политики руководителей медицинских учреждений отвечает и государственным, и институциональным, и общественным потребностям.

Одним из важнейших аспектов стратегического управления медицинской организацией является обеспечение поступления к специалистам руководящего звена, принимающим кадровые решения, актуальной информации о динамике групповых процессов коллектива организации, изменениях характеристик организационной культуры, специфики функционирования организации. Уже к концу XX века в научной среде сформировалось понимание необходимости разработки научно обоснованного подхода к оценке функционирования организационной культуры для системного осмысления и формирования прогноза развития организации. Традиционно, организационная культура рассматривается как некий социальный конструкт, включающий набор устойчивых ценностных ориентаций и норм, разделяемый всеми сотрудниками учреждения. Тот факт, что именно организационная культура выступает фактором, способствующим развитию, экономическому благополучию и конкурентоспособности [1; 2; 9] подтверждается не только большим числом научных публикаций, но и результатом проведенных рядом консалтинговых фирм масштабных международных исследований (например, CSC Index). В научных исследованиях К.С. Камерона и Р. Куинна выявлена прямая

корреляция показателей эффективности деятельности

организации с уровнем включенности в стратегию развития, направленности на изменение ценностей, норм, целей организации, и доказано, что если процесс модернизации не затрагивает указанных элементов организационной культуры - изменения будут временными и организация восстановит statusquo [4]. Медицинские учреждения, безусловно, имеют свою специфику - это наличие внутренних субкультур, разветвленных уровней взаимодействия (врач-пациент, врач-средний медицинский персонал, специалист-специалист и др.), необходимость преемственности и работы в команде. Вместе с тем, применяя различные инструменты оценки неформальных структур, таких как организационная культура медицинского учреждения, можно получить более детальные данные о движущих факторах развития учреждения, что в свою очередь, может явиться основой для принятия управленческих решений и организационных изменений. Для эффективного применения технологий управления учреждением, включающих управление с помощью механизмов организационной культуры, руководители должны обладать надежной информацией об особенностях ее развития и факторах, обуславливающих специфику – то есть существует объективная необходимость регулярной оценки динамики внутренних процессов развития организационной культуры. Наиболее наглядно влияние организационной культуры на деятельность организации проявляется в повышении показателей эффективности труда, согласованности действий коллектива и росте экономического потенциала организации. Однако процесс формирования и развития организационной культуры при отсутствии необходимого уровня управления, ресурсов, организации и четкой последовательности в реализации изменений может оказаться неэффективным. Учреждения, имеющие определенную историю, обладают стихийно сформировавшейся организационной культурой и именно поэтому стратегию ее развития необходимо выстраивать по принципу «диагностика – внедрение изменений – диагностика». Предварительная диагностика позволит выявить основные

элементы организационной культуры, оценить эффективность управленческих решений, выделить наиболее характерные черты и определить области для совершенствования и наличие необходимых ресурсов, а также оценить динамику изменения в развитии в привязке к управленческим решениям и структуре управления учреждением. Заметим, что отсутствие диагностики и информации о значимых факторах в развитии организационной культуры может привести к тому, что при внедрении изменений может сработать неучтенный фактор и все нововведения не будут эффективными и приведут к потере затраченных денежных средств, времени, людских ресурсов. Вышеуказанные аспекты объясняют необходимость социологического анализа специфики организационной культуры и выявления ее взаимосвязи с особенностями кадровой политики российских медицинских организаций. Социологическое восприятие социальных процессов и институтов, позволяет выявить причинно-следственные связи как на уровне субъектных отношений, так и на уровне социальных структур, всесторонне исследовать особенности функционирования социальной системы, оценить эффективность и конгруэнтность взаимодействия ее составных элементов, процессов и взаимоотношений [8].

Авторами статьи в 2012г. было организовано типологическое исследование медицинских учреждений поликлинического звена в г. Москве. Для проведения исследования были выбраны два государственных бюджетных учреждения здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы – детские поликлиники Южного административного округа (N = 189 человек; размер учреждений – идентичный, до 200 человек штатного состава; социальный состав имеет равновесное распределение согласно штату учреждения от младшего медицинского персонала до главных врачей). Намеренно выбрав для исследования два однотипных учреждения, мы стремились избежать различий, связанных с особенностями управления государственными и коммерческими, большими и маленькими медицинскими организациями. Исследование включало применение модели

Т.Ю. Базарова для выявления типологии медицинских учреждений и методики Д. Дэнисона (адаптированной на российской выборке К. Феेम) [10] для измерения силы организационной культуры и ее основных характеристик. Указанные методы исследования позволили получить данные о типологии учреждений, выявить основные характеристики организационной культуры и обобщить данные о роли руководителя в развитии организационной культуры российских медицинских учреждений. Исследование не выявило значимых различий в организационной культуре обеих организаций, после чего нами был спроектирован усредненный профиль организационной культуры государственного бюджетного учреждения здравоохранения - муниципальной поликлиники и изучены основные ее характеристики. Результаты исследования свидетельствуют, что подобные учреждения государственного бюджетного сектора здравоохранения представляют собой поликультурное образование, что выражается в сочетании органического и бюрократического типов организационной культуры согласно типологии Т.Ю. Базарова [3], с высокой степенью регулирования и контроля, тесной интеграцией, наличием иерархических уровней и сети давних коллег. В целом организационная культура имеет достаточно сильные (от 3,3 до 3,8 по пятибалльной шкале) характеристики, что во многом объясняется успешным выполнением руководителями своей управленческой роли. Руководитель учреждения здравоохранения подобного типа должен совмещать в своей деятельности две управленческие роли: для поддержания и укрепления бюрократической культуры на него возлагается роль специалиста-администратора, а специфика здравоохранения как социального института подразумевает упрочение органической культуры медицинского учреждения и управленческой роли руководителя как радетеля наемных работников, который реагирует на их нужды и способствует росту преданности делу и человеческих способностей персонала организации. Это подтверждается полученными нами данными: руководство берет на себя роль лидера, пользуется доверием коллектива;

групповые ценности ставятся выше индивидуальных, ценятся синхронность, параллельность, соблюдение групповых норм, о чем свидетельствуют высокие оценки организационной вовлеченности персонала. По данным проведенного исследования, главный врач одной из организаций успешно сочетает роль «родителя» (управленческая роль руководителя организации с органической организационной культурой) и «организатора-наставника» (управленческая роль руководителя организации с бюрократической организационной культурой), в том числе и за счет значительного (более 10 лет) опыта руководства своей организацией. Главный врач другой исследуемой организации на момент опроса исполняла свои обязанности чуть более года. При этом роль «родителя», уважаемого коллективом выполняет предыдущий руководитель, проработавший главным врачом более 20 лет и до настоящего времени остающийся в организации. Благодаря его поддержке и наставничеству смена руководства не привнесла диссонанс в органическую организационную культуру и не ослабила ее основные характеристики.

Полученные данные свидетельствуют, что сотрудники исследуемых учреждений здравоохранения разделяют принятую у них систему ценностей. При этом отмечается их низкая готовность к изменениям, возможно в связи с тем, что персонал не ощущает рыночной конкуренции с сотрудниками других подобных учреждений и сотрудники уверены в стабильности своего положения и положения своих организаций, относящихся к государственным учреждениям здравоохранения. Анализ данных, относящихся к пониманию сотрудниками исследуемых учреждений миссии своей организации, показывает, что они разделяют единое представление о целях, считают их реалистичными, и видят свои возможности в их достижении. При этом низкие оценки по шкалам «стратегия» и «видение», на наш взгляд, также отражают специфику функционирования организаций государственного сектора здравоохранения, сотрудники которых не считают ясным для себя стратегическое направление развития своей организации и не видят

существенного влияния стратегии их организации на действия конкурентов. Несмотря на удовлетворительную в целом оценку клиентоориентированности обеих организаций, необходимо учитывать, что повышению клиентоориентированности уделяется все большее внимание в современном медицинском менеджменте, в связи с чем мы считаем данное направление потенциальной зоной роста для государственных учреждений здравоохранения.

Безусловно, на эффективность социально-трудовых отношений в медицинских организациях, в том числе и на силу организационной культуры, оказывает влияние успешность реализации основных функций кадровой работы. В связи с этим авторами было разработано и проведено социологическое исследование «Применение современных технологий управления персоналом в медицинских учреждениях г. Москвы» (октябрь 2011г. - декабрь 2012г., г. Москва, анкетный опрос специалистов руководящего звена медицинских учреждений г. Москвы, N=102; ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). Исследование выявило области для совершенствования социального управления персоналом медицинских организаций за счет оптимизации применения современных методов и технологий при реализации следующих функций кадровой работы: планирование потребности в персонале; анализ деятельности сотрудников; кадровая политика подбора персонала; отбор персонала на имеющиеся вакансии; процедуры адаптации персонала; кадровая политика развития персонала; мотивация труда сотрудников; оценка деятельности сотрудников. Так, согласно полученным данным, планирование потребности в персонале в настоящее время не осуществляется третью руководителей, при этом половина использующих данный метод испытывают затруднения. Анализ деятельности сотрудников используется преимущественно в организационно-штатной политике (66,7%), при этом остается нереализованным существенный потенциал данного метода. Существуют расхождения между применяющимися в настоящее время в медицинских

организациях методиками подбора персонала на имеющуюся вакансию и потребностями руководителей в информации о соискателях. Большинство руководителей медицинских организаций не имеют предпочтений в кадровой политике: при необходимости заполнить появившуюся вакансию 69,6% из них «действуют по ситуации» и лишь 10,8% предпочтут принять на работу сотрудников из других организаций и молодых специалистов после интернатуры и ординатуры. Исследование выявило положительное влияние применения процедур адаптации на проблемы с коллективом у новых сотрудников, однако их внедрению препятствует негативное отношение руководителей, 34,3% из которых считают процедуры адаптации «бесполезными», «не имеющими смысла». Согласно данным опроса, кадровая политика развития персонала не отвечает современным тенденциям и концепции непрерывного образования - так, лишь треть руководителей поощряет занятия сотрудников учебной и научной деятельностью, только в трети организаций используется наставничество, а обучение сотрудников необходимым немедицинским навыкам – в одной из десяти организаций. Система мотивации персонала «не является прозрачной и эффективной» по мнению 35,3% руководителей; при этом молодые управленцы склонны злоупотреблять негативными формами стимулирования труда. Также, исследование позволило определить приоритеты руководителей в оценке личных и профессиональных качеств сотрудников при аттестации персонала и показало, что организационный и управленческий потенциал процедур оценки деятельности сотрудников медицинских организаций в настоящий момент не реализован.

Таким образом, мы можем заключить, что совершенствованию системы социального управления, социальной организации медицинских коллективов и повышению качества предоставляемых медицинских услуг может способствовать сильная организационная культура, при этом ее формирование является одной из основных задач управленческой деятельности, в настоящий момент не реализованной в учреждениях

здравоохранения. Также необходимо отметить, что существует значительный потенциал повышения качества управленческого воздействия на социально-трудовые отношения в медицинских коллективах при реализации большинства функций кадровой работы. Сложившиеся в настоящий момент экономические, юридические и организационные предпосылки позволяют сделать вывод о целесообразности внедрения в практику медицинских управленцев современной технологии управления персоналом – кадрового консультирования [6; 3]. Одно из ее преимуществ для учреждений здравоохранения в том, что ситуационно-ориентированные комплексы методов, которые обеспечивают эффективную кадровую работу должны соответствовать культурно-историческим традициям, современным условиям социально-экономического развития, специфике организации и отвечать требованию практической результативности. Указанные приоритеты корреспондируют с научной точкой зрения А.В. Решетникова, который указывает, что стратегии управления (как и сами принципы социального управления) «должны всегда оставаться открытыми для дополнений, изменений, основанных на новом опыте, его анализе, осмыслении и обобщении» [7] в конкретных обстоятельствах жизнедеятельности организации. Создание специализированной организации управленческого консультирования в сфере здравоохранения, обладающей знанием специфики функционирования медицинских организаций разных типов и особенностей их организационной культуры, на наш взгляд, будет способствовать повышению эффективности социального управления медицинскими коллективами, в том числе за счет оптимизации применения современных персонал-технологий.

Библиографический список

1. *Denison D.R.* What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars // *Academy of Management Review*. 1996. № 21 (3). P. 619–654

2. *Martin J.* Organizational Culture // The Blackwell Encyclopedic Dictionary of Organizational Behavior. Oxford, England: Basil Blackwell Ltd., 2005. P. 272–278.

3. *Базаров Т.Ю.* Управление персоналом., М., Академия, 2008.

4. *Камерон К., Куинн Р.* Диагностика и изменение организационной культуры. СПб., Питер, 2001.

5. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – Россия, 2009. – 56 с.

6. *Решетников А.В.* Конфликт как инструмент управления в здравоохранении// Социология медицины №2(13) 2008г. – С.3-15.

7. *Решетников А.В.* Социальное управление в здравоохранении с позиции социологии медицины (Часть I)// Социология медицины №1(10) 2007г. – С.3-7.

8. *Решетников А.В.* Социология медицины: руководство. – М.: Изд-во «ГЕОТАР-Медиа», 2010.

9. *Тихомирова О.Г.* Организационная культура: формирование, развитие и оценка, ИТМО, СПб, 2008.

10. *Фей К.Ф., Дэнисон Д.Д.* Организационная культура и эффективность: пример изучения иностранных компаний в России// Персонал-Микс, №2 (3) 2001.

С.А. Ефименко, И.В. Слюсарь, К.В. Шуть,

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОЦЕНКАХ ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. МОСКВЫ

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение качества медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости, потребностям населения, а также передовым достижениям медицинской науки. Первые шаги в направлении достижения заявленной цели были сделаны в 2011-2012 гг. в ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения. На данном этапе реформирования здравоохранения приоритетными задачами были:

- укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- внедрение современных информационных систем в здравоохранении;
- внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами специалистами.

В настоящее время можно сделать первые выводы об эффективности принятых преобразований, основываясь на данных мониторинга финансовых, кадровых, материально-технических, демографических показателей и т.д. Вместе с тем, получить комплексную характеристику процессов происходящих в здравоохранении, невозможно без изучения

мнений конечных потребителей медицинских услуг – пациентов, которые и должны оценить степень достижения цели повышения качества и доступности медицинской помощи для населения.

В связи с этим в 2012 году НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова совместно с Московским городским фондом обязательного медицинского страхования было проведено медико-социологическое исследование с целью изучения удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи и оценки доступности для населения медицинских услуг, предоставляемых, в том числе врачами-специалистами. Анкетный опрос проводился среди пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы, работающих в Московской городской системе обязательного медицинского страхования.

В целях исследования для оценки доступности медицинской помощи и удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг в анкетах были использованы такие критерии, как: организация работы АПУ; своевременность предоставления медицинской помощи; наличие необходимых медицинских услуг; удовлетворенность квалификацией медицинских работников; удовлетворенность межличностными взаимоотношениями в системе «медицинский работник – пациент»; материальные расходы на медицинские услуги; профилактическая направленность работы АПУ; общая оценка преобразований, произошедших в АПУ за последние два года.

Кроме того, в анкетах были сформулированы вопросы, посвященные оценке удовлетворенности респондентов качеством и доступностью медицинской помощи, оказанной непосредственно врачами-специалистами. Исследовательский интерес был вызван рядом мер, предпринятых в ходе реализации Программы модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2012 годы, в числе которых были мероприятия, направленные на повышение укомплектованности медицинских организаций врачами-

специалистами, денежные выплаты врачам-специалистам стимулирующего характера и пр. Для объективности данных об изменениях в работе врачей-специалистов АПУ было принято решение формировать показатели на основе «оперативных» впечатлений о контакте с врачом-специалистом, а не на основе обобщенных характеристик, включавших продолжительный опыт. Для этого в качестве респондентов были выбраны пациенты, побывавшие в день опроса на приеме у врача-специалиста. Анкетирование проводилось на выходе из врачебного кабинета.

Социально-демографическая характеристика опрошенных. В ходе медико-социологического исследования было опрошено 402 респондента. Соотношение женщин и мужчин составило 2:1. Среди опрошенных большинство было в возрасте от 51 до 60 лет включительно (29,5%) и в возрасте от 41 до 50 лет (27,7%). Третья по представительности возрастная категория - от 31 до 40 лет (17,1%), чуть меньше в выборке было респондентов пенсионного возраста (от 61 года и старше - 15,4%).

Основную долю среди опрошенных составили респонденты с высшим (39,3%) и среднеспециальным образованием (31,3%). Распределение опрошенных по социальному статусу было следующим: служащие (35,4%), пенсионеры (15,9%), ИТР, специалисты (10,6%), рабочие (7,8%), научные работники, преподаватели (7,1%) и пр.

Среднедушевые доходы четверти опрошенных (24,4%) составляли от 10 000 до 15 000 руб., пятой части (20,7%) – от 15 000 до 20 000 руб., не значительно меньше (20,2%) было в выборке респондентов с доходами от 20 000 до 25 000 руб. на одного члена семьи. С самыми низкими доходами (менее 10 000 руб.) было 6,0% респондентов.

Кроме того, для реализации целей исследования очень важно было оценить частоту контактов респондентов с системой здравоохранения в течение последнего года. Так, по данным исследования, большинство опрошенных (35,8%) посетили врача в течение указанного периода от 3 до 6 раз, чуть больше четверти (28,2%) – от 1 до 3 раз, 16,5% - от 6 до 12 раз.

Таким образом, в течение последнего года большинство опрошенных достаточно часто пользовались услугами АПУ и могут, основываясь на собственном опыте, оценивать перемены, произошедшие в работе амбулаторно-поликлинического звена, а представительство в опросе основных половозрастных и социальных групп респондентов, являющихся потребителями медицинской помощи в системе ОМС – обеспечит репрезентативность полученных медико-социологических данных.

Доступность и качество медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами.

В исследовании приняли участие пациенты, посетившие в день опроса невролога (15,4%), кардиолога (11,9%), офтальмолога (10,9%), отоларинголога (8,0%), уролога (8,0%), эндокринолога (7,5%) и др. Следует отметить, что по данным медико-социологического мониторинга МГФОМС, невролог, эндокринолог, офтальмолог, отоларинголог, кардиолог в течение последних трех лет в разной последовательности входили в рейтинг самых востребованных и, в то же время, «недоступных» врачей-специалистов, поэтому очень важно, что пациенты именно этих врачей составили такую большую долю в выборочной совокупности.

Сроки ожидания приема врача-специалиста (с момента записи) по данным исследования можно считать вполне приемлемыми: достаточно оперативно (в день записи) смогли попасть на прием чуть более трети респондентов (34,4%), такое же количество опрошенных (34,4%) ожидали приема от 2 дней до недели, 23,4% - попали к врачу на следующий день после записи и только 7,7% респондентов ожидали приема свыше недели. В очереди перед кабинетом врача-специалиста большинство опрошенных (44,1%) провели от 15 до 30 минут, почти треть респондентов (31,7%) ожидали врачебного приема не более 15 минут, 17,7% - находились в очереди от 30 минут до 1 часа. Две трети опрошенных (65,8%) в целом

остались удовлетворены продолжительностью врачебного приема, однако 34,2% остались недовольны.

Качеством медицинской помощи, оказанной врачом-специалистом, были в разной степени удовлетворены 74,9% респондентов. Среди основных причин вызвавших неудовлетворенность работой врача-специалиста были названы такие как, невнимание врача к пациенту (15,5%), излишняя торопливость в работе (13,2%), неясность объяснений (12,9%), необщительность (10,5%), невежливость (8,3%), низкий профессиональный уровень (7,9%), небескорыстность (5,2%).

Организация работы поликлиники.

Организация работы поликлиники во многом зависит от организации работы регистратуры. Правильная организация записи пациентов на прием с использованием современных информационных технологий, возможность получения от работников регистратуры информации о режиме работы АПУ, отдельных подразделений, врачей, о наличии необходимых услуг и пр. во многом определяют доступность для населения медицинской помощи, предоставляемой в первичном звене системы здравоохранения.

В последние годы в столичных АПУ было сделано многое для упрощения записи пациентов на врачебный прием. Поэтому, в ходе исследования респондентам был задан вопрос о существующих формах записи в АПУ, услугами которого они пользуются. Так самая распространенная пока еще форма записи – «в регистратуре в любое удобное время» - ее отметили 57,7% опрошенных. Достаточно широко распространены специальные информационные киоски (панели), находящиеся в АПУ – ими пользуются 55,1% респондентов. Очень часто опрошенные записываются на врачебный прием по телефону (47,5%). Пятая часть респондентов (20,9%) использует для этих целей Интернет. И только в 13,3% случаев опрошенные указали на то, что в их поликлинике записаться

на прием можно только лично посетив АПУ утром в день приема – в это время и только на текущий день в регистратуре можно взять талон.

В большинстве случаев (86,5%) в регистратуре поликлиники возможно получить по телефону справочную информацию о режиме работы АПУ, режиме работы отдельных врачей, подразделений, о предоставляемых медицинских услугах.

Респонденты достаточно позитивно оценили перемены, произошедшие в работе регистратуры АПУ за последний год: 39,8% опрошенных отметили улучшения, почти четверть (24,8%) - значительные улучшения, при этом доля негативных оценок незначительна.

Удовлетворенность режимом работы АПУ – еще один значимый фактор, характеризующий организацию работы АПУ и доступность для населения медицинской помощи. Особенно важен анализ данного показателя в разрезе таких групп потребителей медицинской помощи, как работающее и неработающее население. Зачастую режим работы АПУ совпадает с режимом работы занятого население, что ограничивает возможности получения бесплатной медицинской помощи для данной социальной группы.

По данным медико-социологического опроса режимом работы АПУ в той или иной степени довольны 66,6% из общей совокупности респондентов. Среди неработающего населения удельный вес «удовлетворенных» несколько ниже – 64,1%. И, как ни странно, в подвыборке работающих респондентов данный показатель составил 69,9%.

Своевременность предоставления медицинской помощи.

Эффективность организации работы АПУ в конечном итоге находит отражение в показателях, характеризующих своевременность предоставления медицинской помощи. От того насколько во время пациент сможет получить квалифицированную медицинскую помощь, зависит эффективность и продолжительность лечения. В рамках настоящего исследования были изучены существующие в АПУ Москвы возможности своевременного

получения медицинской помощи на дому, возможности своевременного получения терапевтической помощи и помощи врачей-специалистов. По данным опроса у подавляющего большинства респондентов (95,1%) не было никаких проблем с вызовом врача на дом и сроками ожидания его прибытия. Почти столько же опрошенных (93,6%) указали, что в случае необходимости для них всегда доступна помощь участкового врача-терапевта. Возможность получения медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами ограничена – практически пятая часть респондентов (19,1%) указали на то, что не всегда в случае необходимости могут своевременно получить специализированную медицинскую помощь.

Комплекс предоставляемых медицинских услуг.

Доступность медицинской помощи во многом определяется знаниями населения о возможностях получения в АПУ по месту прикрепления тех или иных видов медицинских услуг. По данным исследования более чем половина опрошенных (58,2%) знают о том, какие медицинские услуги в случае необходимости они могут получить в своей городской поликлинике по месту прикрепления. При этом респонденты в возрасте от 31 до 50 лет, информированы по данным вопросам несколько лучше, чем молодые респонденты (до 30 лет) и респонденты предпенсионного и пенсионного возраста (от 51 года и старше).

Сведения о комплексе медицинских услуг, предоставляемых АПУ, респонденты получают из информационных стендов в АПУ (64,6%), от работников регистратуры (51,9%), от медицинских работников (39,8%), на сайте АПУ (28,2%).

Большинство опрошенных (38,2%) вполне удовлетворены тем объемом медицинской помощи, которую они могут получить при необходимости в своей поликлинике. Многие затруднились ответить на данный вопрос (27,9%), что связано с невысоким уровнем информированности.

Относительно возможности получить необходимые медицинские услуги, которые в АПУ по месту прикрепления не оказываются, следует отметить, что 60,5% опрошенных не испытывали проблем с получением направления в другое медицинское учреждение, у 16,1% - были трудности, а 23,4% затруднились ответить на данный вопрос ввиду отсутствия подобного опыта.

Профессиональный уровень врачей АПУ, взаимоотношения в системе «врач-пациент».

Удовлетворенность качеством медицинской помощи во многом зависит от профессионального уровня медицинских работников, от взаимоотношений, которые складываются между врачом и пациентом в ходе лечения.

По данным настоящего исследования пациентов АПУ вполне устраивает уровень профессиональной подготовки как врачей-терапевтов, так и врачей-специалистов (соответственно 4,15 и 4,27 баллов по пятибалльной шкале, где 5 – max). Подобным образом респонденты характеризуют отношение врачей-терапевтов и врачей-специалистов к пациентам во время приема (4,05 и 4,21 балла).

Важной частью работы любого врача является общение с пациентами. Доступность, понятность изложения информации, готовность дать пациенту разъяснения, ответить на вопросы, способность прислушаться к человеку – все это в конечном итоге определяет характер взаимоотношений, складывающихся между медицинским работником и пациентом, а также непосредственно влияет на эффективность процесса лечения. Как показали результаты опроса, информационное взаимодействие врачей и пациентов можно считать вполне удовлетворительным. Так, по мнению подавляющего большинства опрошенных (73,4%) врачи предоставляют своим пациентам достаточный объем информации о состоянии здоровья, способах лечения и

т.п. Удельный вес респондентов, которые бы хотели получать от медицинских работников большее количество информации, составил 19,7%.

Пациентам в основном понятно то, что объясняет врач (83,9%). Если возникают сложности в понимании, то они связаны, прежде всего, с тем, что врачи в разговоре с пациентами используют много специальных терминов (46,0%), пишут неразборчиво (37,1%), говорят быстро и не повторяют (16,9%). В случае возникновения вопросов по поводу назначенных медицинских препаратов, процедур, анализов, исследований врачи разъясняют необходимость назначений (93,9%).

Более половины опрошенных (54,4%) указали в своих анкетах, что врачи АПУ, назначая лечение, склонны прислушиваться к мнению пациентов.

Платность медицинской помощи, проблема «теневых платежей».

В рамках настоящего исследования была предпринята попытка оценить масштабы потребления платной медицинской помощи, предоставляемой в АПУ Москвы официально, а также выявить распространение и мотивы такого явления как «теневые платежи». Несмотря на то, что для повышения доступности медицинской помощи АПУ могут оказывать платные медицинские услуги (вне основного времени приема и т.д.), широкого распространения в работе столичной системы здравоохранения данная практика не получила. Среди опрошенных только десятая часть (9,4%) сталкивалась с предложением получить амбулаторную помощь за деньги. Платить приходилось за консультацию врача-специалиста, за лабораторные исследования (анализы), за врачебные процедуры и манипуляции (массаж, уколы, физиопроцедуры и др.).

Особый интерес для исследования представляла проблема неофициальных материальных выплат со стороны пациентов лично медицинским работникам. Почти треть респондентов (30,2%) подтвердили, что при получении медицинской помощи тратили средства из семейного

бюджета на «благодарность» медицинским работникам. Вместе с тем масштабы данного явления в 2012 г. статистически значимо меньше, чем в начале 2000-х (по данным опроса МГФОМС, проведенного в 2000 г., с «теневыми» платежами сталкивались 69,1% опрошенных). Следует отметить, что инициаторами «благодарности» в большинстве случаев выступают сами пациенты (77,6%) и только 22,4% случаев «теневых» платежей связаны, по сути, с вымогательством со стороны медицинских работников.

Профилактическая работа в АПУ.

Понятие качественной медицинской помощи в настоящее время неразрывно связано с наличием в ее структуре профилактического звена. В этой связи особое значение приобретает работа, проводимая на уровне городских АПУ. Именно здесь принципы и подходы профилактической работы, ранней диагностики должны реализовываться максимально полно. Следует отметить, что в последние годы в столице в данном направлении было сделано не мало: открыты и работают Центры здоровья, организуются профилактические кабинеты в АПУ, выделяются финансовые ресурсы на проведение дополнительных диспансеризаций разных групп населения и многое другое. Для изучения распространения профилактической работы с населением в АПУ, эффективности проведения диспансеризаций, в анкете был предусмотрен отдельный блок вопросов.

Результаты медико-социологического опроса показали, что в основном врачи амбулаторно-поликлинического звена уделяют достаточное внимание профилактике заболеваний – так ответила половина респондентов (52,3%). Настораживает тот факт, что более трети опрошенных (37,8%) затруднились ответить на вопрос профилактической направленности работы врачей АПУ, что может свидетельствовать, как об отсутствии какой бы то ни было профилактики, так и о низкой осведомленности населения в вопросах самосохранительного поведения, здорового образа жизни. Среди основных практических мер, рекомендованных респондентам в течение последних 2-3-

лет были названы: вакцинация от гриппа (65,1%), диспансеризация (64,3%), обследование (52,3%), диета, здоровое питание (47,1%), отказ от вредных привычек (45,3%), посещение Центра здоровья (44,5%), лечебная физкультура (30,7%).

Более чем две трети респондентов (69,7%) на момент опроса имели опыт прохождения диспансеризации в АПУ по месту прикрепления. Оценивая качество проведения диспансеризации подавляющее большинство респондентов (82,4%) отметили что, все было организовано хорошо, поэтому диспансеризация не заняла много времени, десятой части опрошенных (11,1%) приходилось подолгу ждать врачей, а 6,5% респондентов хотя и не затратили много времени на диспансеризацию, но при этом остались не довольны, так как врачи были недостаточно внимательны и относились ко всему формально.

Направленность изменений в системе здравоохранения, общие оценки качества и доступности медицинской помощи.

В заключение опроса респондентам было предложено отметить, какие же изменения произошли на этапе реализации Программы модернизации здравоохранения г. Москвы в 2011-2012 году непосредственно в их АПУ, а также оценить характер и направленность данных преобразований.

В качестве изменений, произошедших в АПУ Москвы в течение последних двух лет, респонденты чаще всего отмечали, что был сделан ремонт (63,9%), закуплено новое современное оборудование (42,9%), появились компьютеры (39,2%), больше стало врачей-специалистов (17,7%). При этом 17,9% респондентов вообще не отметили никаких перемен.

Более половины респондентов (56,0%) в целом отметили положительное влияние на качество и доступность медицинской помощи, изменений, произошедших в работе АПУ в течение последних двух лет. Вместе с тем, очень многие (41,0%) затруднились дать оценку преобразованиям, что еще раз свидетельствует о низкой информированности населения о процессах, происходящих в системе здравоохранения.

Принимая во внимания актуальность проблемы доступности медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами, в анкете был сформулирован отдельный вопрос о характере преобразований в данном направлении. Результаты показали, что в настоящее время стало проще попасть на прием к врачу-специалисту – так думает половина опрошенных (50,4%). Повышение доступности медицинской помощи врачей-

специалистов респонденты связывают с улучшением организации приема (45,6%) и увеличением числа врачей-специалистов (19,4%).

В целом почти треть опрошенных (31,3%) никаких перемен в доступности медицинской помощи не отметили. В целом качеством медицинской помощи, оказываемой в АПУ системы ОМС г. Москвы, удовлетворены 56,7% респондентов.

В завершении опроса респондентам было предложено высказать свои предложения и пожелания по улучшению качества и повышению доступности медицинской помощи в АПУ. Чаще всего в своих ответах респонденты отмечали необходимость увеличения количества врачей, работающих в АПУ – частота упоминания составила 7,7% по выборке. В том числе, необходимо увеличить численность врачей-специалистов (3,5%) и численность участковых терапевтов (2,2%). Кроме того, респонденты писали, что существует необходимость оснащения АПУ современным оборудованием, расширять спектр медицинских услуг, предоставляемых в поликлиниках. Также следует повысить заработную плату медицинским работникам и избавить врачей от «бумажной работы».

В статье представлены результаты медико-социологического исследования, проведенного в 2012 году в амбулаторно-поликлинических учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования г. Москвы, в ходе которого была дана оценка основных показателей качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой, в том числе врачами-специалистами, а также реформ, предпринятых в течение 2011-2012гг. в системе столичного здравоохранения.

Библиографический список

1. *Ефименко С. А.* Концептуальные подходы к изучению понятия «пациент» и роли пациента // Социология медицины. – 2007. - № 2. – С. 10-17.
2. *Решетников А. В.* Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. – 2001. - № 1. – С. 38-41.
3. *Решетников А. В.* Социология медицины: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 864 с.
4. *Решетников А. В., Ефименко С.А.* Социология пациента. – М.: Здоровье и общество, 2008. – 304 с.
5. *Решетников А. В.* Медико-социологический мониторинг: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 800 с.

Е.Е. Жарова,

Тульский государственный университет, Тула

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Сегодня политические и социально-экономические реформы в России затронули глубинные пласты устоев российского социума, изменили привычные представления населения о жизни. Это привело не только к возникновению трудностей при формировании современных жизненных стратегий, но и затруднило саму возможность их возникновения.

Все социологические, статистические, публицистические материалы констатируют глубокий структурный и функциональный кризис института семьи. Обследование семей различного социально-демографического типа позволило установить, что в современных условиях за чертой бедности оказались не только социально уязвимые семьи (многодетные, неполные и т.д.), но и благополучные. Объективно на семейный образ жизни влияют такие факторы, как разложение сложившейся социальной инфраструктуры, разрушение общественных фондов потребления при низком уровне реальных доходов большинства семей, коммерциализация сфер здравоохранения и образования, нестабильность доходов, рост безработицы.

Проблемы семьи касаются каждого человека. Они затрагивают самые различные группы и слои – молодежь, взрослых, детей, пожилых и т.д. Самочувствие семьи и процессы, которые влияют на ее функционирование, не могут не волновать также общество и государство, так как устойчивость этого социального института напрямую связана с социальной безопасностью и перспективами национального развития.

Сложившаяся ситуация со всей остротой поставила вопрос о выживании и социальном благополучии личности и семьи в меняющемся социуме. Привычным становится существование в обществе так называемых «социально незащищенных», «неблагополучных», «дисфункциональных»,

«социально нетипичных», «педагогически запущенных», «дезинтегрированных» социальных групп и семей.

Одним из предназначений семьи является воспроизводство нового поколения и воспитание его. Маленький человек в своей семье усваивает нормы и правила человеческого поведения, идет его приобщение к культуре. Семья воспитывает будущую личность, будущего полноправного участника общественных отношений, который будет вершить историю своей страны и общества, в котором он живет.

Все чаще исследователи, занимающиеся изучением проблем современной семьи, отмечают снижение ее педагогического потенциала и престижа семейных ценностей, рост преступности в сфере семейно-бытовых отношений и повышение риска подверженности детей неврозам из-за неблагоприятного психологического климата в семье. Эти и другие признаки дезорганизации семьи свидетельствуют о кризисности современного этапа ее развития и увеличении количества неблагоприятных семейных союзов.

Неблагополучные семьи – это семьи с низким социальным статусом в какой-либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно, не справляющиеся с возложенными на них функциями. Их адаптивные способности существенно снижены, процесс семейного воспитания ребенка протекает с большими трудностями, медленно и мало результативно. Главной особенностью таких семей является отрицательное, разрушительное, негативное влияние на формирование личности ребенка, которое проявляется в виде разного рода ранних поведенческих отклонений. Дети из неблагоприятных семей нуждаются в социальной защите и помощи со стороны общественных институтов и государства, поскольку данные семьи не справляются с возложенными на них обязанностями.

Семья, несмотря на негативные тенденции, происходящие с ней как с общественным институтом, остается основной формой социализации личности и общественного воспроизводства российского общества. Вместе с тем, именно семья в большей степени, по сравнению с другими институтами,

подвержена негативным воздействиям. Неблагополучная семья имеет еще меньше возможностей для выживания в обществе рисков.

Для определения наиболее эффективной формы работы с семьей необходимо очень хорошо знать ее проблемы. В какой помощи нуждается семья и как ей эту помощь предоставить? Довольно часто специалисты, которые призваны оказывать помощь семье, затрудняются ответить на вопрос, какой именно вид помощи необходим: экономическая, медицинская, социальная, педагогическая, психологическая; возможно семье требуется помощь в уходе за детьми.

В работе с семьей необходимо выделять те направления помощи, которые позволяют сконструировать действия специалистов в тех проблемах, в которых семья испытывает наибольшее затруднения. Однако порой непросто бывает установить отношения сотрудничества с неблагополучной семьей. Увы, нежелание сотрудничать часто оказывается обоюдным – как со стороны семьи, так и со стороны социальных служб и учреждений.

Безусловно, существует причинно-следственная связь между, например, алкоголизмом родителей и проблемным поведением и нарушениями развития у детей. Однако при работе с семьей следует обращать внимание не только на недостатки, которые привели к возникновению проблемы. Работа строится не только на поиске и устранении причин проблемы, но и на использовании ресурсов семьи. Это могут быть незаметные на первый взгляд способности и интересы членов семьи, сохраненные отношения с другими людьми, любовь между детьми и родителями. Ресурсами могут быть и особенности характера, которые могли бы помочь человеку измениться. Однако часто бывает так, что внутренних ресурсов недостаточно для изменения ситуации. Тогда целесообразно подумать о внешних ресурсах, которые помогли бы семье преодолеть кризисную ситуацию (материальные ресурсы, помощь в трудоустройстве, эмоциональное принятие, своевременная медицинская или психологическая помощь).

Важный процесс, который формирует не просто личность, но и создает человека в целом - социализация. В тех случаях, когда семья данного ребенка не может создать ему должных условий для социализации, обусловленных уровнем требований общества, когда она не может обеспечить факторы воспитания, адекватные природным задаткам именно этого ребенка, со всеми его сильными и слабыми сторонами, когда, наконец, у ребенка нет семьи и он воспитывается в стационарном учреждении, принято говорить о неадекватной социализации.

Однако семья не единственный институт, выполняющий социализирующую роль. Функцию социализации с семьей разделяют другие институты, в особенности институты образования. Поскольку среднее образование в большинстве обществ является обязательным, школа этого уровня представляет собой неременную ступень и элемент социализирующего процесса, которая не только доставляет детям определенный набор знаний, но также прививает соответствующие возрасту социальные навыки и поведенческие нормы.

В Семейном кодексе РФ закреплены три формы устройства детей в семьи: усыновление, опека и попечительство, приемная семья. Однако Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей выделяет еще две формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей: создание патронатной семьи и временная передача детей в семьи. Традиционно для России основной формой семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является опека. Как правило, опекунами становятся кровные родственники (бабушки), подавляющее большинство которых – лица пенсионного возраста.

Мотивы установления опеки в родственных и неродственных семьях кардинально различаются, однако в любом случае ребенок получает возможность реализовать свое право «жить и воспитываться в семье».

Наметившаяся тенденция сокращения численности детей, передаваемых на воспитание в семьи граждан, обуславливается сокращением

числа выявляемых ежегодно детей, оставшихся без попечения родителей, а также сокращением численности воспитанников, находящихся под надзором в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Между тем, следует отметить, что численность детей, переданных на усыновление российским гражданам, постоянно проживающим на территории Российской Федерации, существенно не меняется.

Большинство (80 %) выявляемых детей, оставшихся без попечения родителей, по-прежнему составляют дети, лишившиеся родительского попечения по «социальным» причинам. Эти данные свидетельствуют о несвоевременном выявлении проблем семейного неблагополучия, отсутствии комплексной профилактической работы с семьей на ранней стадии кризиса, как следствие, о недостаточно высокой эффективности деятельности по профилактике социального сиротства.

К проблемам, связанным с семейным устройством детей, оставшихся без попечения родителей, относятся отказ от детей и возвращение их в детские дома, физическое, сексуальное и психологическое насилие над приемными детьми, неисполнение родительских обязанностей. При этом согласно опросам, каждый третий россиянин считает наиболее приемлемой формой воспитания детей в современных условиях усыновление в семью.

Основными проблемами в области социальной защиты детей из неблагополучных семей являются несвоевременность выявления семейного и детского неблагополучия, частое сведение помощи к материальной поддержке, отсутствие комплексной профилактической работы с семьей на ранней стадии кризиса, отсутствие адресности, недостаточно высокая эффективность деятельности по профилактике социального сиротства.

Остро стоит проблема домашнего насилия над детьми. В последние три года в России было отменено около 3 тыс. решений об устройстве детей в семьи по причине невыполнения усыновителями, опекунами, приемными родителями обязанностей по содержанию и воспитанию детей, жестокого обращения с ними.

Последствия таких форм наказания детей, как моральное, психологическое, эмоциональное, физическое, формируют повышенное чувство опасности, зависимости от потребностей, желаний, надежд и страхов семьи; малоразвитость или разрушение положительных эмоциональных отношений с близкими.

Основными результатами такой распространенной формы насилия над детьми, как физическое, являются, по мнению социальных психологов, бесконтрольная агрессивность, импульсивность, отсутствие базового доверия к людям, беспричинные депрессии. Последствиями пережитой травмы может являться возникновение острого состояния страха. Кроме того, отсроченными последствиями физического насилия могут быть садистские наклонности, проявление конфликтных форм взаимодействия, которые получают распространение в социуме, особенно среди молодежи, что часто связано с опытом физического насилия в детстве.

Причины и следствия семейного насилия над детьми во многом связаны с правовым и культурно-образовательным аспектом проблемы. Характерными факторами, обуславливающими укорененность и распространение этого явления в современных условиях, выступают издержки правовой некомпетентности родителей и детей, педагогическая ограниченность взрослых и т.д.

Политика государства, в особенности, когда она направлена на такой достаточно автономный социальный институт, каким является семья, должна быть исключительно деликатной и гибкой. При этом речь идет в основном о создании условий, которые сама семья может оценить как благоприятные, стимулирующие.

Изъятие ребенка органами опеки обязательно должно сопровождаться вопросами: «А все ли службы сделали для того, чтобы сохранить семью?» и «Что можно сделать, чтобы семью восстановить?». Охрана прав ребенка не сводится к задаче «своевременного» изъятия его из семьи неблагополучной и нахождения для него замещающей семьи. Кроме того, негативно сказывается

на решении этой проблемы традиционная отнесенность функции опеки и попечительства к ведению органов образования.

Все это свидетельствует о том, что система социальной защиты детей из неблагополучных семей нуждается в качественной реорганизации.

С целью выявления условий, субъектов и методов социальной защиты детей из неблагополучных семей, в апреле 2012 года нами был проведен экспертный опрос, эмпирическим объектом которого были сотрудники социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних, специалисты органов опеки и попечительства, социальные педагоги, учителя, специалисты по делам несовершеннолетних при УВД г. Белёва. Основу выборки составили 16 специалистов. Данный выбор определяется тем, что Белевский район является типичным регионом Российской Федерации по основным социально-экономическим показателям. Следовательно, данный район в целом является представительным при изучении процесса социальной защиты детей из неблагополучных семей и выводы, полученные в результате исследования, можно экстраполировать на Российскую Федерацию.

Для понимания процесса социальной защиты неблагополучных семей, мы обратились к разным его составляющим: рассмотрели признаки и причины неблагополучия в семьях, выявили особенности социализации ребенка из неблагополучной семьи, определили эффективность форм и методов работы, используемых в социальной работе с детьми, находящимися в социально опасном положении и их семьями, а так же, как, по мнению экспертов, можно помочь детям из неблагополучных семей, кроме существующих методов.

Среди причин семейного неблагополучия эксперты выделили такие показатели как пьянство родителей, материальный недостаток, отсутствие постоянного места жительства, отсутствие постоянного заработка; неразвитость инфраструктуры в городе, непонимание со стороны окружающих, чрезмерная занятость родителей (при возможном высоком материальном доходе). При этом педагог-психолог отметил, что

материальные причины занимают одно из последних мест в ряду причин, вызывающих семейное неблагополучие.

Анализ переменной «применение насилия над детьми» показал следующее. Экспертам был задан вопрос: «Согласны ли Вы с утверждением: «В неблагополучных семьях насилие над детьми применяется чаще, чем в благополучных»? Если да, то почему?».

Категоричным «да» на этот вопрос ответили 5 из 16 экспертов. Свой ответ все, утвердительно ответившие эксперты аргументировали тем, что насилие над детьми в неблагополучных семьях объясняется образом жизни таких семей, - алкоголизм, наркомания и т.д. Кроме того, насилие над ребенком – основной воспитательный прием в таких семьях.

Однако большинство экспертов считают, что в неблагополучных семьях насилие над детьми применяется не чаще, чем в благополучных. Большинство экспертов, – 11 из 16, ответили на данный вопрос категоричным «нет» и утверждают, что в благополучных семьях случаи применения насилия над детьми имеют место ровно столько, сколько и в неблагополучных семьях.

По мнению экспертов, чаще всего, в неблагополучных семьях применяются следующие виды насилия, - пренебрежение нуждами ребенка (моральная жестокость) и эмоциональное насилие.

Для исследования эффективности оказываемой социальной помощи, экспертам был задан вопрос: «Насколько эффективна государственная поддержка неблагополучных семей в целом? Какие, на Ваш взгляд, существуют недоработки и несовершенства в этой области?».

Инспектор по охране прав детства, школьный учитель и специалист социально-реабилитационный центра считают, что государственная поддержка неблагополучных семей, в целом, эффективна. Большинство же экспертов считают государственную поддержку неблагополучных семей неэффективной.

Среди несовершенств государственной социальной поддержки эксперты называют несвоевременность, большое количество формальностей при вмешательстве в семью, отсутствие адресности, ведомственная разобщенность органов, оказывающих помощь неблагополучным семьям и др.

Половина экспертов (8) считают, что, прежде всего, усовершенствование государственной политики в сфере семьи должно быть направлено на социальное обслуживание семей (оказание конкретной психологической, юридической, педагогической помощи, консультирование и т.д.). Это говорит о том, что выплата денежных пособий как метод социальной помощи неблагополучным семьям эксперты считают недостаточно эффективным.

Для более глубокого рассмотрения данного процесса помощи детям из неблагополучных семей экспертам был задан следующий вопрос: «Каким образом можно помочь детям из неблагополучных семей, кроме существующих методов?». Среди способов оказания социальной помощи детям из неблагополучных семей эксперты выделили: создание центров временного пребывания для детей и их родителей; усиление ответственности родителей перед государством, обществом, детьми; урегулирование экономических методов помощи неблагополучным семьям; организация семейного досуга и др.

С целью выявления степени информированности населения об условиях, субъектах и методах социальной защиты детей из неблагополучных семей в ноябре 2012 года нами было проведено социологическое исследование методом фокус-групповых интервью. Эмпирическим объектом исследования стало население в возрасте от 18 до 50 лет.

Таким образом, можно сделать следующие выводы. Среди причин семейного неблагополучия материальный недостаток занимает далеко не

первое место. Социализация ребенка в такой семье проходит с большими моральными, психологическими травмами.

Государственная поддержка неблагополучных семей недостаточно эффективна. Среди несовершенств государственной социальной поддержки: несвоевременность, большое количество формальностей при вмешательстве в семью; нечеткость формулировок в законодательстве; основной упор делается на выплате экономических пособий, что не для всех семей выступает помощью; отсутствие адресности в социальной помощи неблагополучным семьям; законы, касающиеся социальной защиты неблагополучных семей, не редактируются, не адаптируются под современные условия, под условия конкретного региона.

Население наиболее осведомлено о правовых и экономических методах государственной социальной поддержки детей из неблагополучных семей. Наибольшую оценку эффективности деятельности получил социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних. Кроме того, при оценке методов социальной защиты неблагополучных семей социально-реабилитационный метод также был оценен как «абсолютно эффективный».

При анализе видов социальной защиты неблагополучных семей было установлено, что, прежде всего, усовершенствование государственной политики в сфере семьи должно быть направлено на социальное обслуживание семей (оказание конкретной психологической, юридической, педагогической помощи, консультирование и т.д.). Выплаты денежных пособий как единственный метод социальной помощи неблагополучным семьям неэффективен.

Взаимодействие государственных органов и общественности должно заключаться в получении разрешения у соответствующих органов на общественную работу, связанную с поддержкой детей из неблагополучных семей; в финансировании различных проектов; в налаживании работы со СМИ.

Помощь и поддержку детям из неблагополучных семей необходимо оказывать, максимально приближая ее к месту, где непосредственно живет ребенок и его семья, т.е. по месту жительства. Главная задача государства не поместить его в социальное учреждение, а сохранить ребенка в его кровной семье и помочь ему и его семье. Оказание помощи и поддержка неблагополучных семей состоит в том, что специалисты, работающие с семьей, не берут на себя роль воспитателя, а все внимание направляют на развитие навыков у родителей, активизируют их возможности в воспитании своих детей.

Библиографический список

1. Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. М.: Изд-во МГУ, 2010. 304 с.
2. Лодкина Т.В. Социальная педагогика. Защита семьи и детства. М.: Издательский центр «Академия», 2009. 209 с.
3. Поддубная Т.Н. Социальная защита детства в России и за рубежом. М.: Издательский центр «Академия», 2008. 320 с.
4. Присяжная Н.В. Дети-сироты: постинтернатное жизнеустройство // Социологические исследования. – 2007. - № 1. - с. 54-64.
5. Решетников А.В. Социологическая теория формирования личности в обществе // Социология медицины. – 2004.- № 2. – с. 3.
6. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи. М.: ВЛАДОС_ПРЕСС, 2006. 218 с.
7. Шульга Т.И. Работа с неблагополучной семьей. М.: Дрофа, 2007. 254 с.
8. Мустаева Ф. А. Социальные проблемы современной семьи // Социологические исследования. - 2009. - № 7. - С. 108-112.
9. Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Профилактика семейного неблагополучия в условиях модернизации социального государства // Журнал исследований социальной политики. - 2010. - № 2. - С. 30-35.

10. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации // Информация Минтруда России от 28 декабря 2012г. [Электронный ресурс] // <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/7> (дата обращения: 25.04.13).

11. Семейный кодекс РФ (СК РФ) от 29.12.1995 № 223-ФЗ (принят ГД ФС РФ 08.12.1995).

12. ФЗ «Об опеке и попечительстве» № 48-ФЗ принят 24 апреля 2008 года // Законодательство об опеке и попечительстве. М.: ООО «Рид Групп», 2011. 180 с.

С.Ш. Жемчураева,
Грозненский государственный нефтяной технический университет
имени М.Д. Миллионщикова, Грозный

ВЛИЯНИЕ ЗИКРА НА ДУХОВНОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Религия – ислам, как специфическая форма сознания, имеет свои законы. Религия – власть совести, занятая спасением души человеческой, она выше власти интеллектуальной и политической и перемещает человека в область духовного, интеллектуального поиска. В исламе верующий должен «стремиться к уникальности собственной личности» [1], к самосовершенствованию. И в этом случае ни регионализм, ни национализм не могут препятствовать процессу познания. Ведь для простого верующего не важно, откуда и как пришла в его среду, к нему религия, важно, что она отвечает его нуждам и чаяниям, отражает его мировоззрение, мироощущение и миропонимание.

Вот некоторые морально-этические обязанности мусульман, установленные Кораном: уважение жизни человека; верность и порядочность; доброта и преданная благодарность родителям; помощь сородичам, соплеменникам и единоверцам в их нуждах; великодушие к зависимым от тебя [2].

Суфизм – одно из самых парадоксальных явлений религиозной культуры Востока. И в то же время – одно из самых устойчивых. Суфизм проходит сквозь века, словно не замечая великих государственных потрясений и смены вех в истории мировой цивилизации. Это не застывший вневременной реликт, а именно духовное течение [3]. Особенности суфизма широко изучены многими зарубежными [4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12] и отечественными исследователями [13; 14; 15; 16; 17].

Рассматривая суфизм, необходимо иметь ввиду некоторые специфические признаки этого течения ислама. Суфизм как религиозное мировоззрение и учение полагает постижение истины божества через «экстаз», внутреннее «озарение», поминание Аллаха, восхваление Аллаха и чтение священных текстов из Корана в сопровождение «зикра» - ритуала, который составляет основу суфизма. Для того чтобы приблизиться к Божественной благодати, мусульманин должен быть всегда и везде неизменно благочестивым и добродетельным, без срывов и отступлений. Стать таким помогает зикр [18]. Эти свойства закрепляются переживаниями экстаза во время духовных и физических упражнений. Суфизм стал религиозно-философским учением, способствующим адаптации исламского мира к многообразию меняющейся действительности, более того, разные суфийские тарикаты могут давать полноту самореализации людям разного образа жизни, разной психологической организации. В этом мудрость вековых обрядов. Путь к постижению Божественной истины, путь озарений, откровений, ощущений, длится всю жизнь суфия [19].

Зикр (араб. «поминание») — исламская духовная практика, заключающаяся в многократном произнесении молитвенной формулы, содержащей прославление Аллаха. Зикр совершается после завершения намаза, во время мавлидов, собраний (маджлисов) или в любое удобное для этого время. Зикр в исламе развился в основном как медитативная практика суфизма. Суфии называют зикр «столпом, на котором зиждется весь мистический Путь». Во время произнесения зикра исполнитель может совершать особые ритмизированные движения, принимать определённую молитвенную позу.

Наставник суфийского ордена – устаз (учитель) – это высшая духовная власть, которая разрабатывает свой путь (тарикат) к Всевышнему. Он – связующее звено между мюридами (ученик, последователь) и Аллахом, но его функции трактуются по-разному. Глубоко почитая его, мюриды возводят своего устаза в ранг посредника между ними и высшей субстанцией, тогда

как сами устазы ограничивают свои функции, считая себя только путепроводчиками по тарикату.

Шейх Кунта-Хаджи, родившийся в горном ауле Исти-Су (Мелча-Хи), примерно, в 1830 году, является самым ярким, общепризнанным во всем исламском мире чеченским святым-суфием, основателем суфийского братства зикристов. Кунта-Хаджи пришел в наиболее драматический час своего народа и действительно спас его дух не только от существовавших, но и от ожидавших его позже невероятных бед [20]. В 1994 году в г. Грозном вышла книга В. Акаева «Шейх Кунта - Хаджи. Жизнь и учение». В ней автор так объясняет особенности ислама, которые проповедовал Кунта-Хаджи: «...Суфийский тарикат способствовал распространению и укреплению ислама на Северном Кавказе в 19 веке, когда многие представители официального ислама перестали соблюдать нормы Корана и шариата, стали попира́ть права бедных в угоду местным эксплуататорам и царским чиновникам... Зикризм, будучи социальным движением и формой религиозной мысли, возник в конце Кавказской войны... Кунта-Хаджи появился на политической арене Чечни, когда уставший от непрерывной войны с царизмом народ нуждался в мирной передышке. Проповеди Кунта-Хаджи о мире, братстве, поддержке обездоленных, сирот соответствовали общему настроению, душевному состоянию народа. Главными в его проповедях были идеи непротивления злу насилием, отказа от военных действий против царизма, значительно превосходившего горцев по своей военной мощи, а также призывы к смирению».

В одной из проповедей Кунта-Хаджи Кишиев, по утверждению его мюридов, произнес: «Братья! Нас из-за восстаний становится все меньше и меньше. Дальнейшее сопротивление властям Богу не угодно! И если скажут, чтобы вы шли в церкви, идите, ибо они только строения, а мы в душе – мусульмане. Если вас заставят носить кресты, так это только железки, – носите их, оставаясь в душе магометанами. Но если ваших женщин будут унижать и насиловать, запрещать язык, культуру и обычаи, подымайтесь и

бейтесь до смерти, до последнего! Свобода и честь народа – это его язык, обычаи и культура, прощение друг другу обид и оскорблений, помощь вдовам и сиротам, разделение друг с другом последнего куска хлеба» [21].

Эта глубоко осмысленная речь Кунта-Хаджи выражала моральное, духовное состояние и социальное положение чеченцев, потерпевших поражение в Кавказской войне в 1859 году. В проповеди шейха просматривается обеспокоенность судьбой своего народа. Кунта-Хаджи предлагает смириться с поражением, выполнять требования царской власти. Но он тут же определяет предел смирению.

Как отмечает известный отечественный исследователь восточной философии М.Т. Степанянц, Кунта-Хаджи «прямо признавал законной любую власть, в том числе русских царей, считая ее лишь проявлением внешней жизни, а потому безразличной для духовного мира суфия» [22].

Красота этой практики зикра состоит в том, что к мистическому опыту Божественного становится причастным тело. Сочетая ритмичные движения телом с повторением зикра, создается храм и приглашается в него божественное.

Один из самых часто встречающихся памятований во время проведения зикра - «Лаа илааха илль Аллаа» - Нет Бога кроме Аллаха. Это памятование можно совершать в мыслях или вслух в любое время. Суфии также разработали определенные групповые практики с использованием зикра: в кругу сидя или стоя.

При групповом зикре используется также и особое дыхание. К дыханию суфии относятся очень трепетно... Дыхание для суфия – это источник его существования, источник внутренней гармонии человека и его связь с существованием. Дыхание не может принадлежать человеку, это тот дар, которым делится сущее, это жизненная сила Творца.

Практика зикра – это еще один способ раскрытия внутреннего мира и неисчерпаемого творческого потенциала человека... [23]. Суть взаимоотношений между суфием и Всевышним сформулирована в одном

стихе писания: «Вспомните же Меня, Я вспомню вас». Такая связь и искренняя, личная сосредоточенность на Творце и есть «зикр».

Библиографический список

1. *Бухараев Р.* Дорога Бог знает куда (Великий джихад). СПб., 1999. С. 249-250.
2. *Татунц С.А.* Уроки М.М. Ковалевского и Российский Кавказ. Вест. Моск. Ун-та. Сер.18. Социология и политология. 2001. №2. С. 47.
3. *Тираспольский Л.* Можно ли понять, что такое суфизм? // Наука и религия. 1996. №6. С. 48.
4. *Арберри А. Дж.* Суфизм. Мистики ислама. М., 2002.
5. *Идрис Шах.* Путь суфиев. М., 1993.
6. Из истории суфизма: источники и социальная практика. Ташкент, 1991.
7. *Иса Абдуль-Кадыр.* Истина суфизма. М., 2004.
8. *Мухаммедходжаев А.* Гносеология суфизма. Душанбе, 1990.
9. *Нурбахш Джавад.* Психология суфизма. М., 1996.
10. *Эрнст Карл В.* Суфизм. М., 2002.
11. *Инайят-Хан.* Суфийское послание о свободе духа. СПб., 1991.
12. *Тримингем Дж. С.* Суфийские ордены в Исламе. М., 1989.
13. *Абашин С.Н., Бобровников В.О., Огудин В.Л. и др.* Подвижники ислама: Культ святых и суфизм в Средней Азии и на Кавказе. М., 2003.
14. *Акаев В.Х.* Суфизм и ваххабизм на Северном Кавказе. М., 1999.
15. *Акаев В.Х. Шейх Кунта-Хаджи.* Жизнь и учение. Грозный, 1994. Хисматулин А.А. Суфизм. СПб., 1999.
16. *Габуня Г.Р.* Суфизм: возникновение и сущность // Религия и атеизм: история и современность. Махачкала, 1992.
17. *Касимова З.И.* Истоки, социальная сущность и причины распространения суфизма // Из истории суфизма: источники и социальная практика. Ташкент, 1991.

18. *Китаев-Смык Л.А.* Зикр, дарующий прозрение и силу // Наука и религия. 1996. №4. С. 26.
19. *Яхиев С.* Зикр // Наука и религия. 1996. № 6. С. 50-52.
20. *Магомедов Р.* Великий чеченец – эвлия Кунта-Хаджи Кишиев // Журнал Нана. 2004. № 6-7. С. 4-9.
21. *Акаев В.Х.* Нравственно-религиозное учение чеченского суфия Кунта-Хаджи Кишиева // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. 1995. №2. С. 27.
22. *Степанянц М.Т.* Этноконфессиональные процессы в современной России // Религия и идентичность в России. М. , 2003. С. 18.
23. Суфийская техника – Зикр (медитации и пение) <http://osoznanie.org/1957-sufiyskaya-tehnika-zikr-meditacii-i-penie.html> (дата обращения: 10.05.2013).

Т.Н.Жилина,
ГБОУ Первый Московский Государственный
Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА НА ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ

Одним из важнейших условий, обеспечивающих развитие здравоохранения, является применение современных организационных технологий и экономических методов управления. Одним из основных экономических методов управления медицинской деятельностью является система материального стимулирования медицинских работников посредством дифференцированной оплаты труда с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи.

Следует отметить, что, по мнению академика Решетникова А.В. «с позиции социального менеджмента экономические методы управления – это способы достижения целей на основе сознательного использования экономических законов, обеспечивающих единство интересов общества, коллектива и отдельной личности, заинтересованность человека в эффективных результатах производственной деятельности» [4].

Для достижения стратегической цели, повышения эффективности деятельности медицинских учреждений, 1 декабря 2008 года введена новая система оплаты труда (НСОТ), предоставившая большую экономическую самостоятельность руководителям лечебных учреждений при организации оплаты труда, выработке критериев оценки труда.

Основная задача внедрения НСОТ это уход от уравнительного принципа в оплате труда и повышение стимулирующей функции заработной платы.

Новые системы оплаты труда включают размеры окладов (должностных окладов), выплаты компенсационного и стимулирующего характера и устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством (ст. 135 ТК РФ)

Большинство регионов использовали элементы и принципы формирования новых систем оплаты труда, установленные на федеральном уровне. Такие как, самостоятельность руководителя учреждения в установлении размеров должностных окладов работникам и формировании штатного расписания, право разрабатывать и устанавливать стимулирующие выплаты в рамках конкретного учреждения здравоохранения.

Практика применения новой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения показала формальный подход в установлении должностных окладов, выплат стимулирующего характера. Это связано и с недостатком финансовых средств, необходимых для придания системам оплаты труда стимулирующих качеств, и с недостаточным уровнем разработанности критериев и показателей эффективности деятельности медицинского персонала в конкретных учреждениях здравоохранения. В основном стимулирующие выплаты связаны с объемными показателями (количество посещений, количество исследований и т.д.) или с финансовыми результатами, которые могут быть хорошими и при плохом лечении. Во многих учреждениях здравоохранения большая часть финансовых средств, выделенных на стимулирующие выплаты, направляется на выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет, которые снизить за низкие количественные и качественные показатели невозможно. Таким образом, установленные стимулирующие выплаты не всегда отражали реальные

конечные результаты процесса оказания медицинской помощи.

Несмотря на регулярное индексирование величины базовой части заработной платы на государственном уровне, во многих регионах она ниже установленного прожиточного минимума.

Важно отметить, что в трудовых договорах отсутствует четкая определенность трудовых функций работника. Описание этих функций носит общий характер и не отражает специфики деятельности конкретного работника.

По данным Росстата в 2011 году среднемесячная заработная плата работников государственного здравоохранения составила менее **18 000 рублей или 73,5%** от средней зарплаты по экономике. Средняя заработная плата работников муниципальных учреждений здравоохранения, которые составляют почти половину всех медицинских работников в РФ, составила **14 600 рублей** или 62, 7% от средней заработной платы по экономике страны. При этом наблюдается высокая межрегиональная дифференциация в оплате труда работников учреждений здравоохранения [6].

Таким образом, вопреки ожиданиям, введение НСОТ не оказало большого положительного влияния на рост заработных плат в сфере здравоохранения, не создало предпосылок для экономического стимулирования медицинских работников и для повышения качества оказываемой медицинской помощи.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики", в части оплаты труда работников бюджетной сферы, к 2018 году должны быть осуществлены мероприятия по повышению средней заработной платы врачей, преподавателей образовательных учреждений высшего профессионального образования и научных сотрудников, а также некоторых других категорий работников здравоохранения - до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе и доведению средней заработной платы

преподавателей и мастеров производственного обучения образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования, работников учреждений культуры, социальных работников, среднего медицинского (фармацевтического) персонала – до 100% средней заработной платы в соответствующем регионе.

В рамках реализации Указа Президента № 597 распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 года № 2190-р утверждена Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы, в которой предусмотрен комплекс организационных, методических и контрольных мероприятий, направленных на сохранение кадрового потенциала, повышение престижности и привлекательности работы в учреждениях здравоохранения, на обеспечение соответствия оплаты труда объему, сложности и качеству оказания медицинской помощи.

Для решения поставленных задач планируется переход медицинских организаций на «эффективный контракт».

Эффективный контракт - это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Примерная форма и содержание трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения утверждена в качестве приложения к Программе в соответствии со ст. 57 Трудового кодекса РФ.

В условиях перехода на эффективный контракт предусматривается актуализация квалификационных требований по должностям работников учреждений здравоохранения, формирование системы профессиональных стандартов на основе уровней квалификации и обобщенных требований к работникам, определяемых соответствующими показателями. Определен

комплекс мер направленных на необходимость совершенствования основных элементов системы оплаты труда, а также определения оптимального соотношения гарантированной части заработной платы и стимулирующих выплат.

Надежность заработной платы определяется, какую долю занимает ее гарантированная часть, к которой относятся тарифные ставки, оклады, компенсационные выплаты и надбавки. Практика показывает, что для обеспечения воспроизводства рабочей силы гарантированная часть заработной платы должна составлять в общем заработке рабочих и специалистов не менее 70%.

Для снижения негативного влияния субъективных факторов «эффективный контракт» в обязательном порядке содержит критерии и целевые показатели назначения стимулирующих выплат (их размер, сроки выплаты и условия назначения). Это способствует объективности, справедливости, прозрачности стимулирующих выплат, размер которых определяется в соответствии с оценкой качества и интенсивности работы медицинского персонала.

Основанием для повышения стимулирующей роли заработной платы, станет построение сквозных отраслевых систем показателей оценки деятельности учреждений здравоохранения, система оценки которых будет содержать показатели на уровне отрасли, региона, учреждения и отдельного работника: по принципу **"Российская Федерация - субъект Российской Федерации - учреждение - работник"**.

С 2011 года в соответствии с Федеральным законом от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений" изменились подходы к финансовому обеспечению деятельности учреждений.

Финансовое обеспечение оказания учреждениями государственных (муниципальных) услуг осуществляется путем предоставления субсидий

автономным и бюджетным учреждениям на выполнение государственного (муниципального) задания из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации, а для казенных учреждений - путем доведения бюджетных ассигнований в соответствии с бюджетной сметой. Размер субсидии рассчитывается на основании затрат на выполнение работ и нормативных затрат на оказание бюджетными и автономными учреждениями государственных (муниципальных) услуг, определяемых в том числе с учетом затрат на оплату труда работников этих учреждений. На оплату труда работников учреждений (с учетом результатов их труда) могут также направляться средства, полученные от приносящей доход деятельности, а также средства, полученные за счет реорганизации неэффективных учреждений и оптимизации численности персонала.

Источником финансового обеспечения оплаты труда работников казенных учреждений являются исключительно бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

Предусмотрено внесение изменений в постановление Правительства Российской Федерации № 583 от 5 августа 2008 года в части уточнения норм, регламентирующих вопросы оплаты труда, с учетом введения целевых показателей развития отраслей, увязанных с показателями и критериями оценки деятельности учреждений, их руководителей и работников, регламентации оплаты труда руководителей учреждений.

В 2013 - 2015 годах на повышение оплаты труда отдельным категориям работников, определенным указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 и от 1 июня 2012 г. N 761, будет направлено 1332 млрд. рублей, в том числе за счет средств федерального бюджета - 240 млрд. рублей с учетом индексации фондов оплаты труда, за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации - 1092 млрд. рублей.

Всего за 2013 - 2018 годы, по предварительным оценкам, на эти цели может потребоваться 4941 млрд. рублей, в том числе за счет средств федерального бюджета - 1270 млрд. рублей, консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации - 3671 млрд. рублей. Указанные объемы финансирования будут корректироваться с учетом реализации «дорожных карт» при формировании соответствующих бюджетов бюджетной системы.

Таким образом, цель перехода на «эффективный контракт» медицинских учреждений - это «поэтапное совершенствование оплаты труда в бюджетном секторе, увязывающее ее дальнейший рост с оптимизацией структуры занятости и резким усилением стимулирующего характера, как на уровне учреждений, так и на уровне конкретных работников» [5].

Библиографический список

1. Трудовой кодекс РФ (с изменениями и дополнениями на 25 октября 2011 года) – М: Эксмо, 2011. – 272с.
2. Постановление Правительства РФ №583 от 05.08.2008 года «Положение об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений»
3. Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 года № 2190-р.
4. *Решетников А.В.* Процессное управление в социальной сфере: Руководство. – М.: Медицина, 2001. – 504 с.
5. Бюджетное послание Президента РФ «О бюджетной политике в 2012-2014годах»

6. Доклад министра здравоохранения РФ В. Скворцовой на Первом Национальном съезде врачей Российской Федерации, Москва, октябрь 2012 года.

С.Н. Жирякова,

Администрация Губкинского гор. Округа, Белгород

ОТВЕТСТВЕННОЕ РОДИТЕЛЬСТВО КАК ФАКТОР ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБЩЕСТВА.

Политические и социально-экономические перемены, происходящие в обществе значительно изменили нашу жизнь, наше восприятие мира. Но какими бы не были социальная роль мужчины и женщины, мужа и жены, отца и матери, они остаются в обществе первостепенными, так как закладывают здоровую основу формирования самого древнего общественного института - института семьи, и следовательно общества. В энциклопедическом социологическом словаре дано следующее определение семьи: “Семья – общественный механизм воспроизводства человека, отношения между мужем и женой, родителями и детьми, основанная на этих отношениях малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью.” В семье человек находил и находит все то, что ему необходимо - внимание, эмоциональную поддержку, заботу и любовь. Любые негативные тенденции, происходящие в семье, отражаются на жизни общества. Сегодня как никогда остро стоят вопросы сохранения семьи, разработки стратегий и тактик помощи функционированию семьи как социальной группы и социальному институту. В последние годы внимание к нему возросло. Приняты ряд федеральных, региональных программ на основе которых разработаны муниципальные программы и проекты, ориентированные на укрепление ценностей семьи, материнства, рождения и воспитания детей, актуализировались исследования проблем семьи. Однако, несмотря на проводимую многогранную работу негативные тенденции, связанные с институтом семьи нарастают. Низкие демографические показатели, рост социального

сиротства, безответственное родительство, деформации моделей материнства и отцовства – это реалии сегодняшнего времени. Проблемы ответственного родительства широко обсуждаются в обществе. Так, 10 апреля этого года в Москве по инициативе вице-спикера Государственной Думы шестого созыва Швецов Л.В. был проведен круглый стол в режиме видеосвязи со всеми регионами России, где обсуждались проблемы социального сиротства. И буквально всеми регионами была высказана озабоченность ростом негативных явлений в российских семьях, приведены неутешительные цифры статистики. За 2012 год в России осиротели 4 тысячи детей, от которых отказались родители, лишены родительских прав около 65 тысяч родителей и почти в 100 % - это родители злоупотребляющие алкоголем. В целом по России насчитывается 110 тыс. детей сирот (что соответствует по количеству населению среднего города), продолжает ухудшаться состояние здоровья детей. Значительно снизился социокультурный уровень хранительниц семейного очага - матерей, что прежде всего выражается в употреблении ими ненормативной лексики (группа ученых РАН доказала, что мат разрушает генетический код человека и может это тоже одна из причин нездоровья наших детей). Проблемы безответственного родительства существуют и в относительно благополучных регионах России. К таким регионам относится Белгородская область, имеющая устойчивые тенденции в развитии экономического и интеллектуального потенциала, где вопросы поддержки семьи, воспитания семейных ценностей всегда были приоритетными. В составе области - Губкинский городской округ, жители которого имеют самую высокую бюджетную обеспеченность среди всех муниципальных образований области не только по доходам, но и по расходам. Это дает возможность каждой семье, организовав ребенка на занятия в детско-юношеские спортивные школы, в студии и ансамбли, в учреждения дополнительного образования, где дети занимаются на бесплатной основе, сэкономить семейный бюджет как получателей услуги на сумму от 850 до 1870 руб. в

месяц, причем ограничений в количестве посещаемых кружков и секций нет. Эти уникальные возможности муниципального образования, направленные на укрепление здоровья, физического совершенства, творческого и интеллектуального развития детей, дали возможность семьям с разными уровнями доходов активно участвовать в оздоровительной и творческой работе. Можно предположить, что этот фактор оказал влияние на снижение в полтора раза количества неблагополучных семей, уменьшению на 10% количества семей, ежегодно лишаемых, либо ограниченных в родительских правах.

Вместе с тем, несмотря на положительную динамику в снижении количества неблагополучных семей в городском округе, наблюдается увеличение количество детей, проживающих в семьях родственников. Обычно это бабушки и дедушки, которые вынуждены взять на себя ответственность по воспитанию внуков из-за девиантного родительства уже своих взрослых детей. Чаще всего это связано с пьянством родителей. Особенно растет алкоголизм среди женщин. Так, по данным статистики управления здравоохранения Губкинского городского округа, который по количеству населения относится к категории средних городов, число женщин больных алкоголизмом с 2010г по 2012г увеличилось на 12% и составляет 337 чел. И это только те, которые состоят на учете у нарколога, которых уговорили лечиться семья, врачи. Территориальная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав, чаще всего сталкиваясь с девиантным материнством на почве алкоголизма матери, считает, что таковых в десять раз больше. В большинстве случаев эти женщины имеют детей. Психолого - медико- педагогическая комиссия округа ежегодно отслеживая состояние здоровья дошкольников пришла к неутешительным выводам: с 2009 по 2012 годы количество детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью увеличилось в 2,5 раза что прямо пропорционально увеличению количеству женщин злоупотребляющих алкоголем.

Проблему ответственного родительства решить одними административными ресурсами невозможно. К ее решению должно активно подключиться социологическое сообщество и все население, которое является мощным ресурсом противодействия безответственному родительству. В настоящее время необходимо активно использовать различные социальные технологии: как традиционные, так и инновационные. Работу с населением целесообразно осуществлять через процедуры изучения и формирования общественного мнения. Это позволит во-первых, выявить наиболее острые проблемы семьи, во-вторых, решить задачу городского маркетинга - поиска результирующего вектора предпочтений и предложений как горожан так и отдельных целевых групп по актуализации ответственного родительства и росту воспитательного потенциала семьи. В-третьих, вовлечь граждан в процесс управления территориальным сообществом и в-четвертых, увязать стратегии населения, бизнеса и власти, тем самым создав предпосылки наиболее продуктивных управленческих решений в сфере ответственного родительства.

В качестве положительного опыта можно рассмотреть технологию ответственного родительства через развитие проектной деятельности, которая позволяет быстрее достичь ощутимых результатов. Так, например, межведомственный проект "Ответственное родительство" ориентирован на максимальное участие в нем населения и использования его конструктивного потенциала. В Губкинском городском округе Белгородской области в рамках такого проекта в апреле 2013г. был проведен Первый Форум матерей округа «Ответственное материнство», где была актуализирована роль матери в семье, обсуждалось реальное положение дел в области семейных отношений применительно к региону и муниципальному образованию. В работе форума приняли участие делегации всех городских предприятий, организаций и учреждений, а также учителя, врачи, представители церкви, общественных организаций, студенты и старшие школьники. Особый интерес вызвали выступления врачей, которые проанализировали не только общую

статистику причин нездоровья женщин и детей, но и преломили ее показатели к местной ситуации, предложили свое видение по решению вопросов дивиантного материнства. Итогом Форума стало принятие Обращения ко всему населению муниципального образования, а также бизнесу, власти с призывом активного включения в решение вопросов ответственного родительства. В обращении важное место было отведено роли СМИ, которые в существенной степени могут не только отражать настроение и предпочтения населения, но и сформировать положительный имидж ответственных родителей. Участники форума обратили внимание на более широкое использование ресурсов местных средств массовой информации и предложили через создание дискуссионных рубрик, полос, передач и программ на каналах местного телевидения культивировать семейные ценности, рассказывать о лучших семьях территории, семейных традициях и праздниках. Анкетирование участников форума позволило выявить их мнение в отношении ответственного родительства: так 47,7% опрошенных считают, что риск воспитания детей больше всего в послеразводной семье, 37,5%- в семье, где ребенка воспитывает одна мать. Чтобы повысить авторитет материнства 38,8% респондентов предложили возобновить уроки этики и психологии семейной жизни в образовательных учреждениях, а 31,7%- более широко освещать вопросы материнства в СМИ. 20,1% опрошенных считают, что в городе необходимо организовать службу психологической поддержки семьи. Также ими было предложено расширить спектр мер общественного воздействия с привлечением воспитательных и материальных ресурсов предприятий, учреждений, различных советов общественности. Результаты анкетирования выявили сохраняющуюся тенденцию у родителей иметь одного (29,4%) и двух (27,7%) детей. А 24,5% опрошенных откладывают рождение ребенка из-за отсутствия жилья и 11,2% из-за низкого дохода в семье. Вызывает тревогу, что 10,5% из опрошенных не могут иметь детей из-за состояния здоровья.

Проведение форума вызвало большой общественный резонанс. Одним из его положительных результатов стало активное включение в работу советов женщин предприятий, под эгидой которых организуются неформальные родительские сообщества, помогающие учиться культуре родительства, материнства, а также аккумулировать положительный родительский опыт.

Поэтому важной составляющей социальных технологий по формированию ответственного родительства должно стать получение обратной связи посредством анкетирования целевой аудитории участников и исполнителей проекта, что позволит власти учитывать мнение и потенциал населения, принимать грамотные решения, своевременно корректировать территориальные программы, направленные на сохранение и укрепление института семьи, а также отслеживать динамику их реализации.

**СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ УПРАВЛЕНИЯ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ
И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ОТРАСЛИ**

На сегодняшний день значение здравоохранения как социальной сферы невозможно переоценить, поскольку, являясь социальным благом, медицинская услуга определяется и как экономическая категория. Кроме того, очевиден и политический аспект в динамике сферы охраны здоровья населения, так как здоровье населения определяет уровень жизни в стране, что является показателем любых преобразований в обществе. В связи с этим на первый план выступает социальный аспект управления как интегративный и междисциплинарный системный регулятор значимый и в общественной практике и в эффективной научно-теоретической прогностике.

Вопросы охраны здоровья населения на сегодняшний день приобрели особую актуальность в России и в мире, поскольку в результате эволюции здравоохранения в различных странах мира под воздействием социально-экономических и политических преобразований, становится общепризнанным тот факт, что здоровье населения это макроэкономическая категория, требующая вмешательства со стороны государства через социальную политику.

В связи с этим привлекает внимание разработки социологов в сфере управления, поскольку практическое изучение вопросов управления отраслью обращает наше внимание на социологическое знание вопроса, так как затрагивает различные слои населения как основного пользователя, а здравоохранение как социальную сферу, производящую услуги особой социальной значимости, имеющие стратегическое значение для государства как верховного управляющего данной сферой общественных отношений.

Именно в свете социологического подхода необходимо подойти к решению проблем сегодняшнего здравоохранения, поскольку в процессе реформы отрасли возникла совершенно новая для российской сферы охраны здоровья населения система отношений субъектов-участников реформы [1].

Современное отечественное состояние дел в отрасли характеризуется разбалансированностью нескольких основных составляющих, если иметь ввиду некую «цепочку» состоящую из государственных институтов, лечебных учреждений и пациентов. Причем в каждой составляющей этой «цепочки» есть несомненные ресурсы организационных улучшений.

Известно, что цепочка деятельности каждого института имеет единую структуру: федеральный уровень, региональный уровень, уровень граждан общества. При этом государство, с одной стороны, должно быть централизованным в том смысле, чтобы центр располагал эффективными рычагами осуществления своей компетенции в решении задач общегосударственного характера, в обеспечении его единства и целостности, но с другой стороны оно должно быть достаточно децентрализованным для того, чтобы обеспечить территориальным общностям максимальные возможности в самостоятельном решении местных проблем.

Цепочка в пространстве государственной власти есть «вертикаль власти», а понятие «граждане общества» в данной цепочке взаимодействий занимает последнее место, но в цепочке социальной приоритетности, именно от граждан общества зависит результат деятельности любого института. Поэтому значимость граждан общества – приоритетна, от этого и должно исходить при построении управленческих моделей, тем более в социальной сфере.

Государственные органы власти различного уровня, оказывая организационно-управляющее воздействие на ЛПУ, в том числе и финансирование, опираются на установки, формирующиеся на федеральном уровне, исходя из приоритетов макро-политики. Интересы граждан, а также

реальные потребности населения в медицинской помощи остаются неучтенными, так как отсутствует обратная связь в виде конкретно выраженных социально-экономических показателей эффективности.

Между ними на стыке макро и микро интересов находятся лечебно-профилактические учреждения, которые являются своеобразным «буфером» в системе здравоохранения и встречают основной «удар» в виде требований со стороны государственной власти по реализации социальной политики и обеспечения необходимых показателей в сфере охраны здоровья населения, и «отдачу» со стороны пациентов, которые, в свою очередь, недовольны реализацией той самой социальной политики, очень привлекательно выглядящей со слов представителей власти, и трудно исполнимой на уровне обычных медицинских учреждений. Причем всю волну недовольства пациентов принимают на себя медицинские работники, которые в свою очередь являются частью населения и относятся на сегодня к наименее защищенным слоям населения.

На сегодняшний день существует разрыв между потребностями производственного звена здравоохранения (ЛПУ) и органами государственной власти, поскольку и финансирование учреждений здравоохранения происходит по остаточному принципу, когда выделяется явно недостаточный объем средств, но при этом нужно выполнять амбициозные задачи федерального правительства и решать организационные проблемы, которые никак не обеспечены материально. Яркий пример тому, предоставление лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ) хозяйственной самостоятельности, которое в реалиях рыночной экономики, предполагает внедрение управленческих технологий, которые должны быть соответствующим образом профинансированы. И это не говоря о том, что материальная база многих учреждений здравоохранения оставляет желать лучшего. Эти проблемы невозможно решить за счет национального проекта (задача которого наверстать разрыв, образовавшийся в «перестроечный» период), здесь нужен системный подход.

Проблемы отрасли, которые необходимо решать, проявляются, прежде всего, в ЛПУ, т.к. интересы сталкиваются именно здесь, обозначая противоречия сложившейся ситуации и обнажая проблемы реализации социальной политики в сфере охраны здоровья населения.

Отсутствие социального мониторинга на уровне учреждений здравоохранения не дает возможность своевременно отслеживать социальные запросы общества в этой сфере, что приводит к разрыву коммуникационных каналов обратной связи общества и государственных институтов власти в сфере охраны здоровья населения.

Именно с организационно-управленческой точки зрения можно сделать вывод о том, что трудности отечественного здравоохранения – не только и не столько (как это утверждается сейчас) в вытеснении бесплатных услуг платными, а в отрицательном отношении к реформам медицинских работников и пациентов, низком уровне жизни в стране.

В последнее время среди стран Европейского региона ведутся обширные дискуссии о том, как лучше финансировать предоставление населению медицинской помощи для того, чтобы сохранить всеобщий доступ и экономическую устойчивость оказывающих ее учреждений, а также как лучше распределять финансовые ресурсы в целях получения максимальной пользы для здоровья населения.

В виду отсутствия отчетливой организационно-координационной проработки звеньев системы, образовался управленческий «замкнутый круг», в центре которого самыми «виноватыми» реально оказались сами медицинские работники. А самыми «проигравшими» - пациенты. Возникло достаточно жесткое в виду своей нескоординированности и несвязанности сочетание элементов, ресурсов и факторов внешней среды системы, которые и образовали этот круг. В частности, медицинские работники стали испытывать на себе не только традиционные для них воздействия со стороны органов управления и пациентов, но и всё возрастающее экономическое воздействие новых структур – страховых медицинских организаций. А

основной управленческий правовой ресурс системы (до 2010 года) – Закон «О медицинском страховании граждан РФ», стал «прессом», под давление которого попали не только медицинские работники, но и все остальные участники процесса социально-экономических преобразований.

Развернувшиеся в стране реформы отодвинули на второй план вопросы социального контроля как особого механизма социальной регуляции поведения и поддержания общественного порядка. Когда мы говорим об обществе, понятие социального контроля воспринимается в более широком смысле, а власть превращается в средство его осуществления. Ведь в социальный контроль входят и средства массовой информации, и правительство с парламентом, и рядовые граждане, которые контролируют, в нашем случае, сферу охраны здоровья населения. Другими словами, контроль в виде социального эффекта обратной связи, конкретно выраженной с помощью четких социологических показателей эффективности. Опыт подсказывает: без ответственного отношения в пользу сохранения, а главное – постоянного поддержания состояния своего здоровья каждым человеком, без «управленческой идеологии» в виде социальной модели, формирующий в обществе престижный характер здорового образа жизни личным примером-участием каждого сверху донизу (от государства до отдельного человека), в любой социальной группе, проблему здоровья населения не решить. Как и без поддержки со стороны государства в виде его социальной политики в области здравоохранения.

Ориентируясь на такие структурные изменения, службы здравоохранения должны изыскивать новые способы повышения своей результативности и оптимизации использования ограниченных ресурсов параллельно с улучшением таких параметров, как справедливость, доступность, качество и эффективность.

Для улучшения ситуации в настоящее время во многих странах европейского региона используются следующие подходы:

- внедрение механизмов повышения качества медицинской помощи;

- изменение соотношения между централизованными и децентрализованными службами управления;
- стратегия замещения одних видов медицинских услуг другими, установление новых функций для работников здравоохранения, изменение механизмов управления, принятие более жестких мер по сдерживанию расходов.

К сожалению, следует отметить, что до недавнего времени России был взят на вооружение лишь последний подход с постоянным значительным уменьшением финансирования лечебно-профилактических учреждений здравоохранения.

В связи с этим следует отметить, что более совершенные информационно-управляющие системы должны охватывать как вопросы лечения и ухода за больными, так и административные процедуры. Кроме того, большая степень автономии, включая ответственность и подотчетность, в сфере управления может во многом улучшить эффективность работы больницы. Однако для этого требуется применение современных информационных технологий, которые следует использовать с целью повышения качества эффективности медицинской помощи.

Рассматривая управление здравоохранением, ориентированное на конечные результаты при оказании медицинской помощи, следует указать, что в настоящее время деятельность различных учреждений и программ здравоохранения оценивается с нескольких точек зрения. В большинстве случаев для этой цели используются экономические показатели. Однако, как известно, ни в одной стране пока что не осуществляется систематическая оценка ежедневной медицинской помощи, оказываемой пациентам, с точки зрения конечных результатов для их здоровья. Важнейшей задачей, поэтому является перенос акцента в управлении на всех уровнях здравоохранения на измерение подлинного воздействия тех или иных вмешательств на здоровье населения. Следовательно, использование показателей конечных результатов оказанной медицинской помощи

представляется объединяющей концепцией для всех уровней управления системой здравоохранения. Такие показатели, основанные на научно проверенных данных и практическом опыте, должны охватывать лечебные и профилактические аспекты здравоохранения, а также вопросы укрепления здоровья населения [2; 3].

Таким образом, специфика социологического анализа здравоохранения заключается в изучении представления о медицине и ожиданий индивидов от нее. В свою очередь данные социологических исследований об ожиданиях позволяют формировать управленческой программы в области здравоохранения, которые будут востребованы и эффективны. Применение инструментария прикладной социологии расширяет возможности в исследовании процессов, происходящих в сфере охраны здоровья населения, выводя проблемы отрасли, их социальный аспект на уровень осознания, что создает предпосылки для их успешного преодоления.

Библиографический список

1. *Решетников А.В.* Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. – 2000. - № 12 (50). – С. 5-19.
2. *Пиддэ А.Л.* Социально-экономические преобразования здравоохранения: оценки медицинского персонала. // Экономика здравоохранения. – 2003. - № 5-6 (74). – С. 21-36.
3. *Шамигурина Н.Г.* Развитие системы экономических отношений в здравоохранении, ориентированных на улучшение здоровья населения. – М., 2002. – С. 115-120.

И.В. Журавлева,

ФГБУН ИС РАН, Москва

ТРИ ПРИЧИНЫ НЕГАТИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В 2010 году начата новая программа модернизации российского здравоохранения, целью которой является создание условий для равного доступа россиян к качественной медицинской помощи. И хотя последние годы отмечены улучшением некоторых демографических показателей, все же состояние здоровья россиян за период 2000-2010 годы характеризуется ростом общей заболеваемости у всех возрастных групп. Так, заболеваемость подростков 15-17 лет увеличилась в 1,6 раза, населения в целом - в 1,2 раза, возросло число инвалидов – в 1,2 раза.[1, с. 34; 2, с. 22].

Это происходит, несмотря на активную законодательную деятельность в сфере здоровья: на недавно принятый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на утвержденную Правительством РФ «Государственную программу развития здравоохранения РФ». Увеличилось и финансирование - расходы консолидированного бюджета на здравоохранение, физкультуру и спорт за последнее десятилетие возросли в абсолютном выражении в 11 раз и составили в 2010 г. 3,7% к ВВП (правда, в европейских странах соответствующие доли равны 7-8%, а в США – 7,9%) [2, с. 274-278]. Отечественное здравоохранение не только получает все новые законы, увеличивающееся финансирование, непрерывные реформы, а текущее состояние здоровья населения - все хуже и хуже. Чем же объяснить сложившуюся ситуацию?

1. Первая причина неблагополучия связана с социальной политикой. Сегодня в России объектом социальной политики в сфере общественного здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженные им. Здоровый человек и здоровое население находятся вне сферы внимания

здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся заболевания. И чем серьезнее и тяжелее будут заболевания, тем больший интерес, экономический и научный, они будут представлять для здравоохранения, так как деньги выделяются только на лечение больных и на изучение болезней. Социальная политика в сфере здоровья направлена сегодня в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного сознания, включая экологическое, не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов (семьи, образования, СМИ, досуга и т.п.) в сфере здоровья. Тогда как основное внимание сегодня необходимо сосредоточить на поддержании здоровья здоровых людей, т.е. нужен принципиально иной взгляд на общественное здоровье.

Исторически здоровье ассоциируется с системой здравоохранения, которое было неплохо организовано в довоенные и первые послевоенные годы, когда структура причин смерти и заболеваний носила преимущественно инфекционный характер. Эффективность здравоохранения в те годы определялась в огромной степени не столько долей выделяемых средств, сколько четкой концепцией и социальной политикой. Но наступил момент, когда эта политика перестала соответствовать условиям жизни и структуре заболеваемости, а новая, по сути, концепция здравоохранения так и не была разработана. Сегодня здравоохранение ориентируется исключительно на больных людей, адресуя им почти все социальные и медицинские ресурсы.

В 2003 году была принята «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации». Этот документ лег в основу отраслевой программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 гг.». Правовой документ, включающий словосочетание «здоровье здоровых», впервые появился в отечественной законотворческой практике. Путь его к легитимности насчитывает около 10 лет, в течение которых эта концепция разрабатывалась в различных школах медицинской науки К.В. Судаковым,

Н.Ф. Измеровым, В.И. Кулаковым, М.А. Пальцевым, Ю.П. Лисициным, А.Н. Разумовым, а также в сфере общественных наук – Е.Н. Кудрявцевой, П.О. Тищенко, Ю.И. Бородиным, Л.Г. Матрос, И.Н. Смирновым и др.

Суть концепции – в недопущении болезненного состояния человека за счет мобилизации его психофизиологических резервов, обеспечивающих равновесие организма с окружающей средой, оптимальную адаптацию и противодействие экстремальным факторам. В центре внимания концепции – здоровые мать и отец, здоровый ребенок, здоровый образ жизни, полноценная трудовая деятельность и обеспеченная старость.

Отдавая должное факту появления подобной концепции, нельзя не обратить внимания на то, что в обосновании доминирует экономическая эффективность от реализации концепции, тогда как основным результатом должны стать не экономические достижения, а изменение поведения людей. Главный же недостаток в том, что не обозначен механизм управления процессом охраны здоровья здоровых. Отсутствует механизм реализации осуществления задач, связанных со здоровым образом жизни, и в «Концепции развития здравоохранения до 2020 года» (2009). В этом документе впервые на законодательном уровне названа структура процесса формирования здорового образа жизни и указано на необходимость создания системы мотивирования и граждан, и руководителей учреждений образования, и работодателей на ведение здорового образа жизни и обеспечение возможностей для этого. Но как это сделать – не сказано.

Последний правовой документ, принятый в конце 2012 года, - Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» - не стала исключением по своей медицинской направленности. Таким образом, все силы здравоохранения и раньше, и сейчас направлены на лечение больных людей.

В целом можно утверждать, что принимаемые правовые документы в сфере здравоохранения на всех уровнях направлены преимущественно на больного человека. В России сегодня отсутствует идеология здоровья. Это

выражается не только в характере юридического обоснования социальной политики в сфере здоровья, но также в финансировании всех сфер жизни, связанных со здоровьем населения (здравоохранение, образование, досуг, физкультура и спорт и др.) и практической реализации принятых решений.

Говоря об отсутствии необходимой социальной политики в сфере общественного здоровья, нельзя не замечать того, что делается усилиями энтузиастов. Во второй раз в 2011 году прошел Всероссийский конкурс проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия». Всего на конкурс было подано 633 заявки, больше половины из которых были опубликованы на сайте конкурса и смогли стать образцами для всех, кто готов вкладывать усилия в формирование здорового образа жизни в стране. Соревнование шло по нескольким номинациям: номинация «Лучший молодежный проект», «Лучший муниципальный проект» «Лучший региональный проект «Лучший сельский проект» и т.д. [3].

В Самарской области в 2010-2011 учебном году осуществлялся проект «Культура здоровья в системе образования». Его цель - укрепления здоровья и профилактика заболеваний педагогов и учащихся. Благодаря этим и другим инициативам был поставлен вопрос о необходимости включения дисциплины «Культура здоровья» в общероссийский реестр учебных дисциплин и таким образом - в массовое образование. Мы считаем, что остро необходима переориентация общественного сознания, всех социальных институтов и государственных учреждений на принципиально иную концепцию **здоровья здорового человека.**

2. Вторая причина неблагополучия связана с **отсутствием в стране системы воспитания, обучения заботе о здоровье.** Это стало актуальным именно сегодня, поскольку стереотипом предшествующих десятилетий было представление "о моем здоровье заботится бесплатная медицина". Изменившаяся экономическая ситуация, реформы в здравоохранении поставили население перед необходимостью изменения стереотипов

сознания и поведения, но оказалось, что люди к этому не готовы психологически, у них отсутствуют необходимые знания и они не знают, где их можно получить.

Поскольку процесс формирования потребностей и установок весьма сложный и длительный, целесообразно говорить о нем, прежде всего, в связи с детьми и подростками, тем более, что их состояние здоровья характеризуется крайне негативными тенденциями на протяжении нескольких десятилетий.

Только за 2000-2008 годы заболеваемость детей 0-14 лет увеличилась на 25%, подростков 15-17 лет – на 41% [4; 5]. В структуре заболеваний у детей и подростков преобладают болезни системы кровообращения, крови и кроветворных органов, костно-мышечной системы и врожденные аномалии. Максимальные темпы прироста отмечены в пределах 4,5- 4,9 раза у детей, 1,5-1,8 раза - у подростков (у взрослых по тем же болезням – увеличение в 1,2-1,5 раза). [6]. Каждый четвертый подросток 15-18 лет курит, при этом доля курящих среди юношей составляет 30,1%, среди девушек – 17,8%. Но по мере взросления число курящих резко возрастает и среди 19-24 летних курит уже половина, в том числе - 62,1% молодых людей и 37,9% девушек [1, с.61].

«Серьезной проблемой остается состояние детородной функции подрастающего поколения – около 1/3 подростков имеют изменения репродуктивного здоровья. Более 40% мальчиков страдают болезнями, которые в дальнейшем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции». Очень большая распространенность среди подростков и молодежи негативных видов поведения заставляет медиков опасаться того, что в ближайшие 10-20 лет ухудшится ситуация со смертностью от неинфекционных заболеваний среди лиц в возрасте 35 лет и старше. [7, с.179, 89, 32].

Все эти данные, взятые из государственной статистики, с неизбежностью приводят к выводу о том, что «формирование здорового

образа жизни детей должно осуществляться фактически с момента их рождения..... в семье, дошкольном учреждении и школе практически непрерывно посредством формирования соответствующих ценностей». Представление о том, как видят этот процесс чиновники Минздрава РФ дает лишь один фрагмент «Государственной программы развития здравоохранения РФ»: «В школе информация о здоровом образе жизни помимо занятий на специальных уроках по предмету «Основы безопасности жизнедеятельности» должна доводиться до учеников во всех возможных ситуациях в процессе всего периода обучения, но неназойливо и незаметно, например, через материал для рекомендованного чтения, через условия задач по математике и физике, курс биологии и т.п.» [7, с. 75-76]. Очевидно, что работники Минздрава РФ весьма далеки от школьных проблем, и видимо, не понимают, что введение обучения здоровью в школе невозможно осуществить «неназойливо и незаметно».

Сегодня школа наносит урон здоровью каждого ребенка. В школе нет предмета, обучающего заботе о здоровье. Современная школа не имеет концепции сохранения и укрепления здоровья детей, воспитания осознанного отношения к собственному здоровью. Вместе с тем возможно позитивное многофункциональное воздействие школы в этом направлении: оно может осуществляться через организацию учебного процесса, питания, обеспечение физического развития, психологическую коррекцию, борьбу с девиантными видами поведения, формирование позитивного отношения к здоровью. Педагоги по различным школьным предметам могут заниматься обучением заботе о здоровье детей, но не занимаются, так как, ни для кого это не является отчетным показателем работы, и потому, как правило, нет результатов. Еще одно важное обстоятельство: подростку помимо суммы знаний о здоровье необходим положительный пример учителя, который не курит, занимается спортом, реализует в собственной жизни хотя бы часть того, чему учит. Преподавание предмета «здоровье» должно включать специальные формы обучения (ролевые игры, тесты, тренинги и пр.),

предусматривающие активное соучастие школьника в формирование собственного здоровья, соответствующей потребности в нем.

Необходимо также учитывать, что потребность в здоровье не может существовать сама по себе. Жизнь для человека значима только тогда, когда она наполнена смыслом, социальным содержанием. Поэтому потребность человека быть здоровым реализуется только при условии её соединения с представлениями о собственном социальном предназначении.

Достаточно распространенным является мнение о том, что обучать навыкам здоровья должна семья. Действительно, функции семьи в формировании отношения к здоровью очень важны. Проблема в том, **как** воспитать грамотных родителей. Наши исследования показывают, что более половины взрослого городского населения не знают, какие лекарства им противопоказаны, не помнят о перенесенных инфекционных заболеваниях, треть – не знает свое верхнее и нижнее давление, четверти – не известна собственная группа крови [8, с.76-77]. Трудно винить семью в отсутствии подобных сведений, это – показатель общей низкой культуры, в том числе гигиенической ребенка, тем он здоровее.

Воспитание грамотных родителей эффективнее всего осуществлять в общеобразовательной школе путем систематического преподавания предмета «Здоровье». Причем, вести этот предмет должен специально подготовленный педагог (а не наспех переученный военрук) с широким кругозором, эрудицией, осознающий место и роль человека в природе, обществе. Преподавателю предмета «здоровье» предстоит формировать разумное отношение к здоровью не только у школьников, но и у их родителей. Это достигается путем проведения семинаров и конференций для родителей, что и делается уже в ряде регионов.

Углубленно изучаются вопросы здоровья школьников, например, в подмосковном Сергиевом Посаде, где находится Научно-внедренческая лаборатории физиолого-здравоохранительных проблем образования (ФЗПО) Московской области. Уже четверть века доктор медицинских наук В.Ф.

Базарный века ведёт системное исследование учебных методик, режима, эргономики учебной деятельности, принципов дидактики, на основе которых традиционно строится учебно-воспитательный процесс, и, в итоге, пришёл к весьма неутешительному выводу о том, что существующая система воспитания и обучения разрушает здоровье детей. Он выделяет 13 школьных факторов риска, способствующих снижению уровня здоровья от первого к последнему году обучения и доказывает, что ухудшение физического, психического, интеллектуального и духовно-нравственного здоровья школьников, усиливаясь от поколения к поколению, приведет к деградации нашего национального генофонда. Важной особенностью технологий доктора Базарного является общедоступность, поскольку их внедрение почти не требует дополнительных материально-финансовых затрат. Преграды лежат в иной сфере – управленческо-психологической.

В различных областях страны множатся проекты по обеспечению школьникам возможности сохранения здоровья во время обучения в школе, формированию у них необходимых знаний, умений и навыков по здоровому образу жизни и использованию их в повседневной жизни (проект «Сам себе я помогу, я здоровье сберегу» [9]. Большая работа ведется в этом направлении в Ульяновской области. Программу «Культура здоровья с 1 по 11 класс» стартовала с 1 сентября 2011 года. Суть проекта в том, чтобы работа по сбережению здоровья школьников стала неотъемлемой частью всего педагогического процесса [10]. Но отдельные примеры не могут решить проблему здоровья в масштабах страны. Требуется комплексный подход к данной проблеме на государственном уровне.

Ценность здоровья человека с самого начала его сознательной жизни должна быть связана с успешностью карьеры, престижем или хотя бы модой на здоровье. Подобная мода может стать важным инструментом в той идеологии здоровья, которую рано или поздно, но обязательно создадут в нашей стране.

3. Третья причина неблагоприятных тенденций общественного здоровья – в **парадоксальном характере отношения современного человека к своему здоровью**. Ценность здоровья относится к высшим жизненным ценностям и провозглашается как безусловная норма нашей жизни. В системе жизненных ценностей индивида здоровье как терминальная базовая ценность занимает, согласно нашим и другим отечественным и зарубежным исследованиям, 3-4 место после "семьи", "работы". Более углубленное изучение этого вопроса показало, что здоровье заняло высокое место в структуре ценностей потому, что, будучи качественной характеристикой личности, оно способствует достижению многих целей и удовлетворению различных потребностей человека. А в условиях сегодняшней экономической и социальной реальности выступает иногда как единственное средство решения поставленных задач, что делает здоровье все в большей степени объектом эксплуатации, а его ценность становится все большей степени инструментальной.

Это утверждение относится, прежде всего, к молодежи, вступающей в жизнь. В наших исследованиях при ответах на вопрос "Что способствует достижению жизненного успеха в первую очередь?" молодые респонденты до 30 лет поставили на 1 место "здоровье", на 2 – "материальный достаток", на 3 – "силу характера". Примечательно, что среди различных высказываний о значении здоровья в жизни человека молодые опрашиваемые чаще всего выбирали следующее: "Здоровье – это, конечно, важно, но иногда можно и забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечений и т.п." Таким образом, ценность здоровья как средства достижения жизненных целей для респондентов важнее, чем ценность его как средства жить долго и полноценно. Эти две характеристики здоровья как бы приходят в противоречие друг с другом. Кроме того, подобное отношение к здоровью обуславливается низким уровнем санитарно-гигиенической культуры. Наши исследования показали, что знания, уровень информированности населения о факторах риска наиболее распространенных заболеваний, о методах заботы о

здоровье (своем и своих детей), о генетических предрасположенностях своего организма, о наборе полученных прививок и даже просто знание своей группы крови распространяется у нас не более чем на треть городского населения. При таком уровне санитарно-гигиенической культуры население легко "тратит" свое здоровье, проявляет терпимость к экологическим нарушениям.

Особенно негативно характеризуется отношение к здоровью и поведение в этой сфере мужчин. Исторически сложилось понимание "гипермужественности" как презрение к бытовым лишениям и неудобствам, стремление к риску, пассивное преодоление недугов, необращение к врачам, курение, пьянство, сверхзанятость на работе. В результате в нашей стране разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин составляет более 11-ти лет, тогда как в развитых странах он равняется 5-7 годам. В связи с увеличением в системе здравоохранения доли платных услуг при параллельном сокращении доходов большинства населения страны, росте безработицы можно уверенно прогнозировать дальнейший рост инструментальной компоненты ценности здоровья.

Следует отметить, что именно формирование ответственности за здоровье, потребности в заботе о нем является наиболее сложной проблемой в сфере здоровья, поскольку связано с ломкой психологических стереотипов в сознании людей, которым десятилетиями внушалась мысль о том, что об их здоровье заботится государство. Такая работа предполагает создание системы воспитания и обучения навыкам здоровья различных групп населения, начиная с первых лет жизни человека. Длительность и сложность этого процесса предполагает систематическое, научно обоснованное воздействие на население, формирование соответствующих социальных норм поведения. Результаты этой кропотливой работы будут достигнуты тогда, когда полученные в детстве знания о здоровье превратятся в установки, убеждения, потребности, сформируют поведение на уровне привычки. Этот процесс может продолжаться не одно десятилетие, и только

тогда можно надеяться на замену существующего сегодня у россиян безответственного отношения к своему здоровью. Отмиранию подобных установок способствует, например, изменившаяся сегодня система отбора кадров при приеме на престижную работу. Здоровье при этом является одним из маркеров успешности на рынке труда.

Сегодня можно говорить о существовании двух типов ответственности за здоровье. Первый, по данным наших исследований, ориентирован, прежде всего, на «усилия самого человека» при заботе о здоровье, второй - преимущественно на «условия жизни», когда усилиям человека отводится второстепенная роль. К первому типу относятся в основном лица с хорошей самооценкой здоровья, ко второму — чаще всего с плохой и удовлетворительной [8, с.74].

Необходимо подчеркнуть, что стремление отдавать приоритет ответственности за состояние своего здоровья внешним обстоятельствам («условиям жизни») является достаточно устойчивой характеристикой массового сознания на протяжении последних десятилетий. В целом ответственность за здоровье больше характерна для молодых людей, лиц с высоким уровнем материальной обеспеченности и хорошим здоровьем.

Сегодня все больше россиян осознают важность ответственности за собственное здоровье, главным образом, в результате покупки лекарств, посещения медицинских и спортивных учреждений. Объем платных услуг на душу населения за десятилетие (2000-2010гг.) увеличился: медицинских — в 9,1 раза, санаторно-оздоровительных — в 3,7 раза, физкультурно-спортивных — в 12,6 раз. При этом цены в медучреждениях (за прием у специалиста, сдачу анализа крови, удаление зуба и т.п.) возросли более, чем в 5 раз, а за разовое посещение бассейна, группы общефизической подготовки — более, чем в 7 раз. [2, с.311]. Выборочные обследования Госкомстата РФ денежных расходов домашних хозяйств (2010 г.) обнаруживают ещё более высокий рост затрат на оплату медицинских услуг — в 10,9 раз, санаторно-оздоровительных — в 21,4 раз, физкультурно-

спортивных – в 53 раза. [2, с. 262]. Наличие оплаты – не единственная проблема, поскольку число организаций отдыха и спорта разного профиля продолжает сокращаться – за последнее десятилетие общее число учреждений отдыха уменьшилось в 1,3 раза, а число отдохнувших в них – в 1,4 раза. [2, с. 212].

Таким образом, ни собственные финансовые возможности, ни условия жизни в виде материальной базы поддержания здоровья не способствуют изменению существующих тенденций в состоянии здоровья россиян.

Но если даже россиянин вопреки всему хочет заботиться о здоровье, он далеко не всегда знает, как именно это надо делать. По данным наших исследований, до 40 % респондентов, будучи недостаточно информированы в вопросах здоровья, затрудняются в подобной ситуации. Логичным было бы повысить уровень санитарно-гигиенической культуры населения введением образовательных программ для различных категорий населения.

Но «Государственная программа развития здравоохранения РФ» предлагает другой путь – «формирование в обществе понимания и принятия обществом культуры взаимных обязательств. Это понимание должно включать не только обязательств со стороны государства по обеспечению охраны здоровья, ... но и обязательства граждан заботиться о собственном здоровье, соблюдать определенные нормы и правила». [7, с.31]. Разумная идея, но для того, чтобы соблюдать эти нормы и правила, их надо знать. Существующая сегодня пропаганда ЗОЖ силами телевидения, радио, рекламы всех видов явно недостаточна для охвата всех категорий населения, особенно это касается детей и подростков.

Далее в Госпрограмме отмечается, что в случае принятия гражданином на себя обязательств по ответственному отношению к собственному здоровью (периодическое прохождение профилактических осмотров, вакцинации, соблюдения предписаний врача), ему гарантируют необходимый объем качественной медицинской помощи. Предполагается, что система охраны здоровья будет представлять собой «культурный проект

социального партнерства гражданина и государства. Это требует переходного периода, в ходе которого каждый гражданин сделает свой выбор» [7, с. 69]. До сих пор у нас была дифференциация по экономическому положению, теперь может появиться аналог по поведению в сфере здоровья. Индивида хотят сделать партнером государства в сфере здоровья, но для этого ему нужны знания, права и материальные условия, возможности для поддержания здоровья. Пока все эти компоненты партнерства присутствуют в ограниченном масштабе. Очевидно лишь намерение переложить на человека не только материальную, но и моральную ответственность за свое здоровье. Таким образом, вместо формирования системы стимулов для ведения здорового образа жизни предлагается система санкций и наказаний. Но заставить быть здоровым невозможно, а обходить штрафные санкции русский человек умеет. Улучшится ли в результате состояние здоровья населения – большой вопрос.

* * *

Рассмотрение представленных выше трех причин негативных тенденций общественного здоровья преследовало цель подчеркнуть, прежде всего, не медицинский, а социальный характер этих причин-проблем, решение которых возможно только на государственном уровне с использованием междисциплинарного подхода. При этом необходимо отметить важность создания идеологии здоровья, направленной на здоровье здорового человека, прежде всего. Процесс формирования установок на здоровый образ жизни должен стать значимым аспектом, особенно для детей и подростков. Индивид должен нести ответственность за свое здоровье после того, как получит необходимую для этого информацию (оптимально – в системе дошкольного, школьного и вузовского образования) и материально-технические возможности для реализации потребностей в здоровом образе жизни.

Библиографический список

1. Молодежь в России 2010: Статистический сборник. ЮНИСЕФ, М.: Росстат.
2. Здравоохранение в России 2011: Статистический сборник. М.: Росстат.
3. сайт URL: <http://zdravo-russia.ru> (дата обращения: 28.05.2013).
4. Российский статистический ежегодник 2007. М.: Росстат. С.288
5. Здравоохранение в России 2009: Статистический сборник. М.: Росстат. С.122, разд.2.64
6. Российский статистический ежегодник 2009. М.: Федеральная служба государственной статистики. С.268
7. Государственная программа Развитие здравоохранения в Российской Федерации 2012 // сайт URL: http://img.rg.ru/pril/article/69/49/25/Proekt_Zdravoochranenie.pdf [дата обращения 18.02.2013]
8. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука. 2006.
9. сайт URL: <http://www.o-detstve.ru/forteachers/primaryschool/outofclass/1821.html> (дата обращения: 28.05.2013).
- 10.сайт URL:(<http://ulyanovsk.rfn.ru/rnews.html?id=1733>) (дата обращения 10.05.2013)

Е.В. Землянова,
ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения Минздрава России, Москва

МЕРЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ В ВОСПРИЯТИИ НАСЕЛЕНИЯ (ОБЗОР ИНТЕРНЕТ- ИСТОЧНИКОВ)

Введение

С середины 2000-х годов в стране начала проводиться активная политика по улучшению здоровья и снижению смертности населения, представляющая межсекторальные усилия направленные на важнейшие детерминанты здоровья. Приняты и реализуются серия концепций и программ. Это концепции демографической политики [4]; развития системы здравоохранения [5]; реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения [6]; приказ об организации центров здоровья по формированию здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака [11].

Население активно интересуется государственной политикой по укреплению здоровья, формируя свое отношение к результативности мер. Эта информация крайне актуальна для мониторинга политики и ее совершенствования на всех уровнях власти и управления. Таким образом, цель настоящей работы - дать анализ мнений населения в отношении мер государственной политики по снижению смертности населения.

Результаты

«Нигде в мире снижение смертности не произошло само собой. Успехи Запада в увеличении продолжительности жизни потребовали мобилизации огромных материальных ресурсов, включая расходы на здравоохранение, охрану окружающей среды, пропаганду здорового образа жизни, развитие научных исследований; одновременно были существенно пересмотрены законодательные акты, связанные с охраной здоровья. Кроме

того, резко повысилась активность самого населения, направленная на оздоровление образа жизни и среды обитания, изменилось массовое поведение людей, влияющее на сохранение их здоровья. В конечном счете, изменился весь социальный климат, в котором протекает повседневная жизнь людей» [2].

По мнению специалистов Института экономических проблем им. Г.П. Лузина Кольского научного центра РАН эффективным инструментом реализации демографической политики с позиций устойчивого муниципального развития должны стать местные сообщества [16].

Населением поддерживается организация территориальных общественных самоуправлений (ТОСы – самоорганизации граждан по месту их жительства), являющихся ключевым звеном местных сообществ, принимающих участие в местном управлении, одним из направлений, деятельности которых являются вопросы качества жизни населения конкретной территории. Также эффективными признаются информационно-просветительские, образовательные программы, разрабатываемые и реализуемые местными органами управления, социальными институтами, общественными организациями, расположенными на территории муниципального образования, по охране здоровья, оздоровлению образа жизни и среды обитания.

Обсуждая механизмы формирования здорового образа жизни многие авторы подчеркивают актуальность и сложность задачи изменения стереотипов поведения населения, связанных с отношением к здоровью, к ценности человеческой жизни. «Слишком высокие барьеры необходимо преодолеть, чтобы достичь ощутимых результатов в борьбе с пьянством, наркоманией, преступностью. Для этого нужны не только время, средства, воля, но и хорошо разработанная государственная программа, содержащая основные принципы и критерии этики, морали, ценностей жизни и т.п.» [17].

Варламова С.Н. и Седова Н.Н. [1], обсуждая результаты социологического опроса населения по вопросам здорового образа жизни,

установили, что, признавая высокую роль здорового образа жизни, опрошенные, анализируя личную ситуацию с ухудшающимися показателями состояния здоровья, предпочитают «свалить вину» на объективные и малозависящие от них самих причины (стрессы, отсутствие возможностей для рекреации). На обстоятельствах, напрямую зависящих от воли человека – неумеренность в табакокурении и употреблении алкоголя – предпочитают внимания не заострять.

Аналогичные результаты в отношении приоритета так называемых объективных причин в выборе образа жизни, получены в опросе занятого населения [10], в частности в ответах на вопрос: «Что могло бы повысить Ваше стремление вести здоровый образ жизни?» Примечательно, что из 464 опрошенных на него ответили лишь 293 человека (63%). Можно предположить, что или у остальных 37% опрошенных отсутствует данное стремление, или они затруднились дать какой-либо ответ на предложенный вопрос. Из числа ответивших более половины (149 человек, или 50,9%) указали на необходимость наличия финансовых средств; по мнению 42 человек (14,3%), необходимо сокращение нагрузки со стороны работодателя; 27 человек (9,2%) указали, что «наличие свободного времени может повысить стремление вести здоровый образ жизни» и 10 человек (3,4%) считают, что вести здоровый образ жизни их может заставить лишь ухудшение состояния здоровья. Только 62 человека (21,2%) считают, что стремление вести здоровый образ жизни может повысить только личное желание самого человека.

В контексте самосохранительного поведения рассматривает проблему производственного травматизма и заболеваний Носырева И.Г. [10]. Она считает, что «зачастую причинами производственного травматизма и заболеваний, вызванных воздействием производственных факторов на организм человека, являются поведение самих работников, их халатное отношение к соблюдению требований безопасности труда, неиспользование

средств индивидуальной защиты, отсутствие стремления сохранять и поддерживать собственное здоровье [10].

Значительное число работ посвящено анализу роли здравоохранения в формировании здорового образа жизни. Сотрудники Института социально-экономического развития территорий РАН Шабунова А.А. и Окулова Н.А. [18] пишут о том, что «непрофессионализм врачей внушает населению недоверие к ним, и в случае заболевания многие люди занимаются самолечением. Так, исследование, проведенное в Московской области среди пациентов лечебно-профилактических учреждений показало, что пациенты отмечают «формальный подход к профилактическим осмотрам и диспансеризации» [20], что является важной причиной уклонения населения от этих мероприятий.

Относительно новым направлением деятельности системы здравоохранения России являются Центры здоровья (ЦЗ), созданные Приказом Минздравсоцразвития России №597н от 19 августа 2009 г. [11]. 15-17 сентября 2011 г. прошла Всероссийская научно-практическая конференция «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». Участники конференции высказали свое мнение о работе, задачах и проблемах ЦЗ в регионах России, представили результаты опросов населения в отношении их деятельности [9].

Несмотря на наличие очевидных проблем в деятельности ЦЗ, они постепенно начинают выполнять возложенные на них задачи. Так, по данным Сененко А.Ш. [13] (Управление здравоохранения Северо-Восточного административного округа г. Москвы) «в период открытия (декабрь 2009-февраль 2010 г.г.) из числа обратившихся 93% пациентов пришли в ЦЗ по причине поиска возможности побыстрее попасть к узким специалистам, или на функциональное исследование. Около 7% обратились в ЦЗ из интереса: «это что-то новое». В большинстве случаев разъяснительная работа позволила заинтересовать посетителей, провести полноценное обследование и достичь понимания пациентами необходимости и возможности здорового

образа жизни, а также заинтересованности в достижении результатов. К концу года доля обратившихся, которые идут в Центры здоровья целенаправленно, выросла, в результате чего в 88% случаев пациенты обращаются за информацией о наличии заболеваний [13].

Среди основных направлений в деятельности Центров здоровья по профилактике факторов риска центральное место занимает борьба с вредными привычками, в том числе с курением и злоупотреблением алкоголем. Но не только. Как свидетельствуют результаты опросов, залогом здоровья жители считают, в первую очередь, хорошее настроение и оптимизм, и только потом – физическую активность и правильное питание. При этом упоминаний населения о необходимости поддерживать физическую активность и правильно питаться в 2 раза меньше, чем о знании этих мер. Т.е. чаще люди не руководствуются своими знаниями [18].

На примере борьбы с курением, определены условия успешной работы с посетителями Центров здоровья, имеющих факторы риска. Одним из неперенных условий успешной первичной профилактики, с точки зрения А.Ш. Сененко, является «некурение сотрудников центра здоровья, а такжеи других медицинских работников [14]. В ином случае, людям, пришедшим на обследование, врядли будет разумным рассказывать о том, как вредно курить. Однако можно суверенностью утверждать, свидетельствует автор, что сегодня эффективность информации о вреде курения, в том числе материалов, размещенных в помещениях центров здоровья, и бесед врачей не сравнится в настоящее время по силе воздействия с рекламой сигарет в средствах массовой информации, на улицах городов, в печатных изданиях».

Также, по мнению А.Ш. Сененко, «вторичная профилактика - борьба с прогрессированием - в отношении курения имеет особенность в том, что само курение не рассматривается пациентом как заболевание. В беседе с пациентом терапевту Центра здоровья нередко удается убедить пациента задуматься об отказе от курения в связи с выявленными функциональными отклонениями в работе органов и систем, однако за этим непременно должна

следовать помощь узких специалистов: психотерапевтов, наркологов, психологов.

Приведенные данные показывают, что средства, имеющиеся в арсенале Центров здоровья, помогают мотивации пациента к отказу от курения, однако за этим пациенту должны быть предложены реальные медицинские технологии. Безусловно, необходимым является личный пример работников здравоохранения и меры по сокращению рекламы табачных изделий».

Важным условием эффективной работы Центров здоровья по борьбе с вредными привычками является осознание населением ущерба здоровью, который наносит курение и злоупотребление алкоголем.

По данным исследований, россияне акцентируют внимание на отказе от курения и злоупотреблении алкоголем как на главном способе поддержания своего здоровья. Во всяком случае, об отказе от вредных привычек, как способе заботы о здоровье, заявили в ходе опроса 42-46% респондентов. Вместе с тем, следует учитывать, что в группах риска отмечается минимальная готовность изменить свой образ жизни. Так, исследования Т.Г. Светличной и Н.С. Сивидовой [12] из Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск) показали, что более чем у половины никотинзависимых пациентов (55,1%) отмечается исчезающе малая мотивация к отказу от курения, у 42,5% курящих она выражена весьма слабо и только у 2,3% пациентов отчетливо осознана как жизненно важная необходимость. Таким образом, одним из важнейших направлений оздоровления образа жизни является сокращение, прежде всего, групп риска, т.е. групп много курящих и потребляющих алкоголь в количествах, наносящих существенный ущерб здоровью [12].

«Существуют опасения, что меры по борьбе с алкоголем или табаком приведут к дестабилизации общества и беспорядкам. Однако, согласно опросам, среди проблем, которые волнуют россиян, на втором-третьем местах постоянно выявляется проблема алкоголизма». Опросы показывают,

что современное российское общество поддерживает меры, направленные на борьбу с курением и злоупотреблением алкоголем [15].

Согласно данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации, 99,0% взрослых россиян считают, что следует запретить курение в помещениях школ, а 95,2% - что необходимо запретить курение в помещениях медицинских учреждений, затем – университеты / институты / колледжи (87,5%), рабочие места (81,0%) и кафе/кафетерии (77,0%). Самую низкую поддержку получил запрет курения в барах (48,9%), ресторанах (59,1%). В целом 42,1% респондентов считали необходимым введение запрета курения во всех указанных местах. 82,5% взрослых поддерживают полный запрет рекламы табачных изделий [3].

44,1% взрослых положительно отнеслись к увеличению налогов на табачные изделия; при этом наблюдалось существенное расхождение между мнениями постоянных курильщиков (18,2%) и некурящих (60,7%).

По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения к существенному повышению цен на табачные изделия 35% опрошенных относятся положительно и 31% затруднились ответить. Если табачные изделия сильно подорожают, то 23% бросили бы курить, 20% – стали бы меньше курить. По словам 40% россиян, повышение цен на их курении никак не скажется. И только 10% сказали, что будут курить более дешевые сорта сигарет.

Аналогичные тенденции существуют и в отношении к антитабачным мерам. По данным того же опроса, 58% респондентов скорее поддержали бы сегодня реализацию программы мер, подобной государственной программе по борьбе с пьянством и алкоголизмом 1985–1987 гг. При этом 28% россиян выступает за то, чтобы в России ввели полный запрет на производство и торговлю спиртными напитками.

В рейтинге наиболее популярных мер по борьбе с алкоголизмом лидируют: запрет на продажу алкоголя молодежи до 21 года (63%), запрет

рекламы любого вида алкоголя, в т.ч. и слабоалкогольных напитков (57%). Только 3% опрошенных считают, что вообще ничего не надо предпринимать, «государство не должно в это вмешиваться».

62% россиян убеждены, что борьба с пьянством является сегодня первоочередной задачей для нашего общества, 46% уверены, что введение запрета ночной продажи крепкого алкоголя поможет сократить потребление алкоголя, а 85% наших сограждан сообщают, что эта мера не повлечет никаких трудностей.

Лично одобряют введение запрета на продажу крепкого алкоголя в ночное время 68% (из населения в целом). И даже среди часто выпивающих (1–2 раза в неделю и чаще) 53% одобряют эту меру. После введения запрета количество сторонников возросло: уже 79% россиян поддерживают идею введения запрета на продажу крепкого алкоголя в ночное время. Изменилось не только отношение людей: спустя месяц после введения запрета на продажу алкоголя в ночное время суток преступность сократилась на 23%».

В своей статье В.Я. Шклярук анализирует результаты опроса студенческой молодежи и работающего населения, а также экспертов в отношении мер по снижению алкоголизации [19]. «Среди экспертов 58% поддерживают возможность введения для этого государственной монополии на производство водки и ограничение ее продажи; 73% – за возрождение учреждений принудительного лечения от алкоголизма и почти все (98%) за запрещение и введение жестких санкций за продажу пива лицам, не достигшим 18-летнего возраста. Последние две меры также поддерживает большинство опрошенных респондентов, а вот мнение, что введение государственной монополии на водку и ограничение ее продажи снизит алкоголизацию, разделяет только их половина.

Исследование, проведенное сотрудниками Сургутского государственного университета в декабре 2010 г., показало, что «к выбору антиалкогольных мер сургутяне относятся неоднозначно. В целом они позитивно относятся к запретительным мерам в отношении продажи алкоголя. Популярны такие административные ужесточения, как запрет

рекламы алкоголя (41%), увеличение возрастного ценза на его продажу (30%), запрет продажи в киосках и ларьках (29%) (вопрос предполагал более одного варианта ответа). За полный запрет продажи алкоголя выступили лишь 11% респондентов [8].

В то же время запретительные меры они не считают основным средством антиалкогольной политики. Большинство респондентов поддержали профилактические меры борьбы с алкоголизмом. Если главной причиной, способствующей алкоголизму, в том числе молодежному, является незанятость и отсутствие условий для досуга, то и главным направлением профилактики, по мнению респондентов, должно быть обеспечение интересного, ценностно-значимого времяпровождения – развитие творческого и спортивного потенциала. Подавляющее большинство высказалось за ценовую доступность действующих спортивных учреждений (60%), сооружение новых спортивных площадок во дворах по месту жительства (36%), развитие сети кружков и клубов по интересам (32%).

Аналогичные суждения были высказаны в отношении мер антиалкогольной политики на селе. Так, «83% респондентов считает, что государственная поддержка занятости трудоспособного населения в селах могла бы значительно снизить алкоголизм. Причем это мнение мало зависит от разницы в возрасте и пола. Этот фактор считается наиболее существенным в решении проблемы алкоголизма на селе» [19].

Подводя итоги обсуждению, можно суммировать авторские предложения следующим образом. Во-первых, авторы признают, что административно-правовые методы по вытеснению или ограничению спиртного, повышению ответственности за различные правонарушения на почве злоупотребления алкоголем и т.п., хотя и играют позитивную роль, и в целом поддерживаются населением, но полностью проблему решить не могут. Во-вторых, среди направлений профилактики курения и злоупотребления алкоголем общественное мнение отдает предпочтение созданию условий для занятости и повышения доходов населения, формированию цивилизованной досуговой среды и развитие инфраструктуры молодежного творчества и спорта. В-третьих, более значимый вклад в формирование образа жизни, свободного от алкоголя и табака, должны вносить врачи первичного звена, взаимодействие с которыми представляет собой наиболее постоянный, а иногда и единственный контакт населения с системой здравоохранения. Поэтому врачи должны стать для населения своеобразной модельной группой в отношении образа жизни. В-четвертых, необходима более высокая профессиональная подготовка врачей в области профилактики вредных привычек, а также разработка технологий эффективной борьбы с факторами риска. В-пятых, с учетом накопленного опыта работы Центров здоровья и реализации политики по борьбе с основными факторами риска, необходимо совершенствование концептуальных документов в этой сфере. Прежде всего, речь идет о «Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов

злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации» [6].

Считаем целесообразным привести комментарий участника форума на сайте «православие.ru» [7], который вобрал в себя наиболее распространенные суждения по данному вопросу [3; 8; 15; 19]:

«... в общем-то, благие цели и верное направление движения на фоне ... беспомощности собственно программной части Концепции. Во-первых, очень плохо состыкованы цели с задачами. Во-вторых, практически полностью в Концепции отсутствуют фиксированные количественные критерии успеха/провала. В-третьих, традиционная слабость раздела "механизм реализации" - если соответствующий механизм отдается на откуп дополнительным НПА, зачем вообще включать такой раздел в Концепцию. В-четвертых, мало внимания уделено проблеме реакции подпольного рынка на любую антиалкогольную кампанию. Опять наступаем на грабли антиалкогольной кампании Горбачева 24-летней давности. В результате, сам факт появления такой концепции, безусловно, радует, однако проблема алкоголизма в современном российском обществе сегодня находится на такой стадии, когда принцип "что-то лучше, чем ничего" уже явно не может быть достаточным для ее решения».

Выводы

Опросы населения показывают, что современное российское общество поддерживает меры, направленные на борьбу с курением и злоупотреблением алкоголем. Только административно-правовыми методами по вытеснению или ограничению спиртного, повышению ответственности за различные правонарушения на почве злоупотребления алкоголем проблему решить нельзя. Среди направлений профилактики алкоголизма общественное мнение отдает предпочтение пропаганде здорового образа жизни и созданию условий для развития молодежного творчества и спорта. Большинство опрошенных россиян считает, что государственная поддержка занятости трудоспособного населения, особенно в селах могла бы значительно снизить распространение алкоголизма.

При этом население считает, что:

- Непременным условием успешной первичной профилактики является борьба с вредными привычками среди самих медработников, в частности «некурение» сотрудников центров здоровья других медицинских учреждений. Сам факт курения врача сегодня следует рассматривать с более широких позиций – как нарушение им не только медицинской этики, но и своего профессионального долга

- Необходимо повышать авторитет врача. Непрофессионализм врачей внушает населению недоверие к ним, и в случае заболевания многие люди занимаются самолечением. Залогом здоровья население считает, в первую очередь, хорошее настроение и оптимизм и только потом – физическую активность и правильное питание.

Библиографический список

1. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад. Социологические исследования. 2010. №4. С. 75-87.
2. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья. Здравоохранение Российской Федерации. 2009. №3. С.10-14.
3. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака, Российская Федерация. Страновой отчет. 2009. URL: http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf (Дата обращения 27.02.2012)
4. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. N 1351) URL: <http://mon.gov.ru/dok/ukaz/vosp/4202/> (Дата обращения 07.02.2012)
5. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: <http://topmedicina.ru/health/koncepciya> / (Дата обращения 07.02.2012)
6. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года (Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. №2128-р) URL: http://fsrar.ru/policy_of_sobriety/koncepcia (Дата обращения 07.02.2012)
7. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. Комментарии читателей в интернет-журнале Православие.ru. URL: <http://www.pravoslavie.ru/jurnal/33780.htm> (Дата обращения 12.03.2013)
8. Мартынов М.Ю., Мартынова Д.Ю. Алкоголизм в северном городе. Социологические исследования. 2011. №7. С.119-121.
9. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». URL: http://depzdrav.yanao.ru/sites/default/files/dzo/forums/vserossijsky/health_nation-basis_prosperity_russia/08_centry_zdorovya.pdf (Дата обращения 20.02.2012)
10. Носырева И.Г. Охрана труда и поведение работников в области сохранения и поддержания здоровья (по материалам социологического опроса). Известия ИГЭА. 2010. №2 (70). С. 99-103.
11. Приказ Минздравсоцразвития России №597н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/930> (Дата обращения 20.02.2012)
12. Светличная Т.Г., Сивидова Н.С. Роль врача общей практики в предупреждении табачной зависимости. Экология человека. 2009. №3. С.40-43.

13. *Сененко А.Ш.* Вопросы профилактики табакокурения в Центрах здоровья. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». URL: http://depzdrav.yanao.ru/sites/default/files/dzo/forums/vserossijsky/health_nation-basis_prosperity_russia/08_centry_zdorovya.pdf (Дата обращения 20.02.2012)
14. *Сененко А.Ш.* Динамика поводов для обращения граждан в центры здоровья в 2009-2011 годах. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». URL: http://depzdrav.yanao.ru/sites/default/files/dzo/forums/vserossijsky/health_nation-basis_prosperity_russia/08_centry_zdorovya.pdf (Дата обращения 20.02.2012)
15. *Сушинский С.* Политические риски или провокации лоббистов? Советник Президента. Информационно-аналитическое издание. 2011. №92. URL: http://sovetnikprezidenta.ru/92/2_obscestvo.html (Дата обращения 27.02.2011)
16. *Тоичкина В.П.* Теоретические аспекты формирования и реализации демографической политики с позиций устойчивого развития: муниципальный уровень. Север и рынок: формирование экономического порядка. 2011. Т. 1. № 27. С. 164-168.
17. *Чугунова Н.В.* Социально-демографическое развитие Белгородской области изменяющейся России. М.: ГЕОС, 2011. 140 с.
18. *Шабунова А.А., Окулова Н.А.* Оценка населением социокультурной среды региона. Социологические исследования. 2011. №6. С.36-43.
19. *Шклярук В.Я.* Демографическое поведение отдельных социально-демографических групп населения. Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2008. № 12. С. 358-364.
20. *Щепин О.П., Коротких Р.В., Смбалян С.М., Растегаев В.В.* Основные направления совершенствования профилактической работы по материалам социологического исследования. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №5. С.25-28.

Л.М. Злотникова,

Белорусский торгово-экономический университет, Гомель

КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ПРЕДМЕТ СОЦИОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

В последние годы стремительно расширяется коммерциализация здравоохранения. Все, что в той или иной степени связано со здоровьем, переводится на условия платности и окупаемости. Общеизвестно существование двух основных сфер человеческого бытия: объективное и субъективное. Система жизнедеятельности человека по определению П.Сорокина «социальная система координат гораздо сложнее системы координат двух или трех измерений» [2, с. 34]. Здоровье человека в контексте жизнедеятельности – это отдельная «социальная система координат, определяющая социальное положение индивида представляет собой «систему многих измерений» [2, с. 34].

Один из теоретиков экономики благосостояния, лауреат Нобелевской премии 1972 года Кеннет Эрроу еще в докторской диссертации под названием «Социальный выбор и индивидуальные ценности» предпринял попытку установить условия, при которых групповые решения могут быть выведены из индивидуальных предпочтений. Здравоохранение выполняет в обществе одну из важнейших, и не будет преувеличением, фундаментальную социальную функцию благосостояния. И может быть представлено общественным институтом формирования и реализации политики по сохранению трудоспособности человеческого потенциала на основе индивидуальных ценностей. Системно – синергетическая связь между индивидуальными предпочтениями и социальным выбором общества наиболее четко отражается в состоянии здравоохранения. Мы воспользуемся идеей Кеннета Дж. Эрроу и отметим, что предметом нашего небольшого

исследования является не здоровье, а здравоохранение. В связи с этим определим понимание здравоохранения. Здравоохранение нетождественно функционирующей системе медицинской помощи. Оно должно быть представлено не только в науке, но и на практике как система общественных отношений, оказывающих непосредственное и опосредованное влияние на индивидуальное и общественное здоровье. Гипотетически давно признано существование многообразных систем, факторов и условий влияющих на формирование и поддержание трудоспособного здоровья. «Медицинская помощь – только один из них. Другие блага, такие как питание, жилище, одежда и уровень санитарии могут быть более важными, особенно при низком уровне дохода» [3, с.293].

Человек, а значит и состояние его здоровья, постоянно включены в разнообразные социально-экономические, психологические, морально-нравственные, этические и культурные системы взаимодействия. Если человек не осознает собственного влияния на происходящее, выступает в роли пассивного созерцателя, это не означает отсутствия в формальных и неформальных социальных организациях. Независимо от уровня социализации человек оказывает воздействие на состояние всех общественных элементов и условий. П.Сорокин неоднократно обращал внимание на некорректность использования понятий «единое общество» и «противостояние интересов индивида и личности» [2, с.38]. Для постановки и последующего решения социально-экономических проблем в теоретическом и практическом поле социологии здоровья методологическое завещание великого социолога имеет принципиальное значение.

На наш взгляд, расширение исследовательских проблем в социологии здоровья объективно обусловлено. В настоящее время в сфере здравоохранения сложилась ситуация, при которой действующая бюрократическая система и ее нацеленность на прямое и непосредственное

сокращение затрат, следование абстрактным бюрократическим нормам, препятствует подлинной эффективности. В соответствии с теоретическим принципом В. Парето экономическая эффективность организации напрямую зависит от соблюдения прав и жизненного пространства всех участников. Любое управленческое действие должно базироваться на принципе невозможности его осуществления, если изменения в пользу одного приведут к ухудшению положения другого лица или группы лиц. Жизнедеятельность человека осуществляется в условиях ограниченных ресурсов и поэтому максимальную полезность все члены общества получают только при их эффективном использовании. Экономическая политика государства в сфере утилитарно трактуемой экономии бюджетных денег в вопросах поддержания трудоспособной продолжительности жизни человека нам представляется, как в лучшем случае «эмоциональное совершенствование социальных условий». Уничтожение больниц и фельдшерско-акушерских пунктов в небольших населенных пунктах – это ничто иное, как проявление нерационального использования бюджетных средств. Общеизвестно, что сельское население представлено в основном пожилым и старческим населением. Соответственно в большинстве случаев они нуждаются в постоянном поддерживающем лечении, оно, как правило, не требует сложной техники и технологий, на практике ограничивается стандартным набором лечебных и физиопроцедур. И в тоже время помогает пожилому человеку продлить трудоспособную жизнь. Трудоспособное здоровье, его основные характеристики в различных возрастных категориях – насущная потребность практики и один из предметов социологии здоровья.

Стремление получить сиюминутную выгоду стимулирует не только игнорирование субъективного мнения проживающих, но и объективные условия. В настоящее время люди, проживающие в небольших населенных пунктах, могут получать поддерживающее лечение без особых проблем.

Влияние своевременно проведенной профилактики на продолжительность трудоспособного здоровья находится вне предмета гуманитарных исследований. Действующая медицинская статистика, используемые методики расчета экономической эффективности давно находятся в серьезных противоречиях с требованиями времени. И как, следствие господство внешне привлекательных и экономически выгодных источников сокращения «так называемых затрат». На наш взгляд, не просто бюрократическое бесчувствие и безразличие, это новая форма пренебрежительного отношения к жизни человека. Сложившееся положение в системе здравоохранения можно охарактеризовать словами великого Э. Дюркгейма «..все эти виды поведения...порождают аналогичное направление ума, поскольку в равной степени сопряжены со смертельным риском» (д.15).

Бурно развивающийся процесс коммерциализации здравоохранения заставляет задуматься не только о субъективных оценках собственного здоровья, но и реальных условиях формирования и поддержания трудоспособности на протяжении всей жизни человека. «Точно так же, как здоровье и красота имеют место одним способом, а болезнь и безобразие - многими способами, даже бесконечным числом способов, так и правильность действия достигается одним-единственным способом, а погрешность в действии - бесконечным числом способов». Эти слова сложно оценивать как подлинное цитирование великого философа Ф.Аквинского, и наиболее полно отражают сложность оценки здоровья обществом и человеком. Что может быть точнее отождествления болезни и безобразия. Многочисленные примеры возникновения и распространения инфекционных заболеваний убедительно доказывают о безобразном поведении человека, который по разным причинам либо отказывается от лечения, либо прерывает его. Всемирная организация здравоохранения постоянно предупреждает о серьезной опасности широко распространенного туберкулеза. Несмотря на то, что человек имеет право на свободу выбора, в данной ситуации чаще

всего рекомендуется не только принудительное лечение, но и максимально возможная изоляция от общества. По разным оценкам больной туберкулезом способен заразить до 50 человек, нанося при этом огромный ущерб обществу.

Попытаемся сформулировать еще один комплекс проблем, связанных с коммерциализацией здравоохранения. В СССР действовал принудительный принцип обследования пациентов, проходящих лечение у наркологов, на заболевание туберкулезом. По оптимистическим оценкам около 30 % алкоголиков в той или иной форме были носителями палочки Коха. Современное государство, почувствовав вкус «легких» доходов, приступило к ничем неограниченной экономии финансовых, материальных и человеческих ресурсов. Манипулируя общественным сознанием и ложно понимаемой свободой выбора, государство отказалось от принципа принуждения к раннему выявлению и лечению серьезного заболевания. Пациент наркологической клиники получал право выбора. В связи с этим возникает вопрос: «Допустимы ли нарушения личных прав и свобод отдельных граждан, если они представляют потенциальную угрозу здоровью других?». На наш взгляд, именно социология здоровья может дать ответ на поставленный вопрос.

Философия определяет подлинность науки прочностью связей с жизнью. Автору не удалось найти результаты ни одного полномасштабного социологического исследования по проблеме «права человека и состояние здоровья». Проблема «право выбора здоровья или нездоровья» носит системный характер. С одной стороны, там, где есть реальная угроза здоровью и жизни не одного десятка человек, бюрократия от медицины предоставляет право выбора (приведенный пример с заболеваемостью туберкулезом и не только), а с другой - подавляющее большинство населения принудительно прикреплено к государственным лечебным учреждениям.

Процесс ликвидации «неэффективных» лечебных учреждений - это уже полное игнорирование прав человека не только на минимальную помощь, но и жизнь. Сложно представить как человек сможет получить неотложную помощь, если транспортное сообщение ограничено, до ближайшего крупного населенного пункта, где по «экономической целесообразности» чиновников будет функционировать медицинское учреждение, придется добираться несколько часов. Многократно возрастают риски значительных потерь трудоспособного здоровья. Понятие «трудоспособное здоровье» в большей степени социальное, чем медицинское. Оно характеризует, на наш взгляд отношение человека к самому себе и ценности жизни со стороны окружающих. С позиции здравого смысла сложно обосновать бюрократический отказ в получении поддерживающего лечения для большинства проживающих в сельской местности и право выбора для меньшинства, которые могут представлять потенциальную угрозу.

На одном из форумов лауреатов Нобелевской премии, который периодически проводился в Санкт-Петербурге по инициативе Жореса Алферева, автору посчастливилось услышать ответ на вопрос: «Почему человек не может выбрать врача?». Присутствовавший высокий государственный чиновник из Министерства здравоохранения России ответил удивительно просто: «не сможет человек самостоятельно выбрать врача, так как определить квалификацию и профессионализм очень сложно». Истинные причины принудительного прикрепления гораздо глубже и связаны с действующей системой управления и распределения материальных, денежных ресурсов и финансовых потоков в системе здравоохранения. Мы не будем проводить анализ публикаций по вопросу «оптимизации затрат» в сфере производства и потребления общественных благ. Хотели бы обратить внимание на одно обстоятельство. В интерпретации ученого экономиста, лауреата Нобелевской премии по

проблемам асимметричности информации Дж. Акерлофа продавцы и покупатели всегда имеют разную информацию о качестве товаров и услуги. Практически всегда покупка товара или услуги сопровождается определенной степенью риска. Сохранение государственного диктата и ограничение права выбора лечебной или профилактической медицинской помощи, лечебного учреждения и врача консервируют высокий уровень неэффективности затрат, создают благоприятную среду для производства услуг здравоохранения не отвечающих требованиям человека, служат латентным источником теневых отношений.

Социологический контекст теории асимметричной информации в сфере производства медицинских услуг заключается в высокой жизненно важной значимости ее равной доступности. Сегодня навязанная медицинская услуга постоянно преобладает над желаемой по причине отсутствия выбора не только у человека, но и учреждений здравоохранения. Государственная бесконтрольная со стороны общества политика распределения материальных, финансовых и человеческих ресурсов породила так называемую «оптимизация затрат». Специалист политической экономии Оксфордского университета Дэвида Стаклер и помощник профессора медицины и эпидемиолог Санжей Басу в книге *The Body Economic: Why Austerity Kills* (Экономика тела: почему жесткие меры экономии убивают) опубликовали результаты многолетних исследований о влиянии жесткой экономии на здоровье человека. В течение 10 лет они проанализировали большое количество информации по обозначенной проблеме и пришли к выводу, что жесткие меры экономии наносят серьезный вред здоровью (4). Проблемы выбора здоровья или болезни не должны ограничиваться утилитарным экономическим расчетом затрат на принципах сиюминутной выгоды. Социальные отношения, ценности, нормы морали и нравственности отменить сложно. Но настойчивое внедрение арифметического подхода в

профилактической и лечебной практике способствует сохранению вербальной, а не реальной ценности человека.

Небольшой анализ процесса коммерциализация института здоровья позволяет говорить о том, что нерешенные проблемы в сфере социально-экономического знания природы процессов «здоровье» и «здравоохранение» возникли не сегодня. Длительное время экономисты, социологи не обращали особого внимания на соотношение понятий «частное» и «общественное» благо. Узкая специализация и дифференциация научных исследований по вопросам здоровья человека поддерживается широко распространенными социальными стереотипами.

Изучение механизмов возникновения и преодоления которых может оказать действенную помощь в управлении социально-экономическим развитием. Социологические исследования много внимания уделяют получению субъективных оценок того или иного процесса явления. Социология здоровья не является исключением. Если «здоровье – это частное благо», то получаемые субъективные оценки его состояния могут использоваться как источник информации при принятии управленческих решений. Субъективная оценка здоровья человека была заложена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В преамбуле к Уставу (Конституции) Всемирной организации здравоохранения записано: «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Перечисленные виды благополучия не являются постоянными величинами, зависят от многих факторов и условий. Образно говоря, наркоман получивший дозу будет чувствовать себя «на верху блаженства». Из повседневного наблюдения очевидно, что оценочные суждения прогнозируемы. Если опрос проводить, например, после получения заработной платы, подавляющее большинство респондентов будут в хорошем настроении.

ВОЗ предложила некоторые разъяснения по применению уставного понятия «здоровье». Суть их сводится к тому, что под здоровьем понимается «отсутствие выявленных расстройств и заболеваний». Данное разъяснение позволяет нам обратить более пристальное внимание на оценку здоровья в категориях общественное и частное благо. Если общество и государство признает здоровье как разновидность частного блага, то вся ответственность ложится на человека и гипотетически он волен делать с ним все, что ему хочется, т.е. не только игнорировать своевременное обращение к врачу, вести асоциальный образ жизни, нарушать элементарные социально-гигиенические нормы, но и не нести ответственность за распространение инфекционных заболеваний. В нашей жизни не единичны факты, когда человек «награждается» различными инфекционными заболеваниями на предприятиях общественного питания. Бесплатное лечение пострадавший получит только на первом этапе, т.е. устранения инфекции. Медицинская наука располагает доказательствами существования прямой, часто латентной зависимости между перенесенными инфекционными заболеваниями и приобретением многочисленных хронических заболеваний. Лечение последних становится полной ответственностью человека.

Как уже отмечалось, человек до тех пор здоров, пока не выявлено то или иное заболевание. Врачи часто используют понятие «дезадаптации». Это означает, что болезнь длительное время носит латентный характер и небольшой толчок переводит состояние организма в новое качество. Э.Дюркгейм, исследуя причины самоубийств, обратил внимание на следующие важные социальные реальности «...можно установить, что полученное число самоубийств, совершенных в данном обществе ...не является простой суммой независимых между собой единиц..., но что эта цифра образует новый факт, имеющий внутреннее единство... она по существу своему глубоко социальна» [1, с.16]. Результаты социально - философского исследования Э.Дюркгейма часто оцениваются только с

позиций одномоментного суицидального поступка

определенных групп людей. Мы хотели обратить внимание на наличие глубокой и прочной связи между предоставлением человеку полного права распоряжаться здоровьем как частным благом и уровнем трудоспособной продолжительности жизни населения в целом. Несмотря на наличие высокой смертности в трудоспособном возрасте, снижение потенциала общего и репродуктивного здоровья молодых людей, государство пытается возложить практически всю ответственность на человека. Все чаще повторяется лозунг о том, что на 75% состояние здоровья человека зависит от того, какой образ жизни он ведет. Для развенчания мифа об индивидуальной ответственности человека акцентируем внимание на отдельных компонентах образа жизни, влияющих на здоровье человека. Существенными составляющими здоровья и жизни являются высокие степени риска. Последние все чаще носят непредсказуемый характер. Техногенные (можно назвать их рукотворными) аварии и катастрофы, природно-климатические сопровождаются потерями человеческих жизней и здоровья. Анализ причин возникновения той или иной производственной аварии не дает ответа на вопрос о состоянии здоровья человека, чьи действия привели к негативным последствиям.

Внедрение коммерциализации в сферу производства и потребления общественных благ, а здоровье мы считаем общественным, а не частным благом сопровождается расширением платности на все виды медицинских услуг и, прежде всего профилактических. Не будем отягощать наше небольшое исследование цифрами, они давно известны. Хотели бы обратить внимание на существование принципиальных различий между оценкой стоимости государственного и общественного отношения к материальным факторам и состоянию здоровья человека. В структуре затрат на производство разнообразных товаров в обязательном порядке присутствуют средства на проведение профилактических и текущих ремонтов оборудования. Производители несут материальную ответственность за

своевременное проведение поверочных работ используемого оборудования и инструментария. Иная ситуация в отношении здоровья. На вербальном уровне постоянно повторяется фраза о ценности здоровья и жизни человека. Фактически всю тяжесть материальных, временных, финансовых, моральных и психологических затрат вынужден нести человек.

В годы реформ сложилась удивительная ситуация по формированию личных, общественных и государственных предпочтений. В погоне за денежно-вещественной выгодой государство превратило здоровье человека в источник прибыльного бизнеса. Подавляющее большинство диагностических обследований носит платный характер. Инициатива человека по проведению полноценных профилактических осмотров имеет две цены: моральную и материальную. К сожалению, люди, стремящиеся к поддержанию высокого уровня здоровья не всегда поддерживаются, к тому же вынуждены весь груз материальной ответственности нести самостоятельно. Все обозначенные проблемы говорят о том, что преодоление кризиса в здравоохранении невозможно осуществить механическим перераспределением финансовых, материальных и человеческих потоков. Система здравоохранения – это не организация массового производства. Основа ее эффективной деятельности – трудоспособная жизнь человека, а не сокращение мифических затрат.

Библиографический список

1. *Дюркгейм Э.* Самоубийство: Социологический этюд /Пер. с фр. с сокр.; Под ред. В.А. Базарова. — М.: Мысль, 1994. — 399 с.
2. *Сорокин П. А.* Социальная аналитика: Учение о строении сложных социальных агрегатов. Т.2. — М.: Наука, 1993. — 688 с. — (Социологическое наследие)
3. *Эрроу К.Дж.* Основания экономики благосостояния /Вехи экономической мысли. Экономика благосостояния и общественный выбор. Т.4. Под общ. ред. А.П. Заостровцова — СПб.: Экономическая школа. 2004. — 568 с.

4. Жесткие меры экономии вредят здоровью.
http://www.ukrrudprom.ua/news/Gestkie_meri_ekonomii_vredyat_zdorovyyu.html Режим доступа: свободный. Дата доступа 27 мая 2013.
5. "Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)"
<http://ppt.ru/newstext.phtml?id=38297>. Режим доступа свободный. Дата доступа 25 мая 2013.

Е.Ю.Иванова,

ФГБУН ИС РАН, Москва

ИНКЛЮЗИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ³⁷

Важнейшими функциями дошкольного образовательного учреждения, согласно «Типовому положению о дошкольном образовательном учреждении» [1] являются: «охрана жизни и укрепление физического и психического здоровья воспитанников», «осуществление необходимой коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии воспитанников»; проведение реабилитации детей-инвалидов при наличии в учреждении соответствующих условий.

Российская система дошкольных учреждений, ориентированных на детей с особыми образовательными потребностями, в настоящее время - в ожидании существенных перемен. Эти перемены связаны с активным продвижением идей инклюзивного образования. ЮНЕСКО и ООН за последние 20 лет приняли ряд документов, в которых одним из определяющих факторов построения гражданского общества провозглашено развитие системы инклюзивного образования [2; 3]. Закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ определяет инклюзивное образование как обеспечение равного доступа к образованию **для всех обучающихся** с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей всеми без исключения детьми независимо от их индивидуальных особенностей, учебных достижений, родного языка, культуры, конфессиональных предпочтений, их психических и физических возможностей.

³⁷ Материал был подготовлен при поддержке РГНФ (грант 12-03-00490/13)

Проект Федерального образовательного стандарта дошкольного образования, который в настоящее время широко обсуждается педагогическим сообществом, содержит констатирующие положения об учете особых образовательных потребностей отдельных **категорий детей**, в том числе с ограниченными возможностями здоровья. В разделе «Требования к разделам основной образовательной программы» присутствует подраздел: «Содержание коррекционной работы и/или инклюзивного образования». Обсуждаемый документ разработан, естественно (и на это есть ссылки в преамбуле), на базе и во исполнение законов, о которых мы упоминали выше. Ставить знак равенства между коррекционной работой и инклюзией – это значит не понимать суть, значение, задачи и философию инклюзивного образования. Кроме того, стандарт обязывает учитывать «особенности развития и специфические потребности **каждой категории детей**», что вступает в противоречие с базовым постулатом инклюзивного образования – учет индивидуальных особенностей **каждого ребенка** [13]. Утверждение документа в таком виде может нанести существенный вред процессам гуманистической перестройки системы дошкольного образования.

Однако необходимо согласиться с тем, что важнейшим сегментом инклюзивного образования является обеспечение равного доступа к получению образования детей-инвалидов.

Указом Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 была утверждена Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы [4]. В котором в том числе намечены меры, направленные на обеспечение доступности и качества образования, среди которых:

«Законодательное закрепление правовых механизмов реализации права детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на

включение в существующую образовательную среду на уровне дошкольного, ... **(права на инклюзивное образование)**...

...Создание единой системы служб ранней помощи для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, включающей медицинскую, реабилитационную, коррекционно-педагогическую помощь ребенку, социально-психологическую и консультативную помощь родителям; обеспечение преемственности ранней помощи и помощи в дошкольном возрасте, **развития инклюзивного дошкольного образования**, организации комплексной подготовки ребенка-инвалида и ребенка с ограниченными возможностями здоровья к обучению в школе...

...Законодательное закрепление обеспечения **равного доступа детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья к качественному образованию всех уровней**, гарантированной реализации их права на инклюзивное образование по месту жительства, а также соблюдения права родителей на выбор образовательного учреждения и формы обучения для ребенка».

Несмотря на то, что в документах, регламентирующих деятельность образовательных учреждений, обеспечение равного доступа к получению того или иного вида образования всеми без исключения детьми независимо от их индивидуальных особенностей, именуется «инклюзией», в профессиональном сообществе педагогов и психологов не утихает принципиальная дискуссия о применении терминов «инклюзия» и

«интеграция». В специальной литературе эти два понятия могут рассматриваться как синонимы, интеграция может характеризоваться как менее развитая форма инклюзии, ее первый этап. **Интеграция** (от лат. *integratio* – соединение) — процесс развития, результатом которого является достижение единства и целостности внутри системы, основанной на взаимозависимости отдельных специализированных элементов. **Инклюзия** (калька с англ. *inclusion*) — включение, добавление, прибавление, присоединение.

Итак, терминологически **интеграция — процесс двусторонний, симметричный; инклюзия — однонаправленный, асимметричный**. По существу - интеграция предполагает, что ребенок должен адаптироваться к образовательной системе. Один из основных аспектов интеграции в образовании - правильно проложенный образовательный маршрут для конкретного ребенка, построение последовательно усложняющихся образовательных (коммуникативно-познавательных) сред в условиях одновременного обучения особых детей и обычных детей [14]. Пятнадцать лет назад в России были созданы первые интегративные дошкольные учреждения. Отсутствие поддержки на законодательном уровне, отсутствие материальной базы, сложный и трудоемкий процесс индивидуальной коррекционной работы, неподготовленность специалистов, владеющих интеграционными образовательными методиками, неэффективность механизмов финансирования, отсутствие должной работы с родителями и

учителями, неприятие интеграции сообществом дефектологов способствовало тому, что идея интеграции в России была дискредитирована. Подобные процессы происходили и в западных странах, именно поэтому» появляется новый термин – «инклюзия» и, под него выстраивается новая более гибкая идеология. Система образования адаптируется к ребенку, а не наоборот. Даже если дети не отвечают установленным требованиям и стандартам они все равно могут учиться. «Инклюзивный подход в образовании стал утверждаться в связи с тем, что в современном обществе **на смену «медицинской» модели**, которая определяет инвалидность как нарушение здоровья и ограничивает поддержку людям с инвалидностью социальной защитой больных и неспособных, **приходит «социальная» модель**, которая утверждает: причина инвалидности находится не в самом заболевании, как таковом; причина инвалидности – это существующие в обществе физические («архитектурные») и социальные («отношенческие») барьеры, стереотипы и предрассудки» [5].

В этом смысле дошкольное образование, являющейся первой ступенью социализации детей, становится важнейшим «полигоном» для воспитания толерантности. И не только дети, но и родители, педагоги, включенные в процесс - изменяются. Именно от дошкольного учреждения расходятся волны нового инклюзивного подхода к образованию и инклюзивного общественного сознания. До настоящего времени **интегративные** детские сады в России успешно работают, решая общие задачи обучения и

оздоровления детей дошкольного возраста с особыми образовательными потребностями, наравне со **специальными или коррекционными учреждениями** (для детей с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с задержкой психического развития) и **инклюзивными** детскими садами.

Замена традиционной, годами выстроенной системы дошкольного образования инклюзивной требует системного подхода к анализу и выявлению как положительных, так и отрицательных гуманитарных и образовательных последствий, оценок рисков и необходимых законодательных, информационных, воспитательных, пропагандистских и т.д. действий, необходимых для формирования благоприятной среды для реализации задач и целей инклюзивного образования.

Зарубежными странами с полувековым опытом инклюзивного образования выработаны критерии оценки развития интеграционных процессов. Эти критерии признаются странами с развитой системой интеграции. Приведем лишь некоторые из этих критериев, которые, на наш взгляд, являются основополагающими:

1. Наличие и исполнение в стране соответствующего законодательства, согласно которому возможно или рекомендуется интегрированное (инклюзивное) образование;
2. Обеспеченность экономической основы этих законодательных актов;
3. Сохранение функционального статуса существующих учреждений системы специального образования и улучшение специальных

- образовательных условий для обучающихся в этих учреждениях детей с проблемами в развитии;
4. Дифференциация образовательных затруднений учащихся как основа организации их обучения, включающая тщательный и индивидуальный подбор образовательной среды для предупреждения вторичных отклонений в развитии ребенка и необходимости его изолированного обучения;
 5. Наличие социальных и образовательных условий для жизни ребенка с ограниченными возможностями в семье и полноценного участия семьи в его воспитании;
 6. Соблюдение права выбора родителей: родители детей с ограниченными возможностями вправе свободно выбирать либо инклюзивное образование, либо обучение в специальном образовательном учреждении; наличие экономического обеспечения реализации этого права;
 7. Обеспечение доступности инклюзивного образования (транспорт, жилищные условия и социальные отношения, архитектура и близость расположения образовательного учреждения и др.)[6].

Приведенные выше критерии очень четко формулируют требования не только к системе образования, и даже не столько к системе образования, а к системе необходимых социальных - экономических условий для полноценной жизни детей с особыми образовательными потребностями. Этот подход придает процессу глобальный, структурный, гуманитарный характер.

В последние годы, в ряде регионов России сделаны серьезные шаги по расширению инклюзивного пространства. Много сделано в сфере законотворчества, в сфере методического обеспечения, отработки организационных механизмов и финансирования, подготовки кадров,

научного обсуждения, проведения информационных и культурных акций и мероприятий, создания объединений родителей, имеющих детей с особыми образовательными потребностями, создания профессиональных сообществ и прочее. Особые успехи в этом направлении сделаны в Москве. Уже достаточно давно – с начала 90-х годов прошлого века здесь ведется работа по созданию условий для совместного образования детей здоровых и детей с особыми образовательными потребностями.

Москва, наряду с другими регионами, является экспериментальной площадкой по отработке программы инклюзивного образования и в том числе инклюзивного дошкольного образования. В 96 из 2274 учреждений реализуется инклюзивная практика [7].

Основа любого процесса – законодательная база. В столице принята «Стратегия повышения качества жизни инвалидов в городе Москве на период до 2020 года». По оценкам экспертов «вполне реально к 2020 году дать возможность практически всем московским детям-инвалидам, родители которых изъявляют желание, посещать дошкольные и школьные образовательные учреждения общего типа»[8]. Отметим еще несколько важных документов, регламентирующих организационные моменты развития инклюзивного образования в дошкольных учреждениях:

- Закон города Москвы № 16 от 28.04.2010 «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья»;

- Положение об организации деятельности группы комбинированной

направленности государственного образовательного учреждения, реализующего основную общеобразовательную программу дошкольного образования;

-Положение о сообществе специалистов инклюзивных дошкольных учреждений Центрального окружного управления образованием города Москвы;

-Положение об организации деятельности инклюзивной группы государственного образовательного учреждения, реализующего общеобразовательные программы дошкольного образования и другие.

В столице выстроена организационная и институциональная структура инклюзивного образования, которая может быть рекомендована для других регионов. Во всех округах г. Москвы определены образовательные учреждения, в которых будет осуществляться инклюзивная практика, созданы окружные ресурсные центры по развитию инклюзивного образования. В большинстве округов созданы Советы по развитию инклюзивного образования как органы, определяющие направления развития этой практики в округе. Проблемы научно-методического обеспечения инклюзивного образования, поддержки образовательных учреждений, реализующих инклюзивный подход, подготовки и переподготовка специалистов в области инклюзивного образования занимается Институт проблем интегративного (инклюзивного) образования. Работает разветвленная сеть государственных и негосударственных организаций,

помогающих детям с особенностями развития (фонды, центры). Активно развиваются новые формы дошкольного образования, лекотеки, службы ранней помощи, группы «Особый ребенок», группы кратковременного пребывания для детей с отклонениями развития, инклюзивные группы раннего возраста и др. Созданы информационные Интернет-ресурсы [12], позволяющие сориентироваться в инклюзивном пространстве города. Так «Карта доступности объектов города Москвы» предоставляет пользователям информацию о состоянии безбарьерной среды, и в том числе, доступности дошкольных учреждений.

При явных успехах и достижениях в столице в деле создания организационной структуры инклюзивного пространства, представляется, что системная перестройка образования под задачи, технологию и философию инклюзии потребует значительных финансовых вложений и длительного периода адаптации всех акторов к новым ролям, новым методам и новой социально-культурной позиции.

На фоне успешной практики в ряде регионов России, укрепления законодательной базы и явного изменения отношения общества к инвалидам, многие факты свидетельствуют о наличии целого ряда серьезных проблем.

Так, в среднем по Москве полностью доступны для детей - инвалидов только 34% дошкольных учреждения, частично доступны - 33 % и недоступны – 33% [12]. Более детальный анализ обеспечения доступности дошкольных учреждений для различных групп детей (для инвалидов на

кресле-коляске, для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата, для инвалидов с поражением слуха, для инвалидов с поражением зрения) выявил диспропорции в темпах и приоритетах организации «безбарьерной» среды. Так для инвалидов-колясочников в Центральном округе в 41% учреждений недоступна прилегающая территория, в 57 % - входная группа (нет пандуса), в 57% - не подготовлены пути движения, в 84% не подготовлены санитарно-бытовые условия, в 58% - нет средств визуальной и звуковой информации. На наш взгляд, именно уровень подготовки санитарно-бытовых условий характеризует степень готовности детского сада к инклюзивному процессу.

«Верхи» понимают, что инклюзия – это необходимое будущее и оно – неотвратимо. Однако расширение инклюзивного пространства требует постоянного мониторинга степени готовности общества к инклюзивному образованию. Необходимо учитывать наличие конфликтов интересов, среди которых можно отметить следующие: родители детей с особыми образовательными потребностями – родители обычных детей; дети с особыми потребностями – обычные дети; дети с особыми потребностями – педагоги, тьюторы; педагоги специальных и коррекционных дошкольных учреждений и управленцы от дошкольного образования и пр.

В подтверждение наличия неоднозначного отношения общества к процессам интеграции в образовании, 12 августа 2012 году Фонд общественного мнения (ФОМ) провел опрос среди россиян, касающийся

инклюзивного образования [9]. В опросе приняли участие 1500 респондентов из 43 субъектов Российской Федерации. По данным исследования: 45% россиян считают, что дети-инвалиды должны учиться вместе с обычными детьми; против совместного обучения выступают 35% опрошенных; 19% граждан не определились в этом вопросе. О не комфортности обучения обычных детей совместно с детьми-инвалидами заявляют 39 процентов опрошенных. О том, что детям - инвалидам будет не комфортно учиться вместе с обычными детьми, убеждены 52 процента, принявших участие в опросе. Причем на ответы в незначительной степени влияли политические взгляды респондента, его пол, возраст, образование, доход. Так в Москве, где уровень готовности к широкому внедрению системы инклюзивного образования значительно выше, чем в среднем по России, самый низкий процент (40%) респондентов поддерживает идею совместного обучения детей-инвалидов и обычных детей и самый высокий процент респондентов (28%), не определившихся в своем отношении к этой проблеме.

Индикатором уровня готовности общества к инклюзии может служить и такой факт, как использование понятия «дети-инвалиды» в официальных документах и социологических опросах. На Западе уже давно принято называть «инвалидов» не словом «invalids» (инвалиды), а термином «disabled people» (люди с ограниченными возможностями). Россия переводит название Конвенции ООН как Конвенция «О правах инвалидов», хотя на английском

она звучит как The UN Convention «On the rights of persons with disabilities". Фонд общественного мнения, при проведении вышеупомянутого опроса формулировал вопросы с использованием термина «дети-инвалиды», а не «дети с особыми потребностями», или «особые дети» и таких примеров множество.

Об уровне готовности нашего педагогического сообщества к инклюзивному образованию свидетельствуют данные социологического опроса «Отношение населения города Сургута к внедрению инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья» [10]. Наиболее показательными являются данные, полученные в результате анкетирования педагогов. 47% педагогов, не приходилось общаться с детьми-инвалидами. 30% педагогов общеобразовательных учреждений не знакомы с термином «инклюзивное образование. Только 8% педагогов изучают специальную научную литературу. Треть (35%) педагогов высказалась против инклюзивного образования. Двадцать семь процентов педагогов отметили, что не знакомы с особенностями развития детей с разными нарушениями развития. 41% педагогов считает, что не обладают специальными знаниями для работы с данной категорией детей. 30% педагогов, считают присутствие в классе детей-инвалидов явным негативным фактором, который может повлиять на учебные достижения обычных школьников. На этом фоне оптимистично выглядят 76% педагогов, которые выразили желание повысить квалификацию в области коррекционной

педагогики и специальной психологии. Проводимые ранее Институтом проблем интегративного (инклюзивного) образования опросы демонстрировали те же самые проблемы.

Нельзя не согласиться с репликой в Интернете [11]: «То что, у нас называют “инклюзивным образованием” - никакого отношения к инклюзии не имеет. В США считаются резистентными к коррекции 8% аутистов, а 92% аутистов являются излечимыми и повышающими свое функционирование до разной степени дееспособности (либо полной, либо частичной). А вот в России, все ровно наоборот - до 10% аутистов в числе везунчиков, а 90% - человеческий интернатный мусор....Инклюзивное образование - это “не все в одной яме”, это перекроенное и перешитое педагогическое сознание. Сознание, которое даже мысли не допускает, что причина неуспешности педагогической практики может быть в ребенке... При инклюзии собираются вместе все педагоги, призывается супервизор, а если случай совсем уж сложный, то вызывается профессор - и все сидят и решают, что мы делаем не так..., что вот этот мальчик никак еще не адаптировался. Вот что такое инклюзия. А весь этот цирк - у нас тут рядом со здоровыми детками один «прибабахнутый» шатается, - это не инклюзия».

Сформулируем, как нам видится, основные проблемы, которые необходимо решить на пути перевода системы образования и в том числе дошкольного на рельсы инклюзии.

1. Отсутствует системный подход при решении проблем инклюзии.

2. Уровень толерантного отношения к инвалидам в стране низок. Кроме того, «дефицитарностный» подход превалирует на любом уровне (государственном, региональном, бытовом).

3. Отсутствует уверенность в полном и скором материальном обеспечении процесса инклюзии, создании необходимой специальной образовательной среды, безбарьерной среды.

4. Педагогическое сообщество не готово в полной мере принять и сопровождать процессы инклюзии. Не отработана технология подготовки воспитателя к работе в инклюзивном пространстве. Дефицит кадров приводит к искажению идеи инклюзии и симуляции процесса.

5. Вызывают опасение начавшиеся процессы закрытия учреждений специального образования и коррекционного образования, что обосновывается необходимостью экономии средств.

6. Подушевое финансирование дошкольных учреждений может привести к подмене гуманитарного компонента инклюзивного образования рыночным компонентом.

7. Опасение вызывает разрастание стихийных процессов, которые могут погубить инклюзию, как в свое время дискредитировали идею интеграции.

8. Для большинства детских садов проблема инклюзии не актуальна. Это приводит к тому, что в условиях огромной очереди в дошкольные учреждения, возрастающего запроса семей на инклюзию, процесс может вновь повернуться в традиционную сторону – к коррекционным образовательным учреждениям.

9. Не в должной степени отрабатываются процессы преемственности инклюзивного образования от детского сада до школы и далее.

Инклюзия – это индикатор эмоционального и духовного **оздоровления общества**, с одной стороны, и объединение усилий этого нового общества на достижение **физической реабилитации** и социальной адаптации каждого ребенка – с другой.

Библиографический список

1. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 октября 2011 г. N 2562 г. Москва, Зарегистрирован в Минюсте РФ 18 января 2012 г., регистрационный N 22946
2. Всемирная конференция в Саламанке (1994) «Доступность и качество образования» (World Conference on Special Needs Education Access and Quality).
3. Конвенция ООН «О правах инвалидов» (2006).
4. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы" опубликован 30 августа 2012 г. на сайте "Российской Газеты"
5. Инклюзивное образование в России: опыт реализации. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Москва ,2011, стр.12. URL: <http://tubt.ru/docs/39/index-53814.html> (дата обращения: 15.06.2013).
6. *Н.М.Назарова* Интегрированное (инклюзивное)образование: генезис и проблемы внедрения. URL:<http://www.mgpu.ru/article.php?article=129> (дата обращения: 15.06.2013).
7. Об основных направлениях, результатах деятельности программы развития образования в г. Москве в 2011 году и задачах на 2012 год. URL: http://www.educom.ru/ru/documents/target_grant/razrab/result.php (дата обращения: 03.06.2013).
8. Стратегия повышения качества жизни инвалидов в городе Москве на период до 2020 года. URL: <http://edu-open.ru/Default.aspx?tabid=136>, (дата обращения: 03.06.2013).
9. Еженедельный опрос «ФОМнибус» 2-3 июня 2012г «Образование без границ: дети-инвалиды в обычных школах. Должны ли, по мнению россиян, дети-инвалиды учиться вместе с обычными детьми?». URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10588> (дата обращения: 03.06.2013).

10. *Богатая О.Ф.* Отношение населения города Сургута к внедрению инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья// Фундаментальные исследования. – 2012. – № 9 (часть 1). – стр. 82-86. URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=9999397

(дата обращения: 03.06.2013).

11. *А.Отрощенко* Инклюзивное образование: не строиться под «норму». URL: <http://www.miloserdie.ru/index.php?ss=1&s=8&id=17726>(дата обращения: 03.06.2013)

12. Карта доступности объектов города Москвы. По заказу Департамента социальной защиты города Москвы и Общественного Совета г. Москвы. Технический исполнитель РООИ «Стратегия». URL: <http://www.invamos.ru/> (дата обращения: 07.06.2013)

13. Федеральный образовательный стандарт дошкольного образования (Проект).URL:

<http://минобрнауки.рф/%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8/3447/%D1%84%D0%B0%D0%B9%D0%BB/2280/13.06.14-%D0%A4%D0%93%D0%9E%D0%A1-%D0%94%D0%9E.pdf> (дата обращения: 07.06.2013)

14. *Дименштейн Р., Ларинова И.* «Интеграция или инклюзия. Споры о словах и нерешенные проблемы образования особых детей». URL: <http://www.osoboedetstvo.ru/>(дата обращения: 07.06.2013)

ТРУДОВЫЕ МИГРАНТЫ: ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ ПРИ ВЪЕЗДЕ И МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В РФ

Демографы объясняют потребность России в трудовых мигрантах недостатком собственных трудовых ресурсов и нежеланием россиян выполнять низкооплачиваемую работу. Подчеркивается, что в ближайшее десятилетие сокращение рождаемости, произошедшее в 90-е годы, негативно скажется на численности экономически активного населения [1, с. 70, 81]. Работодатели в нашей стране заинтересованы в найме иностранных граждан. За внешних трудовых мигрантов они должны платить только в Пенсионный фонд [2]. Как отметил министр труда и соцзащиты [М. Топилин](#), российские работодатели, привлекающие иностранных работников, находятся в более выгодных условиях, чем нанимающие россиян. За иностранцев не нужно платить социальных взносов, поэтому они обходятся дешевле. Готовятся законы для ликвидации такого неравенства [3]. В этой связи заметим, что до их принятия может пройти весьма продолжительный период времени.

По данным ФМС к середине декабря 2012 г. в РФ находились около 10,3 млн. иностранных граждан, примерно 2,5 млн назвали целью своего визита в нашу страну «работу по найму» [4]. По оценке ФМС число иностранных граждан, работающих нелегально, составляет от 3 до 5 млн. человек [5].

Изучение здоровья трудовых мигрантов актуально в силу ряда причин. Как известно, от состояния здоровья зависит самочувствие и возможности самореализации человека, здоровье является важной характеристикой качества трудовых ресурсов. Подавляющее большинство мигрантов (75–

80%) находятся в трудоспособном возрасте. Свыше половины в самых активных возрастах – от 20 до 39 лет [6]. Здоровье людей в этот период имеет еще большой запас прочности, однако нужно учитывать, что миграция чревата рисками ухудшения здоровья самих приезжих и эпидемиологической ситуации в принимающем сообществе. В документах ВОЗ обращается внимание на то, что миграция связана с повышением уровня стресса «в результате смены места проживания, встраивания в новую среду и повторного встраивания в прежнюю среду в случае возвращения» [7], «малоквалифицированные и сезонные работники-мигранты часто концентрируются в секторах и профессиях, отличающихся высоким уровнем профессиональных факторов риска для здоровья» [7]. Кроме того, в территориях, из которых выезжают мигранты, сложилась определенная эпидемиологическая ситуация, присутствуют некие инфекционные агенты. Если в стране, из которой выезжают мигранты, низкий уровень иммунизации по какому-то заболеванию, то мигранты могут привнести изначальные риски для здоровья населения принимающей страны. Возможна и другая ситуация – если в принимающей стране более распространена какая-то инфекционная болезнь, то мигранты могут заразиться и привести инфекцию в свою страну [7].

Значительная доля внешних трудовых мигрантов занята в сферах, предполагающих непосредственное общение с населением (торговля, коммунальное хозяйство и др.). Поэтому особенно важно своевременно выявить инфекционные заболевания у желающих работать в России. Как сообщил глава Роспотребнадзора, главный государственный санитарный врач РФ Г. Онищенко, в 2011 г. освидетельствование прошли свыше 4 млн. 351 тысячи приезжих. Инфекционные заболевания были выявлены у более, чем 38 тысяч [5].

Показатели заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов вчетверо выше, чем среди российского населения [8]. Внешние мигранты приезжают в Россию с этим заболеванием. После въезда его

распространению в их среде может способствовать большая скученность и плохие условия проживания. По ВИЧ-инфекции ситуация иная. Г. Онищенко отметил, что миграционные потоки, как правило, идут «из стран с более низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции на территории крупных мегаполисов» [9]. Он также обратил внимание на крайне низкую осведомленность иностранных работников о путях передачи и методах профилактики ВИЧ-инфекции, их уязвимость по этой инфекции как следствие рискованной поведенческой практики [9]. Распространению многих инфекционных заболеваний среди трудовых мигрантов могут способствовать бытовые условия, не соответствующие гигиеническим требованиям. На одной из строек Уфы была зафиксирована вспышка менингита. Семь человек пришлось госпитализировать. Разносчиком инфекции оказался иностранный работник. Г. Онищенко назвал неудовлетворительными условия, в которых жили трудовые мигранты. Он отметил, что во избежание «распространения заболевания пришлось вакцинировать против менингита 1325 человек, включая всех проживающих в общежитии» [10]. Приведенный случай демонстрирует необходимость решения социальных проблем, связанных с пребыванием трудовых мигрантов в РФ. Это требует средств. В 2013 г. в законодательство РФ внесены изменения, уточняющие обязанности приглашающей стороны и административную ответственность за непринятие мер по материальному, медицинскому и жилищному обеспечению приглашенного иностранного гражданина или лица без гражданства в период его пребывания в России. Для нарушителей предусмотрены внушительные штрафы. Они предусмотрены и за предоставление приглашающей стороной заведомо ложных сведений о цели пребывания в России иностранного гражданина или лица без гражданства при оформлении документов для его въезда. Дальнейшее исследование покажут, помогло ли это улучшить, в частности, бытовые условия иностранных работников.

Ретроспективный анализ инфекционной заболеваемости мигрантов и туристов, госпитализированных в Клиническую инфекционную больницу им. С.П. Боткина г. Санкт-Петербурга в период с 1990 по 2009гг., позволил охарактеризовать эпидемиологическую ситуацию по инфекционным заболеваниям среди иностранных граждан, посетивших город в указанный период. Авторы подчеркивают, что абсолютное большинство иностранцев, получивших стационарную помощь за годы наблюдений, составляли трудовые мигранты. За это время пациентов из стран Азии, Африки и Европы сменили пациенты из стран СНГ. В данный период росла численность мигрантов из Украины, Белоруссии и Молдовы и особенно из Средней Азии. Число приезжих из Прибалтийских государств сокращалась и в 2009 г. свелось к единичным посещениям. Инфекционная заболеваемость иностранных граждан зависела от стран выбытия. В частности, показатели госпитализации приезжих из государств Европы оказались низкими. Исследователи видят причину этого не только в небольшой посещаемости европейцами Санкт-Петербурга [11] (по данным ФМС, 77% въезжающих в Россию иностранных граждан составляют граждане стран СНГ, 10% – Евросоюза) [12]. По мнению специалистов, низкая инфекционная заболеваемость граждан европейских государств, обусловлена, во-первых, большой работой, проводимой в этих государствах по профилактике инфекционных заболеваний, в частности, тотальной вакцинацией населения от тяжелых инфекций, во-вторых, высоким санитарно-гигиеническим уровнем жизни населения.

Анализ инфекционной заболеваемости иностранных граждан показал, что госпитализированные в инфекционную больницу чаще всего страдали от кишечных инфекций (32,8%). Врачи не исключают, что причиной заболевания трудовых мигрантов стало употребление недоброкачественной пищи и несоблюдение санитарно-гигиенических норм. На втором месте – заболеваемость гриппом и другими ОРВИ (20,3%). Установлено, что заболеваемость ОРВИ среди мигрантов выше, чем среди жителей Санкт-

Петербурга. То, что каждый пятый из поступивших в стационар иностранных граждан страдал ОРВИ, специалисты связывают с плохими бытовыми условиями и частыми переохлаждениями на работе. Последние особенно опасны для лиц, приехавших из южных поясов. На третьем месте – вирусные гепатиты (14,5%), заражение преимущественно происходило гемоконтактным путем. Заболевание в большинстве случаев носило хронический и прогрессирующий характер. Острый вирусный гепатит А обнаруживался реже. Выявлялись и другие опасные инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция; малярия (все случаи которой были «завозными»); туберкулез (его рост среди пациентов - трудовых мигрантов из стран СНГ отмечается, начиная с 2004 г.); тифопаратифозные заболевания (численность заболевших увеличивалась с конца 2004 г., что предположительно в начале было связано с «завозными случаями», затем инфекция распространилась среди социально дезадаптированных лиц; после роста заболеваемости брюшным тифом в городе в 2005-2007 гг., ее удалось снизить, благодаря профилактическим мероприятиям). По мнению ученых, эпидемиологическую угрозу представляют мигранты с активной формой туберкулеза, прогрессирующими стадиями ВИЧ и брюшным тифом. На основании анализа инфекционных заболеваний у трудовых мигрантов, госпитализированных в инфекционную больницу, было сделано заключение об острой актуальности разработки «административных и законодательных мероприятий по регистрации, медицинской сертификации, трудоустройству и оказанию медицинской помощи трудовым мигрантам» [11].

Контроль за здоровьем при въезде в РФ и устройстве на работу. В «Концепции государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 года» на первом этапе ее реализации предусматривается создание центров содействия иммиграции в РФ и медицинского освидетельствования иммигрантов, в том числе за рубежом. Ранее специалисты ФМС высказывались против медицинского освидетельствования мигранта в стране исхода, считая технически

маловероятным потребовать у него при въезде все справки, касающиеся особо опасных инфекций. Это сложно еще и потому что медицинские учреждения стран, из которых приезжает мигрант, оформят эти документы на своем языке [13]. У специалистов в РФ есть недоверие к медицинским документам, полученным в странах исхода трудовых мигрантов [14]. В концепции речь идет о создании специальных центров. Вероятно, выдаваемые там документы, будут защищены от подделки.

В РФ действует постановление, содержащее утвержденный правительством перечень заболеваний, при которых иностранным гражданам и лицам без гражданства нельзя осуществлять трудовую деятельность в России (или получить разрешение на временное проживание или вид на жительство). Предусматривается контроль наличия документов об отсутствии этих заболеваний. Специалисты обращают внимание, что трудовые мигранты фактически «до 120 дней (90 дней до заключения трудового договора и 30 дней после его заключения) свободно могут находиться в РФ без предъявления каких-либо медицинских справок» [15].

В обществе осознается необходимость скорейшего выявления особо опасных заболеваний среди въехавших в РФ мигрантов. Совет Федерации предложил внести изменения в закон «О правовом положении иностранных граждан в РФ», в соответствии с которыми трудовые мигранты должны будут представлять медицинские справки одновременно с подачей заявления о выдаче разрешения на работу или патента. В апреле 2013 г. Госдума приняла в первом чтении законопроект, обязывающий трудовых мигрантов в кратчайшие сроки представлять документы, подтверждающие отсутствие у них заболевания наркоманией и инфекционных болезней, представляющих опасность для окружающих [16]. Для того чтобы такой закон заработал, необходимо создать механизмы его реализации. Сегодня чаще всего расходы на получение необходимых медицинских документов несут сами трудовые мигранты. Медицинские справки выдают как государственные, так и частные клиники. Единого утвержденного бланка этого документа пока нет.

Незаконная продажа мигрантам медицинских справок распространено явление. Нередко у мигрантов нет каких-либо медицинских документов, а ВИЧ-инфекцию и другие социально опасные заболевания у них обнаруживают только после госпитализации по скорой. Лечение этих пациентов в стационаре осуществляется за счет бюджетных средств [17].

В случае выявления заболеваний, при которых нельзя осуществлять трудовую деятельность, мигрант не заинтересован в предоставлении медицинских справок в ФМС, т.к. разрешение на работу аннулируется (как и вид на жительство). Высылке из страны подлежат иностранные граждане или лица без гражданства, у которых обнаружена ВИЧ-инфекция или другие опасные заболевания из перечня. У мигрантов есть возможность самим покинуть РФ в установленные сроки. Вопрос о нежелательности пребывания мигранта с установленным диагнозом готовит Роспотребнадзор. Мигранты имеют право в судебном порядке оспорить решение государственных органов. Последним, чтобы депортация состоялась, необходимо собрать документы для вынесения соответствующего решения. Но информации, по крайней мере, полной о реализации этих решений нет. В Москве в 2009-2011 гг. их было оформлено более двух с половиной тысяч. Сведения о депортации этих мигрантов отсутствуют. «Найти человека, который бы вручил им документ о депортации и проследил, чтобы они выехали, невозможно» [17]. Медицинская помощь мигрантам, имеющим опасные заболевания, является очень серьезной проблемой. В связи с этим Г. Онищенко подчеркнул, что, если лечение мигрантов в России будет осуществляться за счет бюджета, то “к нам будут массово ехать лечиться”. По его мнению, решение проблемы состоит в создании договорно-правовой базы по этому вопросу со странами исхода или возложения на работодателей обязанности по оплате лечения трудовых мигрантов [14]. В настоящее время выдвинуто предложение о создании единой межведомственной информационной базы о трудовых мигрантах и состоянии их здоровья, что

улучшит положение со статистикой заболеваемости работающих на законных основаниях.

Доступность квалифицированной медицинской помощи.

Проблема здоровья мигрантов тесно связана с их правами, прежде всего, с правом на квалифицированную медпомощь. Согласно закону «О порядке выезда и въезда в РФ» иностранному гражданину или лицу без гражданства не разрешается въезд в нашу страну, если эти лица не представили полис медстрахования, действительный на территории РФ. Данная статья закона не соблюдается в отношении приезжающих из стран с безвизовым режимом. По соглашению Правительств государств - участников стран СНГ «Об оказании медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств» в РФ скорая и неотложная медицинская помощь, предоставляется бесплатно всем мигрантам независимо от их гражданства. Полис ОМС в этом случае не нужен. В Москве бесплатно оказывается и помощь по родовспоможению женщинам - мигрантам, поступившим в клиники по скорой. В столице растет число рожениц - мигранток, доставленных в клиники машинами скорой помощи. В основном они не наблюдались у врачей в период беременности. Доля вызовов мигрантами скорой помощи составляет 3% от общего числа вызовов этой службы. Последняя ежегодно обслуживает 1,5 млн трудовых мигрантов [18]. Вызовы и лечение мигрантов, поступивших по скорой в стационар оплачиваются из бюджетных средств. Ежегодные расходы столицы на медпомощь мигрантам превышают 5 млрд рублей [19]. В Москве в целях хотя бы частичной компенсации средств городского бюджета, затрачиваемых на медпомощь мигрантам, создается специальный фонд, в который работодатели добровольно могут внести пожертвования [19]. Плановую медицинскую помощь в основном оплачивают сами мигранты. В ближайшее время в обеспечении медицинской помощи мигрантам ожидаются изменения. Министерство труда и социальной защиты подготовило поправки в действующее законодательство, согласно которым

договор (полис) добровольного медицинского страхования помощи станет обязательным условием при заключении трудового договора с мигрантом. Полис покупает либо сам иностранный работник, либо работодатель заключает договор с медицинской организацией на оказание мигранту первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. Подготовлены законопроекты, в соответствии с которыми 1) медицинский полис будет обязательным документом для продления разрешения на работу и патента; 2) работодатель обязан страховать иностранного работника на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством [20]. Получается, что трудоустройство на законных основаниях зависит от наличия полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), гарантирующего медицинское обслуживание в оговоренных объемах. Будут предусмотрены разные варианты. Скорее всего, мигранты, постараются приобретать более дешевые полисы. Прорабатывается вариант страхования в стране, из которой пребывает мигрант. На XXI заседании Совета по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств одобрен проект соглашения о сотрудничестве государств – участников СНГ в вопросах медицинского страхования трудящихся-мигрантов и членов их семей. Заместитель министра здравоохранения И. Каграманян, принявший участие в этом заседании, сказал: «Каждый трудовой мигрант, въезжающий на территорию России, может иметь на руках полис медицинского страхования, таким образом, расходы за оказание медицинской помощи оплачивались бы страховой компанией, выдавшей полис» [21]. Разрабатываются проекты законов, обеспечивающих участие работодателей в предоставлении социальных гарантий трудовым мигрантам. Как отметил министр труда и социальной защиты России М. Топилин, в 2013 г. планируется обязать работодателей страховать иностранных работников в системе ДМС. В Минтруде готовится законопроект, «который распространит на иностранную рабочую силу необходимость уплаты взносов в Фонд социального

страхования» [22]. Г. Онищенко считает, что у мигрантов должны быть нормальные условия жизни, а в случае недомогания – возможность обратиться к врачу по медицинской страховке [10].

В заключение отметим, что необходим мониторинг ситуации. Можно предположить, что медицинское страхование на родине или приобретение полиса ДМС многим трудовым мигрантам будет не по карману. Часть работников и работодателей попытаются уклониться от покупки ДМС. В настоящее время наем без трудового договора широко распространен, несмотря на штрафы. Не увеличится ли и без того многочисленная армия незаконных иностранных работников, здоровье которых не контролируется, когда наличие соответствующих медицинских документов станет условием заключения трудового договора? Дальнейшее исследование проблемы поможет ответить на вопросы, увеличились ли возможности трудовых мигрантов в получении квалифицированной медпомощи, уменьшились ли расходы на нее бюджетных средств в результате медицинского страхования трудовых мигрантов, ускорилось ли получение ими качественных медицинских документов, сократилась ли продажа фальшивых медицинских справок, улучшилось ли выявление среди трудовых мигрантов опасных инфекционных заболеваний и снизилась ли доля запущенных случаев.

Библиографический список

1. Рыбаковский Л.Л., Кожевникова И.И. Оценка возможных и необходимых масштабов привлечения иммигрантов в Россию – М.: Экон-информ, 2010
2. Работодателям предложили оплачивать гастробайтерам медицинскую страховку. URL:<http://www.finomenov.ru/economy/55963-rabotodatelayam-predlozhili-oplachivat-gastarbayteram-medicinskuyu-strahovku.html> [дата посещения 24. 05. 2013]
3. Голодец О. Россия вскоре будет зависеть от трудовых мигрантов. Иностранцы заменят квалифицированных россиян на рынке труда. // [Михаил](#)

Малыхин. Иностранцы заменят квалифицированных россиян на рынке труда / Vedomosti.ru// Ведомости 12.04.2013. URL: http://www.vedomosti.ru/career/news/11102871/golodec_gastarbajtery [дата посещения 24.05.2013]

4. ФМС подсчитала число иностранцев, которые живут и работают в России: их около 10,3 млн. 2012 // Веб-сайт «Новости NEWSru.com.». URL:<http://www.newsru.com/finance/28dec2012/fms.html> [дата посещения 24.05.2013]

5. «О состоянии миграционной политики в Российской Федерации и путях ее совершенствования». Обзор в СМИ по расширенному заседанию комитета // В Совете Федерации обсудили проблему миграции REGIONS.RU // URL : <http://www.council.gov.ru/structure/committees/8/appearance/29796> [дата посещения 24.05.2013]

6. Миграция в современной России. Зайончковская Ж. / 16 апреля 2013 г. РСМД // URL: http://russiancouncil.ru/inner/?id_4=1714#top [дата посещения 24.05.2013]

7. Здоровье трудовых мигрантов. Информационный бюллетень / Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, Документационный Центр ВОЗ. 2012. URL: <http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/88.html> [дата посещения 20.05.2013]

8. Мигранты чаще заболевают туберкулезом. 2012. URL: <http://www.medzapros.ru/news-1483-migranty-chasche-zabolevayut-tuberkulezom> [дата посещения 25.05.2013]

9. Трудовая миграция способствует распространению ВИЧ-инфекции в России и странах СНГ? / Демоскоп, №395-396, 2009. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0395/rossia01.php> [дата посещения 25.05.2013]

10. Приезжающие на заработки в РФ должны обязательно иметь медицинскую страховку, считает Онищенко// форум переселенческих организаций. URL: <http://www.migrant.ru/news.php?id=570> [дата посещения 25.05.2013]

11. Инфекционная заболеваемость мигрантов и туристов в Санкт-Петербурге. Яковлев А.А., Котлярова С.И., Мусатов В.Б., Федуняк И.П., Карнаухов Е.В., Лукашевич Э.Н., Мусатова Е.В. // Журнал инфектологии. Т.3, №4, 2011/ URL: <http://niidi.ru/content/scienceforums/nomer%204/49-54.indd.pdf> [дата посещения 25.05.2013]

12. Концепция государственной миграционной политики: тема пленарного заседания совета федерации РФ // URL : <http://www.ethnoinfo.ru/news/1048-koncepciz-gosudarstvennoj-migracionnoj-politiki-tema-plenarnogo-zasedanija-soveta-federacii-rf> [дата посещения 25.05.2013]

13. Миграционная политика в Российской Федерации: теория, практика, методы правового регулирования (Интернет-интервью заместителя руководителя Федеральной миграционной службы Российской Федерации Егоровой Екатерины Юрьевны) 2008. URL: <http://www.garant.ru/action/interview/10232/> [дата посещения 25.05.2013]

14. Выявлено 6 тыс мигрантов с опасными заболеваниями. 24 февраля 2012 // [Медицинский журнал Healthy Nation](http://www.vancomycin.ru/vyyavleno-6-tys-migrantov-s-opasnymi-zabolevaniyami/). URL: <http://www.vancomycin.ru/vyyavleno-6-tys-migrantov-s-opasnymi-zabolevaniyami/> [дата посещения 25.05.2013]

15. Медицина и власть. Безвизовые инфекции оставят на границе. К. Щеглов // Медицинская газета, №26 от 5 апреля 2013 г. URL: <http://www.mgzt.ru/article/3209/> [дата посещения 25.05.2013]

16. ГД поддерживает поправки о справках о здоровье для трудовых мигрантов. / 23 апреля 2013, [Политика](http://news.mail.ru/politics/12861320/) | ["РИА Новости"](http://ria.ru/) URL: <http://news.mail.ru/politics/12861320/> [дата посещения 25.05.2013]

17. Как сдерживать приток ВИЧ-инфицированных мигрантов в страну 2012. URL: <http://irsolo.ru/kak-sderzhivat-pritok-vich-inficirovannykh-migrantov-v-stranu/> [дата посещения 27.02.2013]

18. Щеглов К. «Медицинская газета», 14 сентября 2012 года // Демоскоп № 523-524. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0523/gazeta012.php> [дата посещения 25.05.2013]

19. Медицинская помощь мигрантам ежегодно обходится Москве в 5 миллиардов рублей 2.10.2012. URL: <http://www.ntv.ru/novosti/345116/> [дата посещения 25.05.2013]

20. Обязательным условием при трудоустройстве иностранных работников должно стать наличие медицинского полиса 2012 //Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты] . URL: <http://www.rosmintrud.ru/employment/migration/34> [дата посещения 25.05.2013].

21. Заместитель министра Игорь Каграманян принял участие в XXI заседании Совета по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств // URL: <http://www.rosminzdrav.ru/health/insurance/16> [дата посещения 25.05.2013].

22. Вице-премьер Голодец уверена, что работы в России хватит всем желающим. URL: <http://www.klerk.ru/job/news/302194> [дата посещения 25.05.2013].

Г.А. Ивахненко,

ФГБУН ИС РАН, Москва

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

К наиболее важным темам, изучаемым социологами, относится здоровье студенческой молодежи. Вопросы охраны здоровья студенчества эпизодически начали освещаться в отечественной литературе в 20 – 30 годы XX века. Относительно активным в этом отношении оказался и период 70 – 80 годов прошлого столетия (В.И. Берзинь, В.А. Доскин, Н.Е. Ермаков, Т.Ш. Минбаев, И.И. Пономаренко, В.В. Пономарева, М.М.Смирнов, и др.).

В течение последних лет появляются определенные наработки, связанные с изучением проблем здоровья и здорового образа жизни в рамках образовательного процесса высшей школы:

1) обсуждаются общие вопросы здоровья студенческой молодежи (Н.Б. Абаскалова, Н.А. Агаджанян, О.П. Добромыслова, Г.А. Кураев, В.П. Лавриненко и др.);

2) разрабатываются методические подходы к оценке уровня здоровья студентов (Л.А. Дартау, С.Г.Крупская, Р.В. Майоров, Р.С. Низамутдинова, Е.Н. Чуян и др.);

3) исследуется влияние различных факторов на формирование здоровья и здорового образа жизни студентов (Э.А. Дисси, Т.А. Иванова, В.Г. Николаев, А.Н. Пивоваров, Э.Н. Полякова, В.В. Пономарев, Н.А.Русина, А.Г.Щедрина и др.);

4) ведется анализ распространения алкоголизма, наркомании, табакокурения в студенческой среде (Е.В. Аверина, А.А. Александров, В.Ю. Александрова, А.В. Прохоров и др.);

5) изучаются характер и уровень валеологических знаний студентов (Ю.М. Политов, Ю.И. Ротанева, А.С. Свердлина, Г.С. Совенко и др.);

б) анализируются особенности самосохранительного поведения студентов (И.В. Журавлева, И.Б. Назарова, О.Ю. Малоземов и др.).

Новым направлением в исследовании здоровья студентов является самосохранительное поведение. Изучение самосохранительного поведения началось на Западе в 1970-х годах. В нашей стране впервые термин «самосохранительное поведение» стал употреблять А.И. Антонов в конце 1970-х годов «для описания готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья» [1]. Комплексные теоретические и прикладные исследования самосохранительного поведения населения, осуществленные в 1980 году в МГУ и продолженные в Институте социологии РАН позволили разработать концепцию и структуру самосохранительного поведения.

Похожие социальные феномены, такие как рисковое и антирисковое поведение изучены А.В. Решетниковым, С.А. Ефименко [2;3]. Самосохранительное поведение и отношение к здоровью подробно анализируются в работах И.В. Журавлевой [4].

Анализ литературных источников за последние 10 – 15 лет показал, что здоровье студентов – это сегодня недостаточно изученный аспект студенческой жизни. И если исследование социальных факторов здоровья детей и подростков становятся более основательными и продуктивными, то в отношении здоровья молодежи и студенчества сохраняется дефицит информации, связанной с недостаточностью принятых в системе медицинской и ведомственной статистики показателей и ограниченностью исследовательских возможностей [5; с. 8-9]. Более того, уровень заболеваемости молодых людей, вообще, и студенческой молодежи, в частности, носит латентный характер и не поддается достоверному анализу, отсутствует единая система учета этого показателя. Помимо этого, сложно

оценить истинное состояние здоровья абитуриентов потому, что существует проблема формального заполнения типовых медицинских справок [6; с. 9].

По мнению исследователей Н.А. Горбача, С.К. Крупской, Л.Д. Олифера, Т.М. Резера, А.О. Шепилова, исследования здоровья студентов носят фрагментарный характер, а данные официальной статистики по здоровью студенческой молодежи труднодоступны в силу организационных причин и ввиду латентности не отражают реальной картины [6, с. 4]. К этому можно добавить, что исследование студенческого здоровья зачастую проводится на базе одного региона или даже вуза и редко носит масштабный, репрезентативный характер. Такую ситуацию можно объяснить отсутствием у ученых, занимающихся этой проблемой, достаточных финансовых и исследовательских возможностей.

Вместе с тем, тема студенческого здоровья приобретает особую актуальность. Современная молодежь живет и развивается в эпоху государственных перемен и кризисных условий XXI века. Последние социологические исследования свидетельствуют о массовом характере распространения асоциального поведения (наркомания, курение, чрезмерное употребление алкоголя, заболеваемость СПИДом) среди молодежи, в том числе и среди студентов. Результаты исследований также показывают, что еще до поступления в вуз здоровье студентов ослаблено воздействием различных неблагоприятных факторов, а у 60% – 70% имеются хронические заболевания.[6, с. 9].

На быстрый темп опасных изменений в состоянии здоровья студенческой молодежи за период с 1970 по 1990 годы показал длительный мониторинг, проведенный под руководством И.Н. Полунина, И.В. Филимонова, Т.Ю. Щуровой (20000 респондентов). Он выявил неблагоприятную динамику: число здоровых и практически здоровых за годы обучения лиц уменьшилось на 25,9%, а хронически больных увеличилось на 12,7% [2, с. 85]. Исследования 80-х годов показали особенно высокий уровень заболеваемости студентов младших курсов. Показатель заболеваемости в различных вузах в этот период колебался от 650 до 1750 случаев в год на 1000 студентов. В начале 90-х годов существенного изменения уровня заболеваемости не произошло. В структуре заболеваемости студентов на первом месте стояли болезни органов дыхания – 50 – 70 % от всех заболеваний, последующие места занимали болезни нервной системы – органов чувств, желудочно – кишечного тракта и другие [7].

В конце 90-х годов заболеваемость студентов колебалась от 200 – 700 до 1400 случаев в год на 1000 студентов. По данным Научного центра охраны здоровья детей и подростков РАМН этот показатель у студентов первого курса МИФИ был в это время еще выше и составлял 3063,2 случаев в год на 1000 студентов [8]. В результате на одного практически здорового студента первого курса приходилось хронически больных 0,89 юношей и 1,01 девушек; на 5 курсе – соответственно 1,87 и 4,68 [8]. Аналогичные

показатели были получены и при обследовании здоровья студентов в других регионах страны. Например, данные многочисленных обследований студентов НовГУ, проведенные Центром профилактики медицины (руководитель – профессор Б.Б. Фишман) позволили утверждать, что на протяжении второй половины 1990 – х годов происходило ухудшение показателей здоровья зачисленных в университет первокурсников. Повторные обследования студентов этого вуза, проведенные с интервалом в 2 года, подтвердили факт, что за время обучения происходит ухудшение их здоровья. На 13 факультетах НовГУ не было зафиксировано вообще ни одного студента с высоким уровнем здоровья. Средние уровни хронических болезней среди студентов НовГУ составил 46,7% у девушек и 35,7% у юношей [5, с. 8-9].

В результате изучения динамики заболеваемости студентов, которое проводилось в 2004 году НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН, выявлено, что снижение уровня здоровья студентов от младших курсов к старшим происходит за счет увеличения числа лиц, имеющих хронические заболевания. Неблагоприятные тенденции особенно выражены среди девушек – студенток в связи с дефицитом ночного сна, превышением продолжительности самоподготовки, низким уровнем двигательной активности, нарушением режима питания [9, с.217-219].

Исследование 2004 года Меркуловой Р.А. и Михеевой А.И. свидетельствуют о другой негативной тенденции, которая выражается в

ежегодном возрастании числа учащихся вузов, занимающихся в специальных медицинских группах из-за ослабленного здоровья [10].

По данным медицинских осмотров, которые были проведены в 2006 – 2008 гг. в разных регионах России, практически здоровы оказались лишь 16,5% студентов, нарушением зрения страдают 26,3% , костно – мышечной системы – 19,4 %, нейроциркуляторной дистанией – 13%, заболеваниями органов дыхания - 10,2%, органов пищеварения – 8%, прочими болезнями – 6,6 % студентов [11]. Мониторинг « Здоровье московских студентов», проведенный сектором « Социальные проблемы здоровья» Института социологии РАН в период с 2001 по 2008 гг. (2363 респондентов) также не показал положительной динамики. Выяснилось, что наиболее часто встречающиеся заболевания у студентов г. Москвы – это желудочно – кишечные недуги (гастрит, колит), легочные и сердечно – сосудистые заболевания. Данные мониторинга также выявили устойчивый рост «хроников» в среде московских студентов. Выяснилось, что с 2001 по 2008гг. количество учащихся высшей школы, страдающих различными хроническими заболеваниями увеличилось на 10%. Причем старшекурсников среди них больше, чем студентов 1-2 курсов. Проведенный анализ обнаружил взаимосвязь хронических недугов у студентов с их благосостоянием. Так, в среднедоходной группе почти на 15% больше тех, кто здоров и ничем не болеет. Хроником среди низкодоходных студентов

является каждый второй, а в среднедоходной группе – каждый третий респондент [12].

Результаты этих и других многолетних исследований свидетельствуют о необходимости формирования идеологии здоровья у студентов, которая предполагает обязательное практическое использование здоровьесберегающих технологий в организации образования. Процесс решения задачи здоровьесбережения в условиях современного вуза в основном представлен: 1) физкультурно – спортивной деятельностью; 2) специальными дисциплинами, которые теоретически и практически смогут помочь студентам заботиться о своем здоровье (валеология, ОБЖ, социология здоровья, социология медицины, экология, практические занятия по оказанию первой медицинской помощи и др.); 3) психологическими методиками; 4) рекреационными мероприятиями.

На сегодняшний день в стране существует широкая сеть лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), где студенческая молодежь может получить медицинскую помощь. Эта сеть помимо различных городских медучреждений включает в себя и вузовские, межвузовские здравпункты (фельдшерские и врачебные), поликлиники и объединенные больницы, которые не отличаются единым организационным подходом к своей структуре.

Ряд исследователей сходятся во мнении, что работу по преодолению негативных тенденций в динамике здоровья и здорового образа жизни

студенческой молодежи, следует осуществлять преимущественно на стадии первичной профилактики, которая ориентирована на раннее выявление лиц рискованного поведения и принятия мер по оздоровлению их образа жизни[9, с.217-219]. Но в связи с развитием рыночных отношений и медицинского страхования в последние годы отмечено снижение активности профилактической работы среди студентов. В этой связи некоторые специалисты предлагают сосредоточить средства, выделяемые на профилактику, в одном ЛПУ, с целью организованного планового осмотра всех студентов вуза в студенческой поликлинике или городской поликлинике, имеющей студенческое отделение. Реальным препятствием этому может стать то, что многие вузы не имеют своих внутри- и межвузовских поликлиник с необходимым набором специалистов и соответствующего лечебно-диагностического медицинского оборудования. Характеризуя эту ситуацию, А.В. Жарова, например, считает, что в стране по существу разрушена как система медицинской помощи студентам, так и система вузовских профилакториев. Не на должном уровне и диспансеризация студентов [6, с.20].

Таким образом, можно отметить, что на сегодняшний день до сих пор не выработано единого методологического подхода к вопросам организации медицинского обслуживания студенчества и до настоящего времени методологические и методические основы комплексного изучения здоровья обучаемых недостаточно разработаны. С целью заполнения этого пробела

вузы самостоятельно внедряют свои комплексные программы управления здоровьем студентов. Основой таких программ выступают различные методы. Одним из таких методов является мониторинг. Ему многие авторы отводят ведущее место в сохранении здоровья как населения в целом, так и отдельных его групп. По мнению Д.Г. Дарчия и Н.И. Макарова он должен явиться основным организующим и системообразующим фактором для всей оздоровительной работы в целом [13]. Этим авторам принадлежат и первые наработки по применению компьютерных систем в целях мониторинга здоровья студентов.

Лаборатория проблем университетской гигиены при кафедре общественного здоровья и здравоохранения (с курсом экономики) Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова впервые в России в 2004 году начала осуществлять комплексную научную программу «Интенсификация обучения и здоровье студентов», в котором принимают участие представители других кафедр академии, а также Университет дружбы народов [6, с. 4]. Под руководством О.А. Науменко в 2004 году в Оренбургском госуниверситете была разработана модель управления здоровьем студентов, основанная на сохранении и укреплении здоровья здоровых, а также на раннем выявлении и профилактике основных неинфекционных заболеваний у студентов группы риска [6, с. 23]. Е.В. Усова и Л.М. Качалова в основу стратегии программы «Сохранение и укрепление здоровья студентов Современной гуманитарной академии» (Москва)

положили разработку и внедрение профилактических модулей, направленных на создание у молодых людей мотивации на здоровый образ жизни [9, с. 217-219]. Ю.М. Чуров основал медико – социальную службу планирования семьи для студентов и учащейся молодежи, которая была сформирована на основе договора о деловом сотрудничестве между комитетом по делам молодежи администрации Тульской области, департаментом здравоохранения и ТулГУ [6, с. 24].

Все региональные комплексные программы по укреплению и профилактике здоровья студентов требуют объединения на основе единой общегосударственной методики. Такой законодательной базой может служить приказ Минобразования России от 19.10 2001 года № 176, в котором раскрывается содержание принятого решения о разработке комплексной программы «Образование и здоровье». Огромную пользу в создании этой программы по сохранению здоровья российского студенчества могут также оказать основные принципы, заложенные в программе ВОЗ «Здоровье для всех в XXI столетии». В этом документе отмечены наиболее приоритетные принципы реализации профилактических программ по формированию культуры здоровья, повышению принципов здоровья и ответственности за сохранение собственного здоровья.

Библиографический список

1. Социология семьи: Учебник// Под ред. А.И. Антонова - М.: ИНФРА-М, 2005, С.33.

2. Решетникова А. В. Социология медицины.- М.: Медицина. 2002.
3. Ефименко С. А. Риски и рисковое поведение пациентов в сфере здоровья// Социология медицины, 2007. №1 (10) С. 7-12.
4. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен. Автореф. дис. док. соц. наук.- М., 2005.
5. Медик В.А., Осипов А.М. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. – М.: Логос. 2003. С.7.
6. Жарова А.В. Формирование здоровья студентов вузов Красноярск: Сиб.РТУ/ 2006.
7. Здоровье студентов//Под ред. Н.А. Агаджаняна. – М.: Изд –во РУДН.1997.
8. Ляхов Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. – М.: 1998. С.2.
9. Усова Е.В., Качалова Л.М. Разработка и внедрение программы по укреплению здоровья студентов// Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: материалы международного конгресса. – М., 2004. - Ч.III. С.217 – 219.
10. Чернышева Р.В. Структура заболеваемости студентов специального учебного отделения// Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: материалы международного конгресса. – М., [htt://](http://www.rsr-online.ru/doc/5/17/doc) 11. Основные результаты исследований здоровья студентов URL: www.rsr-online.ru/doc/5/17/doc. (дата посещения январь 2010 г.).
12. Ивахненко Г.А. Мониторинговое исследование трансформации самосохранительного поведения московских студентов// Охрана здоровья: проблемы организации управления и уровни ответственности: сб. статей по материалам Интернет – конференции. – М., «ИПП «Маска». 2008. С.184-185.
13. Дарчия Д.Г., Макаров Н.И. Организация мониторинга здоровья студентов в вузе. – Тула. ТулГУ. 1996

Д.А. Изуткин,

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород

ВОПРОСЫ СОЦИОЛОГИИ БОЛЕЗНИ ВЗАПАДНОЕВРОПЕЙСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Выяснение социологического содержания понятия «болезнь» является одним из наиболее ключевых вопросов на стыке медицины и общественных наук. При этом, если актуальность теоретических разработок данной проблемы диктуется необходимостью формулирования различных гипотез, построения парадигм, создания концептуальных направлений дальнейшего развития медицинской науки, то практическая значимость определяется главным образом, запросами системы здравоохранения и клинической медицины, а также потребностями социально – экономического характера.

Следует отметить, что на протяжении всей зарубежной истории социологии, медицины и здравоохранения изучение различных аспектов болезни через призму биопсихосоциального существования человека (по сравнению с понятием «здоровье») носило доминирующий характер.

В настоящее время обращённость зарубежных социологов к проблеме болезни имеет следующие основания.

Во-первых, это вызвано активной интеграцией зарубежной социологической науки в область естественных отраслей знаний, в частности, медицину. В определённой степени это объясняется рядом проблем морального, нравственного и этического характера, которые обнаруживаются в современной медицинской деятельности (противоречивый характер использования «высоких» технологий в клинической медицине, этические и деонтологические аспекты взаимоотношения врача и больного, этические вопросы эвтаназии, трансплантации органов, роль и функции

врача в современном обществе, гуманизм медицинской профессии и платный характер медицинских услуг и др.).

Во-вторых, болезнь, являясь естественным состоянием или *качеством* человека, дает повод рассматривать ее с точки зрения антропологии, в частности, *медицинской антропологии* – направления, рассматривающее сущность и деятельность человека как биопсихосоциального существа в ракурсе экологии, этнической медицины, его социального и культурного окружения, гендерных традиций.

В-третьих, болезнь, по мнению ряда зарубежных социологов, органично вплетается в систему человеческих ценностей морально-этического характера и, таким образом, должна анализироваться с точки зрения индивидуальной заинтересованности человека быть здоровым или больным.

В-четвертых, представляет социологический и психологический интерес осознание болеющим индивидом своего болезненного состояния, отношение к этому состоянию и «роль», в которой он при этом выступает (например, восприятие болезни как наказания за «неправильный» образ жизни или поступки морально-нравственного характера; возможности ограничения социальной и других видов активности; своеобразного «эксперимента» над собственным телом и т.д.).

В-пятых, болезнь существенно ограничивает диапазон биологических, психологических и социальных возможностей индивида в плане его доступа к общественным благам и всесторонней жизнедеятельности а, следовательно, значительно снижает *качество его жизни* – вопрос, находящийся в центре внимания зарубежных исследователей социологической и гуманитарной направленности

Данные вопросы в зарубежной социологической литературе нашли отражение в работах Boyd KM, (1994); Boorse C, (1975); Fulford KWM, (1993); Hare RM, (1986); Lennox J., (1995); Lieban RW, (1977); Marinker M, (1975); Scaddling JC, (1988) и др.

В целом, при рассмотрении вышеназванных вопросов выделяют такие понятия, как *болезнь* (процесс, установленный на основе данных клинических обследований); *недомогание* (субъективное переживание индивидом собственного состояния); *нетрудоспособность* (социальный критерий болезненного состояния, отражающий неспособность индивида полноценно выполнять свои общественные функции, в первую очередь, трудовую).

В соответствии с этим, подходы к понятию «болезнь» также можно разделить на **объективные** (основанные на понимании человеческого организма как функционирующей биологической системы) и **субъективные** (отражающие место, роль и осознание болезни в процессе жизненного опыта индивида и его ценностных ориентаций).

Так, по мнению Boorse С. [2], болезнь по своей основе является *биостатистическим* феноменом. Её изучение основано на данных эмпирических исследований, в частности, результатах медицинских осмотров и, поэтому, имеет объективный характер. Он разграничивает понятия «болезнь» и «недомогание». В то время как болезнь есть предмет заключений в сфере клинической медицины, недомогание представляет собой субъективный критерий патологического процесса на основе индивидуальных чувств и ощущений. Оно может сопутствовать болезни, в то время, когда болезнь ещё не подтвердилась данными клинических методов обследования. Более того, недомогание может иметь место и при отсутствии формального диагноза заболевания.

Вместе с тем, болезнь и недомогание часто дополняют друг друга и в этом случае состояние, во-первых, нежелательно для его «носителя»; во-вторых, требует определённого лечения; в-третьих, является формально значимой причиной отклонения индивида от возложенных на него общественных функций. Отсюда, по мнению Boorse С., болезнь это процесс описательного (объективного) характера, а недомогание-нормативного (субъективного).

Fulford K.W.M. [3] в своём понимании болезни делает акцент на ограничении активности индивида в выполнении им формальных функций. Другими словами, если имеет место его полная или частичная невозможность реализовать возложенные «жизненные» обязанности (при исключении принуждения к этому извне или наложении социальных санкций). Автор ставит различие между понятиями «пониженная функциональная активность» и «пониженная обычная активность». Первая предполагает какие-либо нарушения анатомо-физиологического характера, препятствующие осуществлению тех или иных телесных отправлений организма. В силу выраженных физических или психических изменений это состояние является безусловным предметом изучения в сфере медицины и претендует на диагноз конкретного заболевания. Вторая включает в себе болезненные ощущения субъективного свойства, переживаемые индивидом в процессе его жизненного пути и укладываемые в содержание понятия «недомогание».

Аналогичный подход прослеживается в положении Leppox J. о болезни как процессе, который «... или нарушает течение различных форм человеческой активности, или сокращает продолжительность жизни...» [5, с. 507].

Hare RM. [4] полагает, что понятие «болезнь» используется для «патологических состояний, причина которых была не установлена до изобретения микроскопа. Но более принципиальным положением, по его мнению, является то, что идентификация того или иного состояния как болезнь должна подтверждаться наличием её причины, как и во всех других случаях заболеваний, когда понятна их этиология. Другими словами, его позиция во многом сходна с положениями Boorse C. [2] о необходимости биостатистического подхода к квалификации болезненного процесса, когда именно работникам практической медицины дано право устанавливать болен данный индивид или нет.

По мнению автора данной статьи, подобное положение ставит ряд проблем этического характера. Это, в частности, касается возможных расхождений между *недомоганием* как состоянием, зависящим от субъективного восприятия индивидом своего телесного содержания и *болезнью* как объективным заключением со стороны врачей. Следовательно, если именно практической медицине вменить право давать формальное заключение о наличии или отсутствии болезни (что и имеет место в реальной жизни), то решение данного вопроса зависит не только от врачебного профессионализма и использования «высоких» медицинских технологий. Оно будет определяться, в первую очередь, содержанием *концептуального подхода к патологическому процессу* (локальное представление о болезни или на уровне целостности всего организма), а также функционированием системы «врач – пациент» (в частности, пациент в глазах врача как биопсихосоциальная личность или как биологическая особь).

В этой связи, Boyd КМ. [1], рассуждая о соотношении болезни и недомогания, указывает, что понятие «болезнь» имеет во многом *оценочный* характер как со стороны врача, так и пациента. Вместе с тем, он отмечает его правомерность в том случае, если врач и пациент приходят к единому мнению или *соглашению* относительно наличия болезни или её отсутствия. Если болезненный процесс присутствует и достигнуто единство позиций с обеих сторон, то на первый план выступает *комплаенс* (готовность пациента следовать врачебным рекомендациям). Если же соглашения не достигнуто, то ситуация становится проблематичной. Это, в частности, объясняет многоплановость и многомерность определений понятия «болезнь», в котором общечеловеческие и индивидуальные ценности играют существенную роль.

Таким образом, при рассмотрении западными социологами понятия «болезнь» наблюдается определенная *дихотомия*. Объективное понимание болезни как нарушение биологических функций организма противопоставляется субъективным взглядам, акцентирующим внимание на

невозможности достигь определённый уровень благополучия и жизненной удовлетворённости. Это опять же оставляет открытым вопрос о качественно – количественном содержании «удовлетворённости жизнью» и на что она ориентирована.

Библиографический список

1. *Boyd, K.M.* Health care ethics, health and disease / In R. Gillon (ed.), Principles of health and ethics. – Chichester: John Wiley & Sons, 1994. – 812 P.
2. *Boorse, C.* On the distinction between disease and illness / C. Boorse // Philosophy and Public Affairs – 1975. – 5. – P. 49-86.
3. *Fulford, K.W.M.* Praxis makes perfect: Illness as a bridge between biological concepts of disease and social conception of health / K.W.M. Fulford // Theoretical Medicine – 1983. – 14. – P. 305-320.
4. *Hare, R.M.* Health / R.M. Hare // J. Medical Ethics – 1986. – 12. – P. 172-181.
5. *Lennox, J.* Health as an objective value / J. Lennox // J. Medicine Philosophy – 1995. – 20. – P. 499-511.
6. *Marinker, W.* Why make people patients ? / W. Marinker // J. Medical Ethics – 1975. – 1. – P. 81-84.
7. *Scaddling, J.C.* Health and disease: What can medicine do for philosophy ? / J.C. Scaddling // Medical Ethics – 1988. – 14. – P. 118-124.

Е.Н. Икингрин,
Нижевартровский государственный университет,
Нижевартовск

МЕДИЦИНА Г. НИЖНЕВАРТОВСКА В СУБЪЕКТИВНЫХ И ОБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНКАХ

Здоровье для любого человека одна из наивысших ценностей. А оно зависит как от самого человека, так и от медицины. В 2011-2012 годах в Ханты-Мансийском автономном округе была реализована масштабная программа «Модернизация здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры». В связи с ее успешной реализацией было выделено дополнительное финансирование для проведения ряда мероприятий, направленных на дальнейшее развитие сферы здравоохранения округа. Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры в апреле 2010 г. была разработана и принята Политика в области качества здравоохранения. В ней прописаны идеология, цель, миссия, кредо, стратегия, направления работы и принципы³⁸, Цель Политики - «Повышение качества жизни югорчан путем организации оказания им качественной медицинской помощи с внедрением и постоянным совершенствованием прогрессивных методов диагностики и лечения пациентов, применением современных технологических процессов и ресурсов при непрерывном развитии структур управления, росте профессионализма и квалификации сотрудников медицинских учреждений автономного округа. Кредо – «Здравоохранение Югры – это система конкурентоспособных, мобильных, динамично развивающихся медицинских организаций, использующих современные медицинские и управленческие технологии, гарантирующих: пациентам – доступную, высококвалифицированную помощь и удовлетворение высокого уровня ожиданий по поводу сохранения своего здоровья и поддержания

³⁸ Сайт Департамента здравоохранения ХМАО-Югры // <http://dzhmao.ru/rd/> дата доступа 10.06.13.

определенного качества жизни, персоналу – моральное и материальное удовлетворение от работы».

Для оценки качества работы здравоохранения и управления на уровне городов, районов, учреждений и служб, а также внутри их структурных подразделений была разработана под руководством ВНИИ СГ И ОЗ им. Н.А.Семашко методика обобщенной оценки показателей. Суть методики основана на суммировании уровня отклонений фактических значений показателей от базовых (ожидаемых) с учетом возможной неравнозначности показателей и их оптимизирующего эффекта. Она направлена на выявление существенных факторов, ухудшающих общее функционирование. Цель ее применения - более эффективное и целевое управленческое воздействие на улучшение функционирования системы.

Нижневартовск в округе по уровню достижения результата занимает 13 место среди 22 территорий. Такой же по величине и статусу г. Сургут занимает 7 место³⁹.

В настоящее время система здравоохранения в Нижневартовске представлена 10 муниципальными учреждениями и двумя акционерными обществами - ОАО «Городская дезинфекционная станция», ОАО «Аптека 220». Кроме того, на территории города расположены 8 государственных лечебных учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь, а также сеть ведомственных и частных организаций и предприятий, оказывающих медицинские услуги.

Сравнение опросов, проведённых в г. Нижневартовске в 1989 г. и 2012 г. показывает улучшение показателей медицинского обслуживания как взрослых, так и детей (см. таблицу 1).

³⁹См.: Ранжирование в разрезе территорий по ХМАО - Югре по уровню достижения результатов и уровню вклада в субъект. Сайт Департамента здравоохранения ХМАО-Югры http://dzhmao.ru/rd/index.php?mm=main&sm=ag_rating Дата доступа 10.06.13.

Таблица 1

**Оценки по пятибалльной системе медицинское обслуживание в
Нижневартовске в 1989 г. и 2012 г.**

Оцените по 5 балльной системе	баллы		Котн
	1989	2012	2012/1989
медицинское обслуживание взрослых	2,44	3,00	1,23
медицинское обслуживание детей	2,55	3,19	1,25

Необходимо более подробно рассмотреть показатели связанные со здоровьем горожан.

Таблица 2

Соответствует ли здоровье проживанию на севере?(в % к числу опрошенных)

Варианты ответа	1989	2012
здоровье вполне соответствует	30,3	28,5
в основном соответствует	30,4	25,3
трудно сказать, бывает по-разному	27,2	25,5
для этого края нужно здоровье покрепче	8,9	16,3
из-за плохого здоровья собираюсь уехать	3,2	4,4
Итого ответивших:	100,0	100,0

В 1989 г. нижневартовцы оценивали свое здоровье более положительно, чем в 2012 г. (таблица 2). При ответах на вопрос о состоянии здоровья варианты «для этого края должно быть здоровье покрепче» и «из-за плохого здоровья собираюсь уехать» в сумме составили в 1989 г. - 12% опрошенных, а в 2012 г. – 21%. Мужчины оценивают свое здоровье лучше, чем женщины, считают, что для севера нужно здоровье покрепче

22% опрошенных женщин и 11% мужчин. Естественно, доля респондентов выбравших эти варианты больше среди возрастных групп 51-60 лет (33%) и старше 60 лет (75% опрошенных). Ответы на вопрос «Как часто ходите к врачу?» тоже свидетельствуют об ухудшении здоровья нижевартовцев – вариант «когда заболеваю, что в последнее время случается часто» в 1989 г. выбрали – 15% респондентов, а в 2012г. -20 % (Таблица 3).

Таблица 3

Как часто ходят к врачу (в % к числу опрошенных)

Варианты ответа	1989 г.	2012 г.
когда заболеваю, что в последнее время случается часто	14,9	20,1
когда заболеваю, что в последнее время случается редко	24,5	28,6
Когда заболеваю, иду к врачу	39,4	48,7
когда направляют на профилактический осмотр или когда нужна справка	23,4	21,6
давно уже не ходил к врачу	16,8	20,4
даже если болею, к врачу не хожу, бесполезно	20,4	9,2
Итого ответивших:	100,0	100,0

Ухудшение здоровья это проблема многих регионов. Женщины значительно чаще ходят к врачу, чем мужчины (59% против 40%), а мужчины чуть чаще женщин проходят профосмотры.

Таблица 4

Влияние "Как часто вы ходите к врачу?" на "возраст"
(в % от возраста)

КАК ЧАСТО ВЫ ХОДИТЕ К ВРАЧУ?	возраст					
	до 30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	старше 60 лет	В целом

когда заболеваю, что в последнее время случается часто	9,9	17,7	27,4	32,7	75,0	19,8
когда заболеваю, что в последнее время случается редко	30,5	31,5	25,3	26,5	0,0	28,9
К врачу ходят, когда заболеют (два первых объединенных показателя)	40,4	49,2	52,7	59,2	75,0	48,7
когда направляют на профилактический осмотр или когда нужна справка	19,8	24,6	22,1	18,4	0,0	21,5
давно уже не ходил к врачу	29,0	16,9ре ди	15,8	18,4	0,0	20,5
даже если болею, к врачу не хожу, бесполезно	10,7	9,2	9,5	4,1	25,0	9,3

Закономерно, чем старше человек, тем чаще ходят к врачам (таблица 4). Условно здоровых («когда направляют на профилактический осмотр или когда нужна справка»+ «давно уже не ходил к врачу»), среди респондентов в возрасте до 30 лет - 49%, среди 31-40 - 42%, среди 41-50 летних и 51- 60 летних – по 37%, среди старше 60 лет таковых нет. В тоже время среди респондентов старше 60 лет больше всего считающих, что врачам ходить бесполезно.

Таблица 5

Как часто проходят профосмотр (в % к числу опрошенных)

Варианты ответа	1989	2012
раз в полгода и чаще	21,1	13,5
раз в год	44,6	50,5

раз в несколько лет	17,0	22,4
профосмотр не проходил, делали только флюорографию	13,0	9,1
профосмотр не проходил ни разу	4,3	4,4
Итого ответивших:	100,0	100,0

Профосмотр не проходили всего 4% опрошенных в 1989 г. и 2012 г.

Сравнение ответов на вопрос «Всегда ли удастся попасть к нужному врачу?» показало, что ситуация изменилась в лучшую сторону. Если в 1989 г. ответили «нет» 37% респондентов, то в 2012 - 28%.

Таблица 6

Всегда ли удастся попасть к нужному врачу (в % к числу опрошенных)

Варианты ответа	1989	2012
да	24,6	29,3
когда как	37,7	42,7
нет	37,7	28,0
Итого ответивших:	100,0	100,0

По данным опроса не могут попасть к нужному врачу 31% женщин и 25% мужчин. Женщины почти в два раза больше, чем мужчины страдают хроническими заболеваниями, по данным опроса среди женщин 40% имеют хронические заболевания и среди мужчин - 23%.

На занятиях по социологии студенты Нижневартковского государственного университета (НВГУ) пишут эссе, в котором описывают свое отношение к городу, что в нем нравится, а что нет.

Ниже приведены выдержки из эссе студентов НВГУ «Плюсы и минусы в развитии г. Нижневартовска» (выбраны высказывания, касающиеся медицины):

1. «Городские власти уделяют много внимание развитию города, здоровью людей, строительству».

2. «Здравоохранение: плюсы - бесплатное; записаться на прием к врачу можно через терминал или Интернет. Минусы - «длинные» очереди; число талонов ограничено».

3. «Здравоохранение: оно находится на должном уровне. Качество лечения высокое. Оно бесплатное. Но врачей мало и уровень профессиональности молодых врачей не очень высокий».

4. «Медицина Нижневартовска, как и любого другого города условно разделена на частные и муниципальные медицинские учреждения. Большое количество клиник, поликлиник больниц, но уровень лечения или эффективность лечения оставляет желать лучшего. Система выдачи талонов по терминалу не освободили коридоры поликлиник от очередей. Имеет смысл проработать некоторые нюансы по записи через терминал на прием к врачу. Нехватка узких специалистов еще одна проблема нашего города. Стоит внедрять программы поддержки молодых специалистов в сфере медицины. Так как по окончании вуза специалисту предлагают низкооплачиваемую работу. Неужели ради этого люди обучаются в институтах по 8 лет».

Выдержки из эссе студентов «Если бы я был мэром» (выбраны высказывания, касающиеся медицины):

1. «Я бы хотела ... построить больше больниц, чтобы все люди могли бесплатно получать медицинское обслуживание».чв

2. «Второй задачей не по значимости, а по списку, хотелось бы поставить **расширение и строительство поликлиник и больниц**, а также привлечение к работе молодых специалистов. Ведь данная проблема на лицо. Город растет с каждым днем. Численность населения и рождаемость (это не может не

радовать) увеличивается с геометрической прогрессией. И мы не понаслышке знаем, как бывает тяжело и мучительно попасть к специалисту. Врачи у нас хорошие, квалифицированные, но они не роботы и тоже устают от большого количества пациентов. Не у всех есть возможность идти к платному специалисту, да и зачем, если в обычном медицинском учреждении опыта у докторов больше и лучше лечат??? Так вот эта задача заключается именно в том, что помимо повышения уровня квалификации врачей (которая происходит регулярно), повышения зарплаты, надо улучшить условия труда наших медиков. Я говорю "ДА" расширению медицинских учреждений!».

На территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры приступили к реализации первого российского проекта по усовершенствованию системы здравоохранения с использованием краудсорсинг-технологий. Основной целью реализации краудсорсинг-проекта «Вместе за достойную медицину» является комплексная общественная экспертиза и выработка практически применимых рекомендаций для различных ветвей государственной власти по совершенствованию законодательства в области здравоохранения и повышению эффективности его правоприменения.

В целях повышения качества медицинской помощи в 2012 году впервые за последние годы г. Нижневартовску выделено 220 млн. рублей на приобретение оборудования и было приобретено следующее оборудование: аппарат УЗИ экспертного класса Voluson E8 для МБУ «Городская больница 2»; - рентгенологический диагностический комплекс «Арос» и портативный УЗИ аппарат для МБУ «Городская поликлиника»; аппарат магнитно-резонансной томографии для МБУ «Городская больница 1»; портативный УЗИ аппарат и электрокардиограф для проведения диспансеризации подростков в МБУ «Детская городская поликлиника».

В 2013 году приоритетными являются следующие задачи в сфере здравоохранения:

- повышение доступности и качества медицинской помощи путем записи к специалистам через интернет и электронные терминалы;
- оптимизация лекарственного обеспечения населения путем автоматизации процесса составления заявки через программный комплекс здравоохранения;
- переход на полное одноканальное финансирование из средств ОМС;
- укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений в рамках программы «Сотрудничество», в том числе поставку 18 автомобилей скорой медицинской помощи;
- сокращение неэффективных расходов, в том числе путем перевода вспомогательных служб на аутсорсинг;
- проведение диспансеризации населения, для ветеранов Великой Отечественной войны и студентов, обучающихся по очной форме, медицинские осмотры планируется проводить ежегодно;
- дальнейшее развитие системы реабилитации и паллиативной медицинской помощи пациентам, страдающим онкологическими, неврологическими, наследственными и другими заболеваниями, на базе МБУ «Городская больница 3» планируется дополнительно перепрофилировать 30 коек в паллиативные койки.
- при амбулаторно-поликлинических учреждениях города открыть отделения и кабинеты неотложной медицинской помощи.
- ввести в эксплуатацию: магнитнорезонансный томограф, рентгеновский компьютерный томограф, маммограф в МБУ «Городская поликлиника; рентгеновский аппарат в МБУ «Городская больница 3».

Каким видят будущее Нижневартовска горожане? Две трети (65%) видят город процветающим, 27% в полном упадке (закрытие предприятий, переезд жителей), 8% отметили вариант «другое». Но город будет процветать, если в нем будут жить здоровые люди.

По данным отчета городской Администрации «Численность постоянного населения на 1 января 2013 года увеличилась на 5 тыс. чел. и составила 263,8 тыс. чел. Число родившихся превысило число умерших в 2,8

раза и составило 4 501 чел. Показатели динамики численности населения, рождаемости, прироста населения – основные показатели благополучия города» [1].

Библиографический список

1. Отчет о результатах деятельности администрации города за 2012 год, в том числе о решении вопросов, поставленных Думой города. Официальный сайт Администрации г. Нижневартовска. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.n-vartovsk.ru/adm/otchet/rub-550>[время доступа 24.03.2013].

РАЗВИТИЕ ДОНОРСТВА ОРГАНОВ В РОССИИ: БЛАГОДАРЯ ИЛИ ВОПРОКИ ОБЩЕСТВЕННОМУ МНЕНИЮ?⁴⁰

Развитие научного медицинского знания в области трансплантологии сделало возможным осуществление операций по пересадке органов. Данная область медицины, образовавшаяся на стыке многих медицинских специализаций, является одним из самых сложных видов оказания медицинской помощи, требующей высокой квалификации, технической оснащенности операционных и существенных материальных затрат.

Современная ситуация в трансплантологии ставит новые вызовы перед развитием этой области медицины - несмотря на все возможности врачей по проведению сложных операций по спасению еще некогда неизлечимых больных, они остаются практически нереализованными из-за нехватки донорских органов. Проблема дефицита органов для пересадки на сегодняшний день крайне остро стоит практически во всех странах мира, однако их соотношение с численностью населения значительно варьируется от страны к стране.

Действующая в России система донорства органов характеризуется низкой эффективностью - так, лидером по количеству донорских пересадок органов на миллион жителей является Испания -86,4, а средние показатели по странам Европы в разы превосходят показатели России – 39,3⁴¹ против 9,0.

Означает ли это, что люди в одних странах в большей степени склонны к альтруизму, чем другие? Зарубежные исследователи отмечают, что само по себе желание стать донором не приводит к развитию такой добровольной

⁴⁰Работа основана на результатах проекта «Донорство органов: проблемы и перспективы развития в России» (2013). При реализации проекта использованы средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта Институтом общественного проектирования по итогам VI Конкурса «Проблемы развития современного российского общества», проведенного в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 03 мая 2012 года № 216–рп.

⁴¹Расчеты по 28 странам Европы по International Figures On Donation And Transplantation – 2011 // Newsletter, Vol.17(1), September 2012.

активности на коллективном, массовом уровне - «альтруизм структурируется, производится и становится логистически возможным только благодаря институтам и организациям с высокой степенью заинтересованности в этом» [1].

В связи с этим поиски решения проблемы, связанной с дефицитом донорских органов, выводят на первый план необходимость выработки в этой области эффективных институциональных структур.

Проблематика развития донорства органов в свете решения проблемы дефицита донорских органов затрагивает крайне дискуссионные вопросы о коммодификации жизненно важных и превращение тела человека в товар. Так, с позиций экономической теории решением проблемы нехватки органов является введение свободных рыночных механизмов и установлению рыночной цены путем равновесия спроса и предложения на органы [4]. Социологам свойственен критический настрой в отношении проникновения рынка для того рода фиктивных благ [8]. Работы американских исследователей показали негативный эффект введения подобных практик на качестве донорской крови [6]. Критикуя подход экономистов, экономсоциологам был предложен подход к развитию организационных структур, которые будут способствовать развитию донорства органов на альтруистичной основе, позволяя сохранить сакральность подобных благ от экономизации данной сферы.

Для развития подобной организационной сети необходимо культивирование соответствующих институтов, создающих условия для стимулирования проявления донорских практик.

Согласно институциональной теории, преобразование институциональной среды должно соотноситься с многоуровневой структурой взаимосвязанных норм и правил, включающей три основных элемента: *формальные правила, неформальные правила и культурные нормы* [7]. Некомплементарность вводимых институтов может приводить к

возникновению институциональных разрывов, создающих ограничения для поступательного развития той или иной системы.

Основываясь на рассмотренных теоретических и эмпирических фактах, мы полагаем, что функционирование донорской системы является социально конструированным, эффективность которого обеспечивается, с одной стороны, за счет апелляции к моральным и культурно укорененным нормам, и благодаря выстроенной институциональной системе по организации и логистике донорства и пересадки органов - с другой.

Рассмотрению вопросов, связанных с восприятием проблемы донорства органов, представлениями россиян и их установками в отношении донорства органов, и будет посвящена данная статья.

В данном разделе будут представлены основные результаты зондирующего исследования российского населения по вопросам донорства органов, полученные по всероссийской выборке, репрезентирующей взрослое население старше 18 лет по полу, возрасту и уровню образования, реализованного Левада-Центром в марте-апреле 2013 года.

первостепенной задачей было выявление того, насколько, по мнению россиян, проблема развития донорства органов является актуальной для нашей страны и заслуживает ли она внимания. Значительная доля россиян (69%) относит эту проблему к важным вопросам для развития российской системы здравоохранения. При этом, россияне не испытывают иллюзий в отношении уровня развитости данной области в нашей стране – половина населения относит Россию к числу отстающих стран (47%), четверть россиян оценивает нас на уровне большинства развитых стран и только 4% считает, что наша страна входит в число лидеров в этой области. Представление об уровне дефицита донорских органов также во многом соответствует действительности – около 70% говорят о нехватке донорских органов всем нуждающимся и только 10% считают, что особых проблем в этом отношении нет.

Для выявления общего отношения россиян к развитию подобного рода медицины был задан в отношении мнения о допустимости использования органов живых, умерших или и тех, и других доноров для спасения жизни других. Россияне в целом поддерживают идею использования органов как умерших, так и живых доноров (39%). Вместе с тем, около четверти россиян считают допустимым лишь посмертное донорство и еще около 10% выступают против пересадки органов как способа лечения.

Если переходить к установкам россиян, то на фоне позитивного образа области трансплантологии в плане допустимости и актуальности развития для нашей страны, лишь каждый четвертый россиянин разделяет позицию о том, что «завещание» своих органов после смерти – это долг каждого человека. Рассмотрение сложившихся в общественном мнении представлений о донорстве органов свидетельствует о весьма поверхностных и преосторожных взглядах на эту проблему. Большинство россиян убеждены – донорство почки (или печени) при жизни наносит невосполнимый ущерб здоровью донора – так считают три четверти населения (72%). С тем, что люди с пересаженными органами не могут жить полноценной жизнью согласны почти половина россиян (48%).

Сильны стереотипы и в отношении нелегальной торговли органами. Четверть населения считают, что «черные» рынки широко распространены в России, каждый второй считает, что незаконная торговля все же имеет некоторое распространение в нашей стране и только 4% могут сказать, что черный рынок в России отсутствует.

Отношение к прижизненному донорству

По действующему законодательству, живым донором может выступать лишь генетический родственник человека и при условии, что это не поставит под угрозу его жизнь. В зарубежной практике разрешается проведение пересадок между «эмоциональными» донорами и реципиентом, то теми, кто может не быть кровными родственниками (например, супруги). Для

выявления готовности россиян стать донорами органов мы задали блок вопросов, построенный на снижении уровня кровной и эмоциональной «близости» для донора. Согласно полученным результатам, подавляющее большинство россиян (79%) были бы готовы отдать свой орган, если бы это касалось спасения жизни своих детей. Если мы говорим о супруге, то для них пожертвовать свой орган хотели бы уже только 60% россиян. В отношении других кровных родственников эта доля близка к 50%, а если это касается близкого друга, то только четверть готовы бы были стать донорами для спасения их жизни. Готовность стать донором органов вне зависимости от кровных и эмоциональных связей для абсолютно незнакомых людей мала, но теме не менее составляет почти 10% выборочной совокупности.

Отношение к посмертному донорству

Если переходить к посмертному донорству, то по действующему закону «каждый гражданин нашей страны может выразить как согласие, так и несогласие на изъятие органов из своего тела после смерти для трансплантации». Мнение россиян о том, многие ли жители нашей страны моли бы дать согласие на использование их органов после смерти в целом отражает пассивные установки в этом отношении – только в глазах четверти россиян так поступили бы многие; обратной позиции придерживается вдвое больше россиян (52%).

Если бы сейчас было нужно выразить свое волеизъявление в этом вопросе, то только 51% были бы готовы сделать такое решение. Среди них, распределение разделилось 50 на 50 -2% выразили бы согласие, чуть менее – несогласие. Значимых характеристик, влияющих на склонность в сторону того или иного решения выявлено не было.

Среди основных причин такого отказа не выделилось единого мнения – опасения того, что информация о сделанном решении будет использована в недобросовестных целях и поставит под угрозу их жизнь, сочетаются с наличием религиозных противоречий или просто не мотивированным отказом на становление донором органов. В связи с этим, можно

предположить, что в сознании самого населения нет рефлексивного понимания в отношении этого вопроса и наличие простого нежелания даже думать на эту тему.

Форма выражения волеизъявления

В большинстве зарубежных стран зафиксировать свое желание стать донором органов можно в открытой форме – отметкой в водительских правах или специальных карточках донора. В некоторых странах осуществляется идея создания закрытых реестров, в которых люди могут зарегистрировать как свое согласие, так и несогласие. В России формы выражения волеизъявления до настоящего момента не выработаны.

Мы поинтересовались информированностью россиян о том, знают ли о том, как можно выразить свое волеизъявление в нашей стране. Свои знания по этому вопросу лишь 15% смогли оценить как «достаточные», более 75% считают их недостаточными.

Представления россиян о предпочитаемых формах фиксации своего волеизъявления свидетельствуют о больших сторонниках закрытых форм – за них выступает 40%. Число поддерживающих открытые формы крайне невелико – за такие формы выступают лишь 12% россиян. Еще для 20% степень «открытости» формы не имеет значение.

Коммерциализация донорства: платность vs альтруизм

Коммодификация донорства органов как процесс превращения в товар социально значимых благ является крайне дискуссионным вопросом. С одной стороны, привлечение денежных эквивалентов позволяет повысить стимул для становления донорами – от чего выигрывают обе стороны – реципиент получает орган, донор – вознаграждение. С другой, это нарушает социальный порядок и противоречит природе этих «бесценных» благ.

Стабильность и повторяемость различных институциональных форм по Карлу Поланьи может поддерживаться различными социальными механизмами. К таким связям могут относиться реципрокность – взаимоотношения, основанные на симметричном обмене между группами;

перераспределение — когда происходит стягивание благ в центр и его дальнейшее распределение и рыночный обмен, когда в свободном доступе одни блага можно обменять на другие.

Анализ установок россиян в отношении того, как же, по их мнению, может сформироваться наиболее устойчивая форма донорства органов, показал, что среди нашего населения имеет место проблема «безбилетника» (freeriders) или дефицита доверия и солидарности. Так, доля тех, кто считает, что если человек отказался завещать органы после смерти, то он, тем не менее, может претендовать на получение такого органа при необходимости, равна сторонникам обратной позиции и насчитывает чуть более трети населения.

В этом отношении можно заключить, что население не имеет рефлексивного представления о том, как может быть устроена система донорства. Необходимость своего участия не отрицают лишь около 20% россиян, при этом треть населения считает, что несогласие на становление донором не может быть критерием для отказа человеку в получении аналогичной операции в случае необходимости. Представление о функционировании данного механизма по получению органа остается вне осознания россиян — без участия самих граждан обеспеченность этой помощью останется под большим вопросом.

Согласно принятым международным декларациям донорство органов должно осуществляться на добровольной и абсолютно безвозмездной основе. По российскому законодательству любые попытки торговли органами преследуются законом с установлением уголовной ответственности. Мнение россиян относительно допустимости коммерческих основ для неродственных донорства в рамках прижизненного донорства соответствует о следующей картине: 36% считают такие практики недопустимыми и 48% придерживаются одобрительного мнения. Значительная доля сторонников относится к жителям столицы — среди них более двух третей респондентов поддержали данную идею коммерческого донорства.

Для повышения участия населения в «завещании» своих органов могут также вводиться различные варианты поощрений, например, таких как оплата похорон, предоставление пожизненной медицинской страховки для членов семьи и др. Единого мнения по этому вопросу также нет среди населения – 40% сказали, что введение таких поощрений могло бы побудить их дать согласие на завещание своих органов и ровно столько же, посчитали их недостаточными.

Среди различных групп населения как в отношении вне родственного коммерческого донорства, так и в вопросах стимулирующих выплат для участия в посмертном донорстве, значимых различий нет, что касается и групп с разным материальным положением домохозяйства.

Если переходить к третьей основе выстраивания хозяйственных отношений обмена – рынку - то в данном отношении стоит особо отметить, что в случае необходимости более половины россиян купили бы орган при создании легализованных условий. Более решительны на такую «покупку» были бы москвичи и группы более высокого потребительского статуса, однако различия и в этих группах покрываются статистической погрешностью.

Вместе с тем, декларативно чуть менее 20% россиян составили бы предложение в этом вопросе и не отрицают возможность продажи своего органа. В данном случае значимых различий по социально-демографическим характеристикам, в том числе в группах с разным доходом, нет.

Однако, как отмечают экономсоциологи, рыночные механизмы в этом вопросе – это дорога к эксплуатации и социальной несправедливости, когда жизнь бедных приобретает цену благодаря торговле своим телом для нужд более обеспеченных слоев. И торговля запрещена.

Наиболее устойчивой формой в плане донорства является альтруизм, однако эта практика, если она не касается близких членов семьи, не находит широкого распространения в массовом сознании россиян.

Подводя итог рассмотрению позиции населения, то можно сказать, что сложившиеся культурные представления россиян в настоящее время не создают позитивных прецедентов для развития донорства, основанного на солидарной системе «завещания органов». При декларируемой значимости развития этого направления медицины, необходимость личного и массового общественного участия остается за кадром понимания россиян. Мнение о допустимости использования органов как умерших, так и живых органов ими понимается как необходимые шаги для имеющего место дефицита органов. Однако поведенческие установки россиян отстают от этого представления. Ситуация усугубляется наличием стереотипных мнений и недостатком знаний о возможностях становления посмертным донором и эффективности этого способа лечения.

Четко альтруистической позиции в отношении донорства органов среди населения также нет — доля сторонников платных и безвозмездных основ, как для прижизненного, так и посмертного донорства имеет примерно равные соотношения, что характерно для всех групп по материальному положению. В этом отношении представления россиян о способах выстраивания донорской системы становятся ближе к странам развивающего мира, где на фоне сильной социальной дифференциации низкий уровень материального положения создает основы для развития незаконного рынка органов или вознаграждаемых форм донорства.

Действующая донорская система не подкрепляется позицией основной массы населения — в массовом сознании россиян имеют место дефицит солидарности и доверия в обществе. Об этом свидетельствует существенный разрыв между готовностью стать донором органов для своего близкого (круг которого начинает ограничиваться детьми и супругами) и желанием завещать свои органы в рамках посмертного донорства. Сравнение с аналогичными данными «Евробарометра⁴²» показывает, что Россия занимает высокое место

⁴² Organ Donation and Transplantation// Special Eurobarometer 333a (wave 72.3), 2010, URL: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf

среди остальных стран в готовности к родственному донорству. Однако если позиция в этих странах в отношении как прижизненного, так и посмертного донорства совпадает, то для России лозунг «Органы Вам не отдам» пока остается в силе.

Такие социокультурные особенности российского восприятия можно рассматривать как институциональные ограничения для участия населения в донорских программах.

Вместе с тем, необходимо ответить, что даже на фоне низкой информированности, распространенности стереотипных представлений, чуть более пятой части населения все же выразили бы согласие на использование своих органов после смерти. Это позволяет предположить, что при создании специальных институциональных условий для регистрации своего волеизъявления и благоприятного информационного фона доля согласных на завещание своих органов может быть выше.

Библиографический список

1. *Healy K.* Last Best Gifts: Altruism and the Market for Human Blood and Organs. The University of Chicago Press, London and Chicago, 2006, 193 p.
2. *Horton R. L. Horton P. J.* Knowledge regarding organ donation: identifying and overcoming barriers to organ donation. *Sot. &i.ed.* 1990, 31(7), pp.791-800.
3. International Figures On Donation And Transplantation – 2011//Newsletter, Vol.17(1), September 2012.
4. *Kaserman, David L., Barnett A.H.* An Economic Analysis of Transplant Organs: A Comment and Extension// *Atlantic Economic Journal*, 1991, Vol. 19, p. 57 – 64.
5. Organ Donation and Transplantation// Special Eurobarometer 333a (wave 72.3), 2010, URL: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf

6. *Titmuss R.* The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy, 1970, цит. по: Steiner P. Gifts of Blood and Organs: The Market and "Fictitious" Commodities// *Revue française de sociologie*, Vol. 44, Supplement: An Annual English Selection (2003), p. 149

7. *Кузьминов Я.И., Радаев В.В., Яковлев А.Н., Ясин Е.Г.* Институты: от заимствования к возвращению (опыт российских реформ и возможности культивирования институциональных изменений)//*Вопросы экономики*, 2005, №5, с.5-27.

8. *Поланьи К.* Саморегулирующийся рынок и фиктивные товары: труд, земля и деньги // *Thesis*, 1993, №2, с. 10-17.

9. *Поланьи К.* Великая трансформация: прошлое, настоящее, будущее/ Под общей ред. Р.М. Нуреева. М.: ГУ-ВШЭ, 2007. 320 с.

ВРЕМЯ СНА, ПИТАНИЯ, УХОДА ЗА СОБОЙ КАК ФАКТОРЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Повседневная деятельность людей в ее суточном, недельном и других циклах может содержать большее или меньшее число занятий. Но каким бы не был этот набор видов деятельности, среди них не могут не присутствовать занятия, которые, прежде всего, совершаются людьми для сохранения своей жизни: сон, питание, уход за собой. Они относятся к группе занятий, отвечающих за физическое восстановление расходуемых сил организма человека, за его физическое здоровье. С этой точки зрения роль их во временных циклах жизнедеятельности, например, работающего населения определяется влиянием степени удовлетворения физиологических потребностей на результативность таких важных сфер деятельности как труд для заработка, домашний труд, уход за детьми и их воспитание. Однако в меняющихся условиях жизни, и далеко не всегда в лучшую сторону, именно удовлетворение физиологических потребностей может испытывать на себе сильное давление со стороны перечисленных выше занятий. В данном контексте исследовательский интерес представляет изучение отношения к восстанавливающим занятиям их субъекта. С этой целью в статье на основе результатов комплексных сравнительных исследований (с 1986 г. автор статьи - их участник и организатор) анализируются показатели бюджета времени за 1965-2008 гг., относящиеся к группе видов деятельности, совершаемых для удовлетворения физиологических потребностей, рассматривается влияние некоторых социально-демографических факторов на структурирование времени в данной сфере.

Сон, питание, уход за собой в структуре бюджета времени

Как было сказано выше, сфера удовлетворения физиологических потребностей – жизненно важная сфера повседневной деятельности. Доля

затрат времени на сон, питание, уход за собой в недельном фонде времени работающих достигает 40%. Такое распределение фонда времени никем не регламентируется, человек принимает решение об использовании его в целях своего восстановления сам. Уже один этот факт свидетельствует о субъективной мере значимости для человека рассматриваемой группы занятий. Для сравнения: доля времени общей трудовой нагрузки (оплачиваемый и неоплачиваемый труд с накладными расходами) составляет около 45%. Интерес представляют данные о том, как меняются (и меняются ли) показатели времени труда и восстановления расходуемых сил по отношению друг к другу при трансформации социально-экономической системы, а с этим и всех условий жизни. Соотношение затрат времени на удовлетворение физиологических потребностей и времени общей трудовой нагрузки по результатам наших замеров, проведенных в Пскове с 1965 по 2008 гг., не было у работающих мужчин и женщин величиной постоянной (табл. 1).

Таблица 1

Недельные затраты времени работающих жителей на удовлетворение физиологических потребностей и их соотношение с общей трудовой нагрузкой, 1965 – 2008 гг. (на опрошенного, часы)

Группа видов деятельности	Псков				Псков, Саратов
	1965	1986	1997/98	2007/08	2007/08
Мужчины					
Число опрошенных	1097	1353	88	67	153
1. Общая трудовая нагрузка	64,8	65,1	68,2	70,5	73,0
2. Удовлетворение физиологических потребностей*	69,8	68,9	68,4	66,6	65,6
3. Отношение затрат времени на удовлетворение физиологических потребностей к величине времени общей трудовой нагрузки	1,0 к 0,9	1,0 к 0,9	1,0 к 1,0	1,0 к 1,1	1,0 к 0,9
Женщины					

Число опрошенных	1574	1554	142	74	133
1. Общая трудовая нагрузка	80,0	72,5	65,2	79,9	77,4
2. Удовлетворение физиологических потребностей*	67,1	69,7	73,6	64,6	66,7
3. Отношение затрат времени на удовлетворение физиологических потребностей к величине времени общей трудовой нагрузки	1,0 к 1,2	1,0 к 1,0	1,0 к 0,9	1,0 к 1,2	1,0 к 1,2

*В группу включены затраты времени на передвижения.

Но у тех и других есть специфика зависимости между этими сферами повседневной деятельности. У мужчин от года к году возраставшей общей трудовой нагрузке соответствовали ежегодно снижающиеся затраты времени на удовлетворение физиологических потребностей (в 1965 г. - 1,0 к 0,9, а в 2008 - 1,0 к 1,1). У женщин аналогичной и такой же гладкой картины не наблюдается. С 1965 по 1998 годы фиксировалось снижение их общей трудовой нагрузки и возрастание времени удовлетворения физиологических потребностей (1,0 к 1,2 и 1,0 к 0,9). Эту тенденцию можно было бы назвать тенденцией «торжества справедливости», поскольку она явно свидетельствовала об улучшении ресурсного (временного) обеспечения восстанавливающей группы видов деятельности у женщин. Однако в 2008 г. получены данные, которые оказались аналогичными показателям за 1965 г. – 1,0 к 1,2. Надо сказать, что рассматриваемое соотношение по оценке в среднем по двум территориям (Псков, Саратов), имеющим сходные основные характеристики социально-экономического развития, у женщин является таким же (табл. 1).

Менялась ли в течение 1965-2008 гг. структура восстанавливающей группы видов деятельности?

Таблица 2

**Структура восстанавливающей группы видов деятельности
работающего населения, 1965-2008 гг. (на опрошенного в неделю, часы)**

Группа видов деятельности	Псков				Псков, Саратов
	1965	1986	1997/98	2007/08	2007/08
Затраты времени мужчин					
1. Сон, в т.ч.:	54,7	54,5	53,7	48,4	48,6
ночной	53,7	53,5	52,7	48,4	48,3
дневной	1,0	1,0	1,0	0,0	0,3
2. Питание, в т.ч.:	9,1	8,4	8,5	7,8	8,2
прием пищи дома	5,8	5,2	5,5	4,2	4,9
питание в обеденный перерыв и другие случаи питания вне дома	3,3	3,2	3,0	3,6	3,3
3. Уход за собой, в т.ч.:	6,0	6,0	6,2	10,4	8,8
гигиенический, медицинский уход в домашних условиях	5,5	5,4	6,0	9,1	7,4
посещение учреждений сферы услуг	0,5	0,6	0,2	1,3	1,4
Затраты времени женщин					
1. Сон, в т.ч.:	53,2	55,3	57,3	49,9	50,9
ночной	52,3	54,7	56,2	49,6	50,6
дневной	0,9	0,6	1,1	0,3	0,3
2. Питание, в т.ч.:	8,3	7,7	7,8	6,3	7,1
прием пищи дома	5,5	5,1	5,6	3,7	4,6
питание в обеденный перерыв и другие случаи питания вне дома	2,8	2,6	2,2	2,6	2,5
3. Уход за собой, в т.ч.:	5,6	6,7	8,5	8,4	8,7
гигиенический, медицинский уход в домашних условиях	5,0	6,1	8,2	7,8	8,2
посещение учреждений сферы услуг	0,6	0,6	0,3	0,6	0,5

У работающих мужчин при снижающей величине затрат времени на удовлетворение физиологических потребностей до 1998 г. (табл. 1) уменьшалось и время сна (табл. 2), но доля его в восстанавливающей деятельности сохранялась практически неизменной. В 2007/08 гг. по

сравнению с 1997/98 гг. зафиксировано значительное сокращение недельной величины времени сна (ночного и дневного) – на 5,3 часа, а в сопоставлении с 1965 – на 6,3 часа. Существенно снизилась и доля его во времени восстановления (с 78-79% до 73%). При более углубленном исследовании причин такой тенденции было замечено, что до 2007/08 гг. при ведении поминутной саморегистрации видов суточной деятельности респондент не показывал интимные виды ее как самостоятельный вид занятий, а «скрывал» эти занятия в составе времени сна. Постепенно менялись нравственные ориентиры, интимные стороны частной жизни стали обсуждать в открытых и больших аудиториях. Новые представления о нормах этики получили отражение в приоткрытых фактах реального поведения. Они засвидетельствовали, что из 9,1 часа в неделю, которые работающие мужчины Пскова в 2007/08 гг. расходовали на гигиенический и медицинский уход за собой, 3,1 часа – время интимной деятельности, показанной как самостоятельное занятие. Если добавить эту величину к продолжительности сна (48,4 часа в неделю) для повышения сопоставимости с предшествующими годами, то сокращение сна уже не будет столь значительным – 2,2 и 3,2 часа. Однако, несмотря на данный факт, время сна у работающих мужчин по сравнению с 1965 г. и даже с 1998 г. следует признать уменьшившимся: с 7,8 и 7,7 до 7,4 часа в день. В период между 1997 и 2008 годами из состава сна «ушел» дневной сон (в том числе послеобеденный в нерабочие дни), продолжительность которого в более ранних замерах и так была небольшой - 1,0 час в неделю. В контексте динамики показателей смертности и продолжительности жизни мужчин в трудоспособном возрасте данные тенденции можно, на наш взгляд, отнести к факторам, не способствующим формированию положительной динамики.

Время, расходуемое на **питание** (без затрат времени на приготовление пищи), у работающих мужчин имеет тенденцию развития, похожую на ту, которая наблюдается в динамике времени сна. Величина его по годам сокращалась (с 1,3 часа в день в 1965 г., 1,2 часа в 1997/98 гг. до 1,1 часа в

2007/08 гг.), но доля этого ресурса в восстанавливающей деятельности сохранялась после 1965 г. на уровне 12%. Источником снижения суммарных затрат времени являлся прием пищи в домашних условиях. Питание стало частично «перемещаться» из группы основных занятий в группу вторичных или одновременно совершаемых. Например, основное занятие – «время, проведенное за компьютером», а одновременно совершаемое – «перекусывание бутербродами». Таким образом, фактическое время питания если и сокращается, то незначительно. Что же касается качества питания, то оно при такой его организации вряд ли улучшается. Распространение предприятий, предлагающих «фастфуды», должно было бы дать о себе знать увеличением расхода времени на питание вне дома (не в обеденный перерыв). В 1986 г. такой вид деятельности «потреблял» у мужчин около 11 минут в неделю, в 1997/98 гг. – 37 минут, в 2007/08 – 24 минуты. Замеры проводились на одной и той же территории (Псков). В мегаполисах подобные затраты времени могли бы быть существенно большими.

Уход за собой у работающих мужчин до 2008 г. самая стабильная по затратам времени группа занятий (0,9 часа в день недели). В 2007/08 гг. зафиксирован скачок в расходуемом времени до 1,5 часа в день. Однако вспомним, что среди видов деятельности рассматриваемой группы респонденты в 2007/08 гг. показывали интимную деятельность (0,4 часа в день). Если вычесть из 1,5 часа эту величину в пользу сна (как объяснялось выше), то получим увеличение затрат времени мужчин на уход за собой не на 0,6 часа в день, а лишь на 0,2 часа. Оно обеспечено, главным образом, ростом частоты и продолжительности посещений лечебных учреждений, аптек, парикмахерских, бань и других учреждений и предприятий, предлагающих услуги рассматриваемого профиля. По сравнению с 1965 г. рост составил 0,1 часа в день недели, в сопоставлении с 1997/98 гг. – фактически 0,2 часа. Изменения, затронувшие гигиенический и медицинский уход за собой в домашних условиях (самообслуживание) серьезного влияния на динамику

суммарных затрат времени на уход за собой у работающих мужчин не оказали.

У *работающих женщин* изменение структуры группы видов деятельности по удовлетворению физиологических потребностей имеет свою специфику. По мере повышения показателей времени удовлетворения физиологических потребностей, выявленного у работающих женщин в период с 1965 по 1998 гг., происходил рост и затрат времени на сон (с 7,6 до 8,2 часа в день). Доля времени сна в суммарной продолжительности удовлетворения физиологических потребностей почти не изменилась в указанные годы (79-78%, как и у работающих мужчин). Основание для вывода о том, что достигнутая величина времени сна работающих женщин (8,2 часа в день) являлась достаточной в тех условиях (1997/98 гг.), дает небольшое сокращение доли этих времязатрат (в 1 п.п.) в суммарном времени удовлетворения физиологических потребностей. Если бы величина последнего уменьшилась, такой вывод был бы не правомерен, но она увеличилась, что позволяло женщинам еще больше расширить суточные границы сна. Между тем в 2007/08 гг. продолжительность сна женщин снижается значительно – до 7,3 часа в день (с учетом вышеприведенной методики перерасчета). В указанный период их общая трудовая нагрузка достигает уровня 1965 г., но время сна при этом меньше, чем в 1965 г. на 18 минут в день. Дневной сон, если и не исчез, то сократился до символической величины: с 1,1 часа в неделю в 1997/98 гг. до 0,3 часа в 2007/08 гг. Ситуация, сложившаяся на отрезке 1997/98 гг. – 2007/2008 гг., у работающих мужчин и женщин очень похожа, но у вторых - все-таки хуже, поскольку их общая трудовая нагрузка в последней точке замера почти на 10 часов в неделю больше.

Питанию работающие женщины во все рассматриваемые годы посвящали времени меньше, чем мужчины. К 2007/08 гг. по сравнению с 1965 г. затраты времени еще и сократились на 2,0 часа в неделю или с 1,2 до 0,9 часа в день. Даже против 1997/98 гг. снижение составило 1,5 часа в

неделю. Доля затрат времени на питание, которая в 1965 г. равнялась тем же 12%, что и у работающих мужчин, с каждым годом уменьшалась. В 2007/08 гг. она была уже меньше 10%. Время оплачиваемой работы у женщин в 2007/08 гг. выросло по сравнению с 1965 г. на 4,5 часа в неделю, а против 1997/98 гг. - на 12,1 часа. При этом время питания в обеденный перерыв сократилось с 2,8 часа в неделю в 1965 г. до 2,0 часа в 1997/98 гг. и до 2,4 часа в 2007/08 гг. Следует учитывать, что в настоящее время мы имеем большую, чем 20-30 лет назад, вариативность режимов работы. Питание в обеденный перерыв продолжительностью в 20 минут в день – это средняя величина для всех режимов. При пятидневной рабочей неделе она может несколько увеличиваться. Кроме того, нужно добавить, что сюда включены затраты времени на передвижения до места приема пищи и от него, ожидание в очереди и другие виды деятельности, связанные с питанием. Так что получается питание «на бегу». И в этой части у женщин положение по сравнению с работающими мужчинами несколько хуже. Что касается времени питания в домашних условиях, то динамика в целом общая для работающих женщин и мужчин. Поэтому все, что говорилось по этому поводу выше, в общем, верно и для женщин. Правда, у них наблюдается гораздо большее снижение затрат времени на питание дома (с 48 минут в день в 1965 и 1997/98 гг. до 32 минут в 2007/08 гг.). А на питание вне дома (не в обеденный перерыв) работающие женщины расходуют времени (конечно, с передвижениями и другими накладными занятиями) еще меньше - 12 минут в день в 1997/98 и 2007/08 гг.

На уход за собой у работающих женщин, в отличие от мужчин, в 1965-1998 гг. фиксировались растущие затраты времени (от 0,9 до 1,2 часа в день), но в 2007/08 гг. они понизились до 1,0 часа, т.е. наблюдалась тенденция, обратная той, что выявлена у работающих мужчин. Как в случае увеличения, так и в случае уменьшения затрат времени, происходили изменения в домашнем уходе за собой (самообслуживании). Расход времени женщин на пользование услугами сферы обслуживания для удовлетворения

физиологических потребностей можно назвать стабильно низким (0,6 часа в неделю).

Влияние некоторых социально-демографических факторов на продолжительность сна, питания и ухода за собой

Данные табл. 3 показывают, что величина времени, расходуемого на удовлетворение физиологические потребностей, у женщин имеет менее выраженные повозрастные различия, чем у мужчин. Показатели 18-29-летних превышали показатели 30-49-летних на 0,7 часа в неделю, которые, в свою очередь, были меньше затрат времени лиц 50 лет и старше на 4,1 часа. У мужчин же наблюдается такой порядок цифр: 3,1 и 11,5 часа в неделю. В относительно худшем положении находится группа опрошенных мужчин наиболее продуктивного возраста – 30-49 лет (65,3 часа в неделю). Женщины аналогичной возрастной группы также располагают наименьшим ресурсом, но его недельная величина все-таки больше на 2,8 часа.

Таблица 3

Время сна, питания и ухода за собой мужчин и женщин в зависимости от возраста и семейного положения, Псков и Саратов, 2007/08 гг., N= 408 (на опрошенного в неделю, часы)

Группа видов деятельности	Затраты времени				
	18-29-летних	30-49-летних	50 лет и старше	семейных с детьми до 18 лет	одиноких родителей с детьми до 18 лет**
У мужчин					
Удовлетворение физиологических потребностей, в т.ч.:	68,4	65,3	76,8	65,8	
сон	52,3 (76)	47,1 (72)	56,7 (74)	48,2 (73)	
питание	7,4 (11)	8,4 (13)	7,7 (10)	7,5 (11)	
уход за собой*	8,7 (13)	9,8 (15)	12,4 (15)	10,1 (15)	
У женщин					
Удовлетворение физиологических потребностей, в т.ч.:	68,8	68,1	72,2	66,1	67,7
сон	52,8 (77)	51,4 (76)	54,2 (75)	51,1 (77)	52,2 (77)
питание	6,4 (9)	6,9 (10)	6,8 (9)	6,5 (10)	6,6 (10)
уход за собой*	9,6 (14)	9,8 (14)	11,2 (16)	8,5 (13)	8,9 (13)

* В состав данной группы входит интимная деятельность.

** Анализируются данные только по группе «одинокие матери с детьми, живущие отдельно от помогающих», так как группа «одинокие отцы с детьми, живущие отдельно от помогающих» недостаточно наполнена.

Женатые мужчины и замужние женщины, имеющие детей до 18 лет, имеют не сильно различающийся расход времени на удовлетворение физиологических потребностей (65,8 и 66,1 часа в неделю). Эти опрошенные в большинстве своем находятся в группе 30-49-летних, в массе своей являются работающими. В среднем по работающим респондентам затраты времени составляют 65,6 и 66,7 часа в неделю (табл. 2).

Одинокие матери с детьми до 18 лет – одна из наиболее социально незащищенных групп населения. Ожидались результаты, которые свидетельствовали бы о худших характеристиках времяресурса для удовлетворения физиологических потребностей этих опрошенных. Но ожидание не подтвердилось. Недельный ресурс их времени на 1,6 часа больше, чем у замужних матерей с детьми до 18 лет.

Анализ показывает, что в основе выявленных повозрастных различий в общей величине времени на восстанавливающую деятельность лежит, с одной стороны, дифференциация затрат времени по полу, с другой – по семейному положению и наличию детей, главным образом, в возрастной группе 30-49 лет.

Как меняется структура рассматриваемой группы видов деятельности в зависимости от возраста, семейного положения? Понятно, что основная доля времени, посвящаемого восстановлению, расходуется на сон. Обращает на себя внимание тот факт, что «нижняя граница» доли времени сна у мужчин в группе 30-49-летних (72%), а у женщин – в группе лиц 50 лет и старше (75%). «Верхняя граница» у мужчин - в группе 18-29-летних (76%), у женщин – в группах: 18-29-летних; замужних с детьми до 18 лет; одиноких матерей с детьми до 18 лет (77%).

У женщин при увеличении возраста наблюдается уменьшение доли затрат времени на сон (77, 76, 75%). Вместе с тем при наибольшей доле времени сна в группе 18-29-летних потребность в нем составляла 7,5 часа в день, а при наименьшей его доле в группе лиц 50 лет и старше – самая высокая среди женщин (7,7 часа в день). Выше она и у мужчин такого же возраста (8,1 часа в день) в сравнении с показателями тех из них, кто помоложе. Что же касается изменений долевого распределения времени сна по мере увеличения возраста мужчин, то такой закономерности не выявлено (76, 72, 74%). Группа 30-49-летних мужчин расходует на сон 6,7 часа в день. Такой показатель образуется за счет более низких его значений у холостых мужчин, которые входят в состав данной группы наряду с женатыми мужчинами и имеющими детей до 18 лет. Надо сказать, что у семейных мужчин с детьми также невысокие затраты времени на сон – 6,9 часа в день. Это означает, что при пятидневной рабочей неделе в рабочие дни длительность их сна была меньше 6,5 часа.

Мужчины по сравнению с женщинами отличаются и большей долей затрат времени на питание и большей их величиной. Причем мужчины 30-49 лет имеют и самую высокую долю затрат времени среди лиц обоего пола (13%), и самую значительную продолжительность питания (1,2 часа в день). Этот факт подтверждает вывод о том, что самооценки питания, наряду с оценками усталости после работы, с точки зрения влияния их на самооценки здоровья относятся вместе с полом и возрастом к числу основных факторов [1, с. 235-236.]. Но все-таки сравнительная значимость затрат времени на питание для женщин ниже, чем для мужчин. Кроме того, на их величину и долю в структуре времени, расходуемого на восстановление, мало влияет возраст и семейное положение.

На гигиенический и медицинский уход за собой, осуществляемый в домашних условиях (самообслуживание), также влияет пол и возраст. Но как и в двух рассмотренных выше группах видов деятельности, посвящаемых удовлетворению физиологических потребностей, у женщин эти затраты

времени не сильно различаются (8,0; 7,5; 7,8 часа в неделю). У мужчин различия невелики только в группах трудоспособного возраста (6,1 и 5,8 часа в неделю). У лиц 50 лет и старше времязатраты достигают 8,3 часа в неделю. Относительно небольшой расход времени зафиксирован у состоящих в браке и воспитывающих детей до 18 лет мужчин и женщин: 5,5 и 5,9 часа в неделю. Практически в самом лучшем положении находятся одинокие матери с несовершеннолетними детьми. Они расходуют на гигиенический и медицинский уход дома 8,1 часа в неделю. Пользование услугами предприятий и учреждений для ухода за собой наибольшее распространение имеет среди лиц старше 50 лет. Например, время посещений лечебных учреждений, аптек в этой группе составляет в среднем 24% от суммарной величины ухода за собой дома и вне дома или 2,8 часа в неделю, в группе 30-49-летних – 17% (1,4 часа), а среди молодежи до 30 лет – 10% (0,7 часа). У мужчин распространение имеет посещение бань, особенно в возрасте от 30 лет и старше.

Анализ взаимосвязи социально-демографических характеристик (пола, возраста, семейного положения) и показателей времени, направленного на удовлетворение физиологических потребностей, показал, что у женщин различия менее выражены, чем у мужчин. Реальное поведение молодежи до 30 лет почти не имеет различий по полу. Все выявленные особенности использования времени на восстанавливающую деятельность дают основание для выводов о необходимости выбора более рационального варианта цикла жизнедеятельности (недельного, месячного) для поддержания и сохранения здоровья и возможностях его осуществления.

Библиографический список

1. Повседневная деятельность городских жителей в годы реформ: бюджет времени, ценности, тенденции (1986-2008) / Под общ. ред. Т.М. Карахановой. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2010.

О.В. Карпова, М.А. Татарников,

ООО «Про-Дента-Люкс», Калуга

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» первым из основных принципов управления качеством является ориентирование на потребителя, поэтому совершенно естественно, что одним из главных критериев качества стоматологической помощи является удовлетворенность пациентов этим видом медицинского обслуживания. Под удовлетворенностью потребителей в указанном стандарте понимается их восприятие степени выполнения их требований и ожиданий. Понятно, что оценка медицинской помощи пациентами вещь достаточно субъективная. Она будет зависеть не только от реального положения дел, но и от ожиданий и запросов респондентов, их психологического и физического состояния. В связи с этим оценка удовлетворенности пациентов должна обязательно включать в себя социально-психологический анализ восприятия ими характеристик оказываемой медицинской помощи, включая сервисное обслуживание и особенности психологического взаимодействия медицинского персонала и пациентов.

Для изучения удовлетворенности населения качеством стоматологической помощи и механизма ее формирования в 2012-2013 гг. был проведен социологический опрос в виде анкетирования посетителей муниципальных и частных стоматологических поликлиник г. Калуги. Основной целью исследования было:

- 1) изучение удовлетворенности населения качеством стоматологической помощи;
- 2) определение и ранжирование факторов, в наибольшей степени

влияющих на оценку качества стоматологической помощи;

3) анализ различий в оценках частной и муниципальной систем оказания стоматологической помощи.

Всего было опрошено 748 респондентов, в т.ч. 401 посетитель муниципальной стоматологической поликлиники (53,6% от общего количества респондентов), 289 пациентов частной стоматологической клиники (38,6%) и 58 посетителей частных стоматологических кабинетов (7,8%). Объем выборки гарантировал достоверность результатов не менее чем в 95% случаев (коэффициент доверия $t = 2$) с максимальной ошибкой выборки не более $\pm 4\%$. Качественный состав респондентов на всех базах исследования был достаточно близок, различия в ответах незначительны, поэтому в целях удобства изложения в настоящей статье представлены обобщающие результаты социологического опроса по всей выборке.

Анкета включала вопросы для сбора информации по следующим разделам:

- социально-демографические характеристики респондентов;
- их оценки своего материального положения и состояния здоровья;
- цели и частота посещения стоматологической клиники;
- доступность стоматологической помощи;
- время ожидания приема врача в очереди;
- удобство графика работы врачей и служб клиники;
- внешний вид и санитарное состояние помещений клиники;
- оценка отношения медицинского персонала;
- оценка квалификации врачей;
- оценка работы вспомогательных служб клиники (рентген-кабинет, регистратура, физиотерапевтический кабинет);
- оценка уровня обследования и лечения;
- случаи неофициальных платежей и вымогательства денег (подарков);
- восприятие цен на стоматологические услуги;
- удовлетворенность лечением у своего врача и в целом в клинике.

При социологическом опросе респонденты не всегда отвечают на все вопросы анкеты. Как правило, причинами этого являются отсутствие у них информации и/или собственного мнения по каким-то вопросам, боязнь критических замечаний в адрес медицинских работников, повышенная деликатность, нежелание кого-то случайно обидеть или вспоминать неприятные моменты, давать личную информацию о себе и т.д. Поэтому для повышения психологической комфортности заполнения анкет в большинстве вопросов использовался вариант ответа «Затрудняюсь ответить». Дополнительно учитывались лица, пропустившие вопрос, количество которых было крайне незначительно, – в пределах статистической погрешности выборки.

Общая характеристика респондентов

Выборочная совокупность охватила все основные социально-демографические группы населения. Среди респондентов было 283 мужчин и 465 женщин. Наибольший процент в выборке составили пациенты в возрасте от 25 до 29 лет (18,2%), от 20 до 24 лет (15,1%), от 30 до 34 лет (13,5%) и от 35 до 39 лет (12,6%). Остальные респонденты распределились следующим образом: от 60 лет и старше (8,7%), от 40 до 44 лет (8,4%), от 45 до 49 лет (7,6%), от 50 до 54 лет (7,5%), от 55 до 59 лет (4,5%), до 19 лет включительно (3,6%). Как видно, большинство респондентов, обратившихся за стоматологической помощью, имеют наиболее активный социальный возраст от 20 до 39 лет (59,4%).

Основная масса респондентов была представлена рабочими (35,6%), служащими (35,3%), учащимися (9,2%), работающими пенсионерами (8,2%) и не работающими пенсионерами (4,4%). Большую часть опрошенных пациентов составили городские жители (91,8%).

Образовательный уровень опрошенных достаточно высок: более половины из них имели высшее образование (50,5%), более четверти – среднее специальное (27,4%), 12,6% – незаконченное высшее и 7,8 % –

среднее образование.

Только 8,8% респондентов полностью удовлетворены своим материальным положением, частично удовлетворены 46,2% и не удовлетворены 34,6%. Остальные затруднились ответить (8,1%) или пропустили этот вопрос (2,1%).

Респонденты в целом позитивно оценили состояние своего здоровья: 59,0% опрошенных считает его удовлетворительным, 29,5% - хорошим и только 3,1% плохим. Остальные затруднились ответить или не дали ответа. При этом 34,4% респондентов отметили наличие у себя какого-либо хронического заболевания.

Удовлетворенность населения качеством стоматологической помощи в целом и ее составляющих

В целом медицинским обслуживанием в стоматологических клиниках удовлетворены 84,6%, не удовлетворены - 5,5% и затруднились ответить 9,9% респондентов. При этом сомнений по поводу лечения конкретно у своего врача-стоматолога было чуть больше: 82,6% остались им удовлетворены, 3,1% - не удовлетворены, а 14,3% затруднились ответить или пропустили этот вопрос. При этом очень хорошую оценку оказанной стоматологической помощи дали 28,1%, хорошую - 45,5%, удовлетворительную - 20,2%. Лишь девять (1,2%) респондентов дали плохую и очень плохую оценку. Остальные затруднились ответить (4,4%) или пропустили этот вопрос (0,7%). По мнению респондентов, качество стоматологической помощи за последний год улучшилось (39,4%), не изменилось (30,9%), ухудшилось (1,5%).⁴³

Попали на прием к стоматологу в день обращения за медицинской помощью 28,7% и на следующий день 18,4% респондентов. Треть опрошенных (30,6%) ожидали приема от 2 до 7 дней включительно, 5,7%

⁴³ Здесь и далее в некоторых абзацах не приводятся проценты затруднившихся ответить и пропустивших вопрос, поэтому сумма процентов несколько меньше 100.

попали на прием через неделю и более. 14,6% респондентов отметили, что они сами выбирали удобное для них время и день приема.

Время ожидания приема врача в очереди у 80,3% пациентов составило не более 30 минут. От 30 минут до 1 часа прождали 15,2% и только 3,1% ждали приема от 1 до 2 часов, 0,4% (3 человека) - от 2 до 3 часов и 4 человека (0,5%) прождали более 3 часов. Как видно, проблемы очередей в стоматологических клиниках г. Калуги практически нет.

Хорошую оценку в целом дали респонденты внешнему виду и санитарному состоянию помещений стоматологических организаций. Ими удовлетворены 85,6%, а не удовлетворены только 5,5%. Остальные затруднились ответить (8,7%) или не ответили на этот вопрос (0,3%).

Большинство респондентов доверяют квалификации врачей (80,2%), не доверяют - 2,7%; затруднились ответить или не ответили на этот вопрос - 17,1%.

67,2% опрошенных пациентов отметили внимательное и вежливое отношение к пациентам со стороны среднего медперсонала. 17,8% оценили его как равнодушное, а 0,9% даже как грубое. Не определились и не ответили на этот вопрос 14,0%.

График работы врачей и служб стоматологической клиники посчитали удобным 76,9%, а не удобным - 9,2%. Остальные затруднились ответить (12,7%) или не дали ответа (1,2%).

Остались довольны работой регистратуры 75,5% респондентов при 12,2% недовольных и 12,3% не определившихся.

Так как не все пациенты получали физиотерапевтическое лечение, более половины из них (52,0%) затруднились дать ему оценку или пропустили этот вопрос. Однако если посчитать процент довольных работой физиокабинета и недовольных относительно давших определенный ответ, то соотношение будет 93,3% к 6,7%. Показатели удовлетворенности работой рентген-кабинета, рассчитанные подобным образом, составили 88,7% и 11,3% соответственно.

Более половины (61,5%) респондентов считает, что обследование и лечение в стоматологической клинике соответствуют современному уровню, 14,2% - что не соответствуют, а 24,3% затруднились ответить или пропустили этот вопрос.

9,0% опрошенных пациентов сообщили об отказах им в необходимых (по их мнению) обследованиях и лечении. Мы не знаем об обоснованности таких претензий (это не входило в задачи исследования), но, как увидим далее, это повлияло на общую оценку стоматологической помощи.

На общую оценку оказанной стоматологической помощи также оказывает влияние наличие у респондентов осложнений в процессе лечения. О наличии серьезных осложнений в процессе лечения сообщили 4,4 %, а незначительные (по мнению респондентов) осложнения были у 22,3%.

По-прежнему проблемой остается неофициальная плата за медицинские или иные услуги. Столкнулся с этим каждый шестой пациент (17,8%), а 6,3% не захотели отвечать на этот вопрос. Платили за возможность попасть на прием без очереди (3,7%), осмотр и консультации специалистов (4,8%), лечебные процедуры (перевязки, инъекции и т.д.) (14,3%) и диагностические исследования (7,1%).

Важнейшим фактором, влияющим на удовлетворенность респондентов оказанной им стоматологической помощью, является их оценка цен на оказанные стоматологические услуги. По мнению пациентов, цены завышены - так считает каждый третий респондент (32,4%) и примерно столько же (34,2%), что цены соответствуют объему и качеству оказанной помощи. Треть респондентов не определилась в этом вопросе (31,3%).

Анализ различий в оценках частной и муниципальной систем оказания стоматологической помощи

Как уже сказано выше, различия в ответах пациентов муниципальных стоматологических поликлиник, частной стоматологической клиники и посетителей частных стоматологических кабинетов в целом были

незначительны. Тем не менее, такие различия существуют.

В частной стоматологической клинике по сравнению с муниципальной стоматологической поликлиникой выше удовлетворенность пациентов внешним видом и санитарным состоянием помещений (92,4% и 80,8% соответственно), графиком работы (84,1% и 71,8%), отношением среднего медицинского персонала (76,5% и 60,8%), лечением у своего врача-стоматолога (86,2% и 79,6%), медицинским обслуживанием в целом (88,2% и 82,8%). Также в частной клинике выше оценка соответствия обследования и лечения современному уровню (72,7% и 53,4%) и уровень доверия квалификации врачей (85,1% и 77,3%). Разница в ответах на остальные вопросы анкеты была незначительна в пределах статистической погрешности.

Факторы, влияющие на удовлетворенность населения стоматологической помощью

Двухмерные частотные таблицы распределения респондентов по их удовлетворенности стоматологической помощью в зависимости от ответов на другие вопросы анкеты дают общее представление о факторах формирования общественного мнения. Статистический анализ показал, что негативные факторы, указанные в анкетах, коррелируют не только с низкой удовлетворенностью стоматологической помощью в целом, но и между собой, т.е. наблюдается явление гало-эффекта, когда после формирования в сознании человека общей оценки объекта (позитивной или негативной) последующее оценивание его отдельных элементов идет примерно в том же направлении. Правда, иногда последние события могут доминировать над более давними. Кроме того, люди склонны полагаться на легко всплывающие в памяти события в ущерб другой относящейся к делу информации. Например, такое эмоционально окрашенное событие как грубость персонала уменьшает количество удовлетворенных стоматологической помощью почти в 7 раз. В табл. 1 представлены факторы, оказывающие наибольшее влияние

на удовлетворенность пациентов. Часто они взаимодействуют и перекрывают действие друг друга. Напомним, что корреляционный анализ позволяет определять наличие статистически достоверной связи и ее величину, но не дает ответа о ее характере: является ли она причинно-следственной или связью сопутствия.

Таблица 1

**Факторы, оказывающие наибольшее влияние на
удовлетворенность пациентов стоматологической помощью (в %)**

Факторы	Удовлетворены	Не удовлетворены	Затруднились ответить или пропустили вопрос
Отношение среднего медперсонала			
Внимательное и вежливое	93,7	1,3	5,0
Грубое	14,3	57,1	28,6
Доверие квалификации врача			
Доверяют	92,5	1,9	5,6
Не доверяют	35,0	35,0	30,0
Удовлетворенность лечением у своего врача			
Удовлетворены	92,7	2,0	5,3
Не удовлетворены	29,2	50,0	20,8
Наличие осложнений в процессе лечения			0,0

Имеются серьезные осложнения	44,1	20,5	35,3
Имеются незначительные осложнения	72,3	13,5	14,2
Осложнения отсутствуют	92,9	1,9	5,2
Время приема			
В день обращения	90,0	2,3	7,7
Через неделю после записи	73,9	10,9	15,2
Время ожидания приема в очереди			
Нисколько	93,6	0,0	6,3
До 30 мин	87,7	4,1	8,1
От 2-3 часов	66,7	33,3	0,0
Удовлетворенность внешним видом и санитарным состоянием клиники			
Удовлетворяет	89,6	2,5	7,8
Не удовлетворяет	46,3	36,6	17,0
Удобство графика работы врачей и служб клиники			
Удобен	90,5	2,5	7,0
Не удобен	57,1	25,7	17,1
Наличие отказов в лечении и обследовании			
Да	47,8	26,8	25,4
Нет	91,2	2,7	6,0
Средние показатели по выборке (для сравнения)	84,6	5,5	9,9

По данным проведенного опроса влияние социально-демографических характеристик (пол, возраст, социальная принадлежность, образование, трудовой стаж, семейное положение, среднемесячный заработок) респондентов на оценку медицинского обслуживания незначительно. Гораздо большее влияние оказывают субъективные оценки респондентами своего материального положения и состояния собственного здоровья. Как видно из табл. 1, наиболее значимыми факторами, влияющими на удовлетворенность стоматологической помощью, являются: отношение персонала; доверие к квалификации врачей; время ожидания приема; внешний вид и санитарное состояние помещений лечебного учреждения; удобство графика работы врачей и лечебно-диагностических служб.

Хотя оценки респондентов носят субъективный характер, безусловно, что сокращение очередей, доступность врачей-стоматологов, удобный график работы, безукоризненное санитарное состояние и продуманный интерьер помещений, четкая работа лечебно-диагностических служб, высокий уровень культуры общения пациентов и медицинского персонала благоприятно влияют на общую оценку стоматологической помощи.

Таким образом, проведенный социологический опрос позволил изучить удовлетворенность населения оказываемой стоматологической помощи. Были выявлены факторы, влияющие на ее общую оценку. Влияние одних факторов статистически незначительно, других же достаточно сильно выражено. Наибольшее влияние имеют эмоционально окрашенные социальные стимулы и сложившиеся установки человека.

А.У. Киньябулатов, Н.Х. Шарафутдинова,

Р.З. Зиятдинов, А.А. Хазиманова

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

ЗНАЧЕНИЕ РАБОТ ПРОФЕССОРА Н.А. ШЕРСТЕННИКОВА ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

Цель исследования: изучить основные работы и публикации первого заведующего кафедрой организации здравоохранения и социальной гигиены профессора Н.А. Шерстенникова, который в течение 34 лет её возглавлял. Выявить первые и основные научные труды, которые стали базисными для социологии медицины в Республике Башкортостан

Материал и методы: использовались архивные материалы профессора Н.А. Шерстенникова, находящиеся в Музее Башкирского государственного медицинского университета, а также его личное дело. Применялись исторический, сравнительный и аналитический методы исследования.

С 1952 года началось преподавание в Башкирском государственном медицинском институте (с 1995 года - Башкирский государственный медицинский университет) курса Истории медицины, включённой в учебный план 6-летнего обучения. Первый курс лекций был поручен заканчивающему аспирантуру врачу В.Н. Емельянову, к которому он был подготовлен приватно, будучи в командировке в г. Москва. К началу 1952/1953 учебного года он выехал к месту работы в Ярославль, куда был избран по конкурсу и профессору Н.А. Шерстенникову нужно было готовиться к ведению курса по истории медицины самому, хотя формальных оснований для этого у него не было, т.к. он не слушал такого курса на медицинском факультете Казанского университета и только в 1935/1936 учебном году прослушал краткий курс у профессора И.Д. Страшуна в 1 Московском государственном ордена Ленина

медицинском институте, будучи аспирантом и имел некоторые познания из читавшейся в разное время литературы.

Профессора Н.А. Шерстенникова пригласили на декадник по истории медицины, организованный Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко на 10-22 августа 1952 года. Он поехал на декадник с намерением освободиться от чтения истории медицины и пригласить кого-нибудь по рекомендации института в Башкирский государственный медицинский институт для преподавания. Директор НИИ организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко Е.Д. Ашурков категорично ему заявил, об этом не может быть и речи, чтобы профессор Н.А. Шерстенников был освобождён от преподавания, когда нет историков медицины.

Десять дней пребывания на декаднике оказались своеобразным трамплином для включения профессора Н.А. Шерстенникова в число историков медицины. Он подробно записывал лекции, читавших на декаднике, резюмируя заслушанные выступления на заседаниях, и все свободные часы проводил в библиотеках, где библиографировал все попадавшие источники по истории медицины (свыше 300 названий). С небольшим вооружением, полученным на декаднике, он возвратился в Уфу и с 1 сентября 1952 года повёл первый курс по истории медицины, чередуя лекции по ней с лекциями по организации здравоохранения и медицинской службы гражданской обороны, которые велись раньше много лет. Других лекторов не было и он читал параллельно лекции по трём дисциплинам, продолжая исполнять обязанности заместителя директора института.

Ситуация сложилась трудная — объём возрастал, каждая лекция по истории медицины готовилась ценой напряжённого труда над многими литературными источниками и записями и оформлялась применительно к утверждённой программе. Многолетние педагогические навыки позволяли более или менее успешно справляться с подготовкой и чтением каждой новой лекции. Профессор Н.А. Шерстенников сам себе ставил оценки за эти

лекции и они были ниже «удовлетворительно», т.к. в каждой лекции он находил слабые стороны. Только студенты снисходительны - они слушали с вниманием и интересом, старательно вписывали в свои тетрадки положения лекций. В те годы было очень неблагополучно с учебниками, не было учебника по истории медицины и устарел учебник по организации здравоохранения. Поскольку профессор Н.А. Шерстенников тщательно работал над лекциями по тому и другому предмету, то в течение 1953 года оформил стенограммы своих лекций: 18-ти по организации здравоохранения (из 18-ти прочитанных) в объёме 380 страниц и 12 лекций по истории медицины (из 18-ти прочитанных по разделам дореволюционной отечественной и советской медицины) в объёме 242 страниц машинописи. Это было подспорьем для студентов в качестве временного пособия для подготовки к экзаменам несколько лет до появления учебников. Лекции брошюровались отдельно каждая, тиражом 8-10 экземпляров, что позволило довольно оперативно обслуживать студентов в помещении кафедры в дни экзаменационных сессий. Студенты очень добросовестно пользовались ими и показывали весьма убедительные знания по истории медицины, что было отрадно. Этими лекциями пользовались читатели: врачи и некоторые учёные.

Углублённая работа над литературным оформлением лекций по двум дисциплинам оказалась настоящей школой для глубокого познания истории медицины самому профессору Н.А. Шерстенникову, что сделало его в дальнейшем вполне квалифицированным лектором и даже оппонентом ряда оформленных кандидатских и докторских диссертаций историко-медицинского содержания.

В 1944 году профессор Н.А. Шерстенников вступил в ряды ВКП(б) и стал коммунистом, до этого он будучи студентом медицинского факультета был старостой курса и активным комсомольцем. Николай Александрович последовательно окончил Вятское духовное училище (1909-1913 г.) и Вятскую духовную семинарию (1913-1917 гг.) до поступления на медицинский факультет Казанского университета. Для него стало ясно, что в

1952/1953 учебном году произошло наложение учёбы и окончание Университета марксизма-ленинизма, появилась необходимость глубокого творческого изучения истории медицины, что было обусловлено необходимостью преподавания. Жизнь с каждым годом предъявляла ему, как учёному, новые и большие требования, суть, значение и необходимость которых он очень хорошо понимал, об этом он писал в своих воспоминаниях.

Как и все учёные института, он принимал самое активное участие в развитии деятельности общества «Знание», читая часто лекции среди населения, отказавшись от выплаты гонорара за них. Темами его выступлений были: «Достижения советской медицины», «Советская медицина в борьбе за долголетие», «Наука о вреде курения и алкоголизма», «Как можно продлить жизнь» и др. Лекции читались в разных аудиториях в Уфе и городах Мелеуз, Ишимбай, Бирск, Кумертау, в районах _ Уфимском, Куюргазинском, Аургазинском и др., а также на его Родине в Кировской области в каникулярные месяцы (1952 и 1956 годы).

Профессор Н.А. Шерстенников получал большое удовлетворение от встреч, внимания и общения с широким кругом слушателей разных профессий. Правление Общества «Знание» Башкирской АССР и РСФСР наградило его Почётной грамотой. Он оказывал большую методическую помощь по пропаганде знаний Республиканскому дому санитарного просвещения, Обкому Красного Креста, Обкому союза медицинских работников и др. организациям. Он выступал с установочными методическими докладами: «Пропаганда учения И.П. Павлова в санитарном просвещении» (1955 г.), «Медицинские работники в первую русскую революцию» (1955 г.), «Н.И. Пирогов в организации отечественного здравоохранения» (1956 г.), «Дальнейшее улучшение народного здравоохранения - задача коммунистического строительства» (1956 г.), «Дальнейшее улучшение народного здравоохранения - задача коммунистического строительства» (1956 г.), «Жизнь и деятельность В.М. Бехтерева» (1957 г.), «Здравоохранение РСФСР и Башкирии за 1917—1957 гг.» (1957 г.). Будучи коммунистом, профессор Н.А. Шерстенников яростно проводил исследовательскую работу в соответствии с задачами, поставленными из решений XIX съезда КПСС: «Подъём материального благосостояния, культурного уровня и здравоохранения народов СССР» (1953 г.), «Пути подъёма сельского здравоохранения» и «К вопросу улучшения здравоохранения» (1955 г.), «О повышении активности сельских врачей в борьбе за здоровье колхозников» (1955 г.), «Усилить борьбу за

санитарную культуру на селе» (1955 г.). По всем этим темам состоялись выступления на совещаниях практических врачей, на научных конференциях и почти все использовались в служебном порядке, а последняя была опубликована на страницах газеты «Советская Башкирия» (1955 г.). Помимо этих тем были написаны статьи: - «К вопросу изменения учебного плана на лечебном факультете» (1953 г.), «О производственной практике студентов по организации здравоохранения (опыт кафедры за ряд лет) - статья опубликованная журналом «Советское здравоохранение» (1953), «XX-летие Башкирского государственного медицинского института» (1952 г.) и статья в газете «Известия» «На важном участке» о журнале «Советская медицина» (1954 г.). Было выступление на юбилейной конференции НИИ организации здравоохранения и истории медицины имени Н.А.Семашко «Н.А.Семашко в г.Уфе» (1955 г.). составлен обзор «Улучшается работа участковых врачей г.Уфы» (1955 г.). Все вышеперечисленные разработки проводились из необходимости дальнейшего улучшения работы института и органов здравоохранения Башкирской АССР.

Выводы: Систематизированные научные труды профессора Н.А. Шерстенникова положены в основы научных исследований по истории и социологии медицины. В 2013 году в Уфе создан Благотворительный фонд «История и социология медицины, физической культуры и спорта - Медицинская энциклопедия Республики Башкортостан — XXI век», который начал более углубленные исследования в этом направлении.

Библиографический список

1.Архив БГМУ. Личное дело профессора Н.А.Шерстенникова. Архив Музея БГМУ: 50 лет в рядах пропагандистов (1936—1972 гг.), Вторая часть. Уфа, 1973, с.232-237.

**А.У. Киньябулатов, Н.Х. Шарафутдинова,
Р.З. Зиятдинов, А.А. Хазиманова**
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗЛЕЧЕНИЯ ТРАХОМЫ В БАШКИРСКОЙ АССР

Цель исследования: изучить социальное значение излечения от трахомы для населения Башкирской АССР, показать сложности и особенности в организации здравоохранения первой автономной республики в составе РСФСР.

Материал и методы: использовались архивные материалы профессора Н.А. Шерстенникова, находящиеся в Музее Башкирского государственного медицинского университета. Применялся исторический, сравнительный и аналитический методы исследования.

Несмотря на большие успехи в экономическом и культурном развитии, многие трудящиеся Башкирской АССР страдали от широко распространенной среди них такого заболевания, как трахома. В республике было большое количество врачей и среди них немало врачей-окулистов, но успехи в борьбе с трахомой были весьма незначительные и переменные (сколько излечивалось - столько же и заболевало).

И только более приметно шло оздоровление от трахомы допризывной и призывной молодёжи, среди которой лечение велось более организовано и наступательно, чтобы дать ей возможность служить в рядах Советской Армии. Имелись наблюдения полного излечения от трахомы в семьях призывников, члены которых лечились одновременно с юношами.

Башкирский Обком КПСС и Совет Министров Башкирской АССР поставил задачу перед всеми органами здравоохранения, медицинскими работниками и всей общественностью развернуть самую активную борьбу с

трахомой до полной её ликвидации как массовой болезни - излечить больных и уберечь от неё нарождающееся новое поколение людей.

Объявленное наступление против трахомы по всей республике началось с большой организационной работы по подготовке и расстановке значительных сил врачей-окулистов, трахоматозных сестёр и общих медицинских работников по всем городам и районам с дифференцированной насыщенностью в зависимости от наличия выявленных больных трахомой в процессе поголовных осмотров глаз среди всего населения. В течение ряда смежных лет проводились массовые проверки глаз населения на трахому выявляли контингенты носителей трахомы и каждый район имел ясную картину об объёме больных и требовавшихся силах и средствах для лечения больных. Первыми по числу больных были Янаульский, Аургазинский и другие десятки районов по нисходящей степени поражённости жителей. Башкирский Обком КПСС и Совет Министров Башкирской АССР поставил перед Министерством здравоохранения башкирской АССР задачу - обеспечить ликвидацию трахомы в течение двух-трёх смежных лет. Решение этой задачи потребовало мобилизации многих врачей и медицинских работников городских медицинских учреждений в помощь сельским медицинским работникам, которых в наличии было много меньше. За каждым сельским районом были закреплены крупные городские медицинские учреждения, а главные врачи их были уполномоченными и отвечающими за всю организацию борьбы, проводившейся с трахомой, в закреплённых за ними районах.

Трахоматозный научно-исследовательский институт и клиника глазных болезней с их научным руководителем доцентом Г.Х. Кудояровым организовали курсы переподготовки врачей разных специальностей по диагностике, лечению и профилактике трахомы, организовали сеть курсов по подготовке трахоматозных сестёр и фельдшеров, заведовавших сельскими медицинскими пунктами и в то же время развертывали поисковые научные исследования по раннему и точному диагностированию трахомы, по

совершенствованию и повышению эффективности консервативного и хирургического лечения трахомы, по сплошной диспансеризации и оздоровлению семей поражённых трахомой и т.д. За всеми районами были закреплены врачи-учёные института и клиники, которые вели консультации всем медицинским работникам, борющимся с трахомой, непосредственно в районах.

Медицинскому институту был прикреплён Аургазинский район. Директором БГМИ Н.Ф.Воробьёвым было поручено профессору Н.А.Шерстенникову выехать в район для проведения полной разведки поражённости жителей района трахомой и проводившихся в районе мероприятий по борьбе с заболеванием и лечению больных. В средней декаде марта 1953 года. Являясь организатором здравоохранения, а не окулистом, он все свое внимание уделял организации и направлению общих оздоровительных мероприятий и широкому санитарному просвещению среди жителей района. Его знакомство и первое собеседование в первом секретарём райкома ВКП(б) А.И.Оспиовым и председателем райкисполкома Г.Х.Галикеевым было непродолжительным, но строго принципиальным и чётким в отношении разработки всех необходимых мероприятий для ликвидации трахомы в районе. В целях привлечения внимания общественности профессор Н.А.Шерстенников лично знакомился и вёл консультации в райздраве, райбольнице, районо, райкоме ВЛКСМ, райпотребсоюзе, райвоенкомате, доме культуры. Прочитал несколько лекций в райцентре. К 1956 году были ликвидированы во всех районах основные «очаги» трахомы, а к 1957 году она была в основном ликвидирована, как массовое заболевание.

Выводы: Излечение населения Башкирской АССР от трахомы стало результатом хорошо организованной работы Уфимского научно-исследовательского трахоматозного института, Башкирского государственного медицинского института и Министерства здравоохранения Башкирской АССР.

С.В. Книжникова,

ФГБОУ ВПО Кубанский государственный университет, Краснодар

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОСНОВЕ ОБУЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ОСОЗНАННОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ В МЕДИАПРОДУКЦИИ ДЕВИАНТОГЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ⁴⁴

Современный этап развития общества характеризуется огромной ролью информационной сферы. Средства массовой информации (СМИ) и коммуникации (СМК) стали мощнейшими «воспитательными» силами. В большей мере именно они закладывают ценности и смысло-жизненные ориентации, формируют мировоззрение у современной молодежи, порой им уступает даже семья как воспитательный институт. Однако, беспокойство связано с другим фактом: многие родители, представители психолого-педагогической общественности, правоохранители бьют тревогу в связи с тем, что современные СМИ и СМК становятся источниками социальных болезней. Подрастающему поколению приходится сталкиваться с порой неприкрытым рекламированием деструктивных ценностей и девиантопровоцирующих (т.н. «девиантогенных») установок через медиапродукцию.

Государство пытается уменьшить вал опасной для детей и подростков информации из медиа, например, через блокирование доступа к потенциально опасным интернет-сайтам, через ограничения, введенные Федеральным законом «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». Но предписываемые законом «возрастные маркеры» становятся эффективными ограничителями лишь в том случае,

⁴⁴ * Статья подготовлена при поддержке грантом Президента РФ (проект МК 808.2013.6 «Подготовка подростков к осознанному выявлению в медиапродукции девиантных и потребительских ценностей»)

когда ребенок сталкивается с неразрешенными медиатекстами в присутствии социально-ответственных и отчасти просвещенных в данном вопросе взрослых. В действительности детей и подростков невозможно поместить в медиа-вакуум или обеспечить доступ только к разрешенным медиатекстам, или ежечасно контролировать качество получаемой детьми медиапродукции. Подрастающее поколение регулярно имеет дело с медиапродукцией, которая пропагандирует различные девиации, насыщена сценами насилия, эксплуатирует интерес к сексу, рекламирует культуру чрезмерного потребления, дискредитирует традиционные ценности.

В своих научных работах мы исходим из следующих положений:

1.) Девиантное поведение (иными словами, социальные болезни) есть источник обогащения лиц и организаций, получающих колоссальные финансовые прибыли от вовлеченности населения в игровую зависимость, наркоманию, алкоголизм, проституцию, деструктивные религиозные культы, в делинквентность.

2) Больные (носители девиантного поведения) очень быстро умирают социальной и физической смертью.

3.) Лица и организации, извлекающие прибыль из социальных болезней, постоянно прилагают усилия для «взрачивания» новых поколений больных через культивирование девиантного образа жизни и пропаганду потребительских, гедонистических ценностей.

4.) Массовое распространение социальных болезней ведет к распаду микросоциальных групп, разрушению консолидирующих ценностей, деградации социума, ослаблению государства.

5.) Лица и организации, заинтересованные в деградации социума и ослаблении конкретного государства, стремятся к распространению социальных болезней через культивирование девиантного образа жизни.

6.) Манипулирование личностью, использование различных средств и технологий информационно-психологического воздействия на социальные

группы стали достаточно обычным явлением в повседневной жизни, экономической конкуренции, политической борьбе, а также в целенаправленном распространении социальных болезней.

7.) Одним из самых эффективных каналов рекламирования девиантного образа жизни и потребительских, гедонистических ценностей являются средства массовой информации.

8.) Наиболее уязвимой группой населения для девиантогенных влияний выступает подрастающее поколение: дети, подростки, молодежь.

9.) Недавно введенные законодательные усилия могут быть высокоэффективными только при их дополнении психолого-педагогической девианто-превентивной работой на основе обучения родителей, а главное, подрастающего поколения критически осмысливать и осознанно противостоять внешним информационным девиантогенным влияниям. Т.е. необходима специальная подготовка подростков (естественно, предварительно и родителей, и учителей) к самостоятельному девиантологическому анализу медиапродукции.

Разработанная нами методика девиантологического анализа связана с выявлением потенциального девиантогенного влияния медиапродукции на такие возрастные категории, как дети, подростки, молодежь. Под медиапродукцией мы будем подразумевать информационное сообщение, изложенное в любом виде и жанре медиа: газетная статья, телепередача, видеоклип, художественный фильм, мультипликационный фильм, компьютерная игра и пр.

Считаем, что медиапродукция для подрастающего поколения должна соответствовать следующим требованиям (собственно говоря, эти требования диктует психология детского и подросткового возраста):

- в ней должно быть отражено Золотое Правило нравственности («(не) делай другому то, что (не) желаешь себе»; «(не) делай сам то, что ты находишь (не)похвальным в другом»; «как ты (не) хочешь, чтобы по

отношению к тебе поступали люди, (не) поступай так же и ты по отношению к ним»);

- если в ней предъявляются отрицательные персонажи и образцы асоциального, девиантного поведения, то им обязательно должны противопоставляться положительные персонажи и социально-одобряемое поведение.

Отметим, что издавна известные сказки, детские песни («традиционная медиапродукция» для детей) соответствуют этим требованиям. При анализе необходимо установить учтены ли они в рассматриваемом медиатексте. Надо также определить, нет ли дискредитации, насмешек, глумления, издевок над такими ценностями как: честность; справедливость; гуманизм, человечность, милосердие; патриотизм; товарищество, дружба; уважение к старшим; родительство и любовь к семье; доброжелательность к младшим; добросовестность и трудолюбие; целомудрие; здоровый образ жизни; культура поведения в общественных местах; социальная активность, социальная забота; творчество, спортивные достижения, научные успехи и т.п.; любовь к природе и бережное отношение к ней.

Для выявления вредоносных сюжетов в медиапродукции не просто отмечается наличие «девиантных сцен» (иначе в разряд опасных необоснованно попадут шедевры литературы, кинематографа, живописи и т.д.), а обязательно оценивается провоцируемое отношение к этим сценам. То есть, пытаются ли разработчики медиапродукции вызвать у юного зрителя, слушателя, игрока негативное отношение к девиации, например, к злоупотреблению алкоголем, промискуитетному поведению, наркомании, суициду, насилию и т.п.? Или подобное поведение преподносится как нормальное, неопасное, элитарное, «гламурное», «крутое»? Для этого следует ответить на вопросы: поощряется, игнорируется или наказывается (осмеивается, осуждается, преследуется законом, изолируется и т.п.) в медиапродукции асоциальное поведение в итоге; предупреждается ли об опасности или социальном вреде такого поведения?

Вышеупомянутый Федеральный закон предлагает фиксировать для запрета или ограничений следующие сцены: натуралистическое изображение или описание половых органов человека; натуралистическое изображение или описание полового сношения либо сопоставимого с половым сношением действия сексуального характера; натуралистическое изображение или описание половых контактов с животным; изображение, описание употребления табачной продукции; детальное изображение, описание употребления алкогольной продукции, наркотических, психотропных, одурманивающих веществ; натуралистичное изображение или описание суицидального поведения (угрозы самоубийства, суицидальная попытка); изображение или описание участия в азартных играх; изображение или описание проституции; изображение или описание беспорядочных половых связей; изображение или описание бродяжничества, попрошайничества; изображение или описание пренебрежения, неуважения к родителям, причинения обид родным; изображение преступного поведения; натуралистичное изображение ран, кровопотери, процесса умирания; нецензурная брань (матерные слова). Наша методика включает в этот перечень еще и изображения, описания «зацикленности» на материальном обогащении; изображения рвоты, испражнений и т.п.; изображения, описания глумления, издевательств над старостью и инвалидностью.

В бланке методики также отмечается наличие/отсутствие в медиапродукции изображений или описаний физического насилия по отношению к другому человеку, людям (за исключением ненатуралистического изображения или описания насилия при условии торжества «добра над злом») в следующих формах: война как массовое насилие; «постармейское» насилие (типичный сюжет – бывший военный использует боевые умения в гражданской жизни); насилие террористов; насилие бандитов и маньяков; «мистическое насилие» (упыри, вампиры, оборотни и т.п.); «постмодернистское насилие» («красиво» поданное насилие); натуралистичное изображение насилия в детективном

сюжете; насилие тоталитарных режимов; насилие как месть; насилие по отношению к детям; насилие, изображенное в юмористической форме; насилие как средство самоутверждения и достижения власти.

Помимо этого отмечаются следующие сюжеты: изображение или описание сексуального насилия; изображение или описание физического насилия по отношению к животным (за исключением ненатуралистического изображения или описания насилия при условии торжества «добра над злом»); изображение или описание психического насилия по отношению к другому человеку, людям (за исключением ненатуралистического изображения или описания насилия при условии торжества «добра над злом»); натуралистичное изображение процесса ранений и лишения жизни; изображение, описание унижения человеческого достоинства; натуралистическое изображение катастрофы, аварии, несчастного случая. Еще раз подчеркнем, что обязательно оценивается: поощряется, игнорируется или наказывается (осмеивается, осуждается, преследуется законом, изолируется и т.п.) данное поведение в итоге; предупреждается ли об опасности или социальной неприемлемости данного поведения. Из списка «опасных» сюжетов исключены ненатуралистические изображения, описания насилия, применяемого в случаях защиты прав граждан и охраны законом интересов общества.

Также при оценивании пригодности медиапродукции для детско-юношеского просмотра, прослушивания, чтения, проигрывания задаются вопросы: - выражается ли сострадание к жертве насилия и (или) отрицательное, осуждающее отношение к жестокости, насилию?; - может ли вызвать данная медиапродукция у большинства детей страх, ужас или панику?; - эксплуатирует ли медиатекст интерес к сексу?; - носит ли оскорбительный характер изображение или описание отношений между мужчиной и женщиной?; - заменяется ли в медиатексте суть социального отклонения более общим родовым понятием, имеющим положительное значение?» (например, вместо «беспорядочные половые связи» -

«сексуальная раскованность», вместо «наркозависимость» - «блаженство, истома, наслаждение», «красивая жизнь» и т.п.); - заявляются ли в отношении социальных отклонений одобрительные высказывания лицами, позиционирующими себя как социальные авторитеты в данной области (врачами, психологами, педагогами, правоохранителями, учеными, религиозными деятелями и т.п.)?; - заявляются ли в отношении социальных отклонений одобрительные высказывания «звездами шоу-бизнеса»?; - заявляются ли в отношении социальных ценностей уничижительные высказывания лицами, позиционирующими себя как социальные авторитеты (врачами, психологами, педагогами, правоохранителями, учеными, религиозными деятелями и т.п.)?; - заявляются ли в отношении социальных ценностей уничижительные высказывания «звездами шоу-бизнеса»?; - есть ли подозрение, что в медиатексте используется скрытое влияние на психику? (например: слишком быстрый темп речи; излишне яркое цветовое насыщение сюжета; внезапные вспышки; угнетающее или психоактивирующее музыкальное сопровождение; раскачивание изображенных предметов, напоминающее гипнотический маятник и т.п.).

Считаем, что обучение подростков самостоятельному использованию методики девиантологического анализа медиатекстов кроме диагностической, дидактической функций, будет выполнять еще и функцию профилактики социальных болезней, поскольку стимулируется рефлексия и критическое осмысление подростком своего отношения к информации, содержащей девиантные и потребительские ценности, с позиции их деструктивности, опасности лично для своего развития, для ближайшего окружения (семьи, референтных групп) и для социума в целом.

Сам процесс подготовки подростков к осознанному выявлению в медиапродукции девиантогенных ценностей реализуется в несколько этапов на базе общеобразовательной школы.

Первый этап предполагает подготовку педагогического коллектива школы к реализации технологии психолого-педагогического

противодействия девиантогенным влияниям и пропагандируемым потребительским ценностям, транслируемых через медиапродукцию. В рамках первого этапа проводятся следующие мероприятия:

- семинар-конференция на тему: «Влияние медиапродукции на социализацию детей и молодежи»;
- обучение педагогического коллектива использованию методики девиантологического анализа медиапродукции;
- обсуждение конкретных задач и функций классных руководителей, учителей-предметников, социальных педагогов, психологов и организаторов воспитательной работы в рамках реализации технологии;
- подготовка методических материалов для диагностики у подростков уровня развитости критического мышления, особенностей ценностей и смысло-жизненных ориентаций, специфики восприятия медиатекстов.

Второй этап связан с подготовкой родительской общественности к реализации технологии психолого-педагогического противодействия девиантогенным влияниям и пропагандируемым потребительским ценностям, транслируемых через медиапродукцию. На этом этапе обязательно: проведение родительского собрания на тему: «Влияние медиапродукции на воспитание детей и подростков»; ознакомление родителей с ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», с объяснением педагогической целесообразности и обоснованности положений закона с точки зрения возрастной и социальной психологии, девиантологии; обучение родителей использованию методики девиантологического анализа медиапродукции; получение разрешения родителей на подготовку подростков к осознанному выявлению в медиапродукции девиантогенных и потребительских ценностей.

На третьем этапе осуществляется собственно подготовка подростков к осознанному выявлению в медиапродукции девиантогенных и потребительских ценностей. Данный этап представляет собой следующую последовательность:

- диагностика у подростков уровня развитости критического мышления, особенностей ценностей и смысло-жизненных ориентаций, специфики восприятия медиатекстов;

- информирование подростков о распространенности в молодежной среде социальных болезней и их динамике (на доступном уровне);

- информирование подростков о силах, заинтересованных в распространении социальных болезней в молодежной среде, об их деструктивных целях (на доступном уровне);

- информирование подростков о социальной опасности распространения в молодежной среде девиантогенных и потребительских ценностей;

- мотивация подростков к активному участию в серии классных часов под названием: «Курсы социальной зрелости и медиакомпетентности» (опираясь на знание возрастной психологии о сильном желании подростка считаться зрелым человеком, мотивацию предполагается осуществлять через наделение подростков ролью «взрослого»: будущих родителей и будущих общественных деятелей);

- проведение серии воспитательных мероприятий по нравственному развитию личности (во взаимодействии с семьей);

- обучение подростков самостоятельному использованию методики девиантологического анализа медиапродукции (опять же через наделение подростков ролью «взрослого»: будущих родителей и будущих общественных деятелей);

- сравнение и анализ подростками нескольких (предварительно отобранных педагогами) медиатекстов с целью выявления в них наличия/отсутствия девиантогенных и потребительских ценностей с обязательным составлением «экспертного» заключения о социальной опасности/ безопасности для детей просмотра, прослушивания, проигрывания, чтения конкретной медиапродукции.

- проведение тренинга развития критического мышления;

- проведение тренинга противостояния манипуляциям.

В настоящее время в нескольких школах Краснодарского края проводится оценка результативности технологии подготовки подростков к осознанному выявлению в медиапродукции девиантогенных и потребительских ценностей.

А.А. Коблова, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава
России, Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове,
Центр медико-социологических исследований, Саратов

ТЕНДЕНЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В последнее время в современном российском обществе наблюдаются социальные изменения, которые сопровождаются возрастанием социальной напряженности, снижением психологической устойчивости, потерей чувства защищенности и повышенной тревожностью, которые, в свою очередь, отражаются на качественных характеристиках жизни [10].

«Качество жизни» рассматривается как система показателей, характеризующих степень реализации жизненных стратегий людей. Во многих странах идея качества жизни стала национальной идеей [4]. В отечественной науке концепция качества жизни получила широкое развитие с середины 90-х годов XX века. Определяя качество жизни, П.С. Мстиславский отмечал, что «прежде всего это социологическая категория, охватывающая все сферы общества, поскольку все они заключают в себе жизнь людей и ее качество» [11].

В.И. Петров и Н.Н. Седова определяют «качество жизни» как адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу [12]. Под качеством жизни понимается «постоянное, полное и обоснованное удовлетворение человека своей жизнью, ее условиями, наполненностью, достигаемым в ней раскрытием человеческих возможностей» [7]. В последние десятилетия XX века в медицинской литературе все чаще стало высказываться мнение о том, что болезнь влияет

не только на соматическое состояние человека, но и на его социальное поведение, эмоциональные реакции, часто изменяя его социальные роли [14].

Качество жизни, релевантное здоровью, – это субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных с его здоровьем, т.е. физическим, психическим и социальным благополучием. Показатель качества жизни, релевантного здоровью, – это субъективное восприятие им степени своей личностной и физической сохранности и полноценности социальных возможностей. Речь идет о «субъективных показателях, включающих самоощущение пациентов, восприятия ими своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий» [6].

По мнению М. Edlund и соавтора [18], интерес к проблеме качества жизни в медицине объясняется следующими причинами:

1. Прогресс медицинской науки, совершенствование медицинских технологий в последние десятилетия XX в. привели к тому, что нередко в клинической практике встречаются ситуации, когда пациент является биологически живым и одновременно «мертвым» в социальном отношении.

2. Все в большей степени основополагающим принципом медицины становится уважение личности и прав пациента. Гарантии прав пациента на сознательный выбор между лечением и нелечением, на утешение и т.д. связаны с «оптимальным качеством жизни больного».

3. Структура заболеваемости кардинально меняется. Все больше становится хронических больных, которые не могут быть излечены, несмотря на прогресс медицины. В отношении таких больных терапия направлена на улучшение их качества жизни.

В современной медицине всё более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни как меры оценки успешности лечебно-реабилитационных мероприятий. Наряду с традиционными показателями выживаемости, инвалидности, все большее внимание уделяется проблеме субъективной удовлетворенности больных жизнью в ситуации болезни и лечения [1; 2].

По определению A. Zautra и D. Goodhart качество жизни – «это субъективное благополучие, которое свойственно качеству жизненного опыта, оцениваемому как субъективно, так и объективно, и определяемому оценкой внешних условий» [19].

Субъективное качество жизни в зарубежных исследованиях обозначают термином «subject well benign» (субъективное благополучие), которое в России является аналогом термина «социальное самочувствие», появившегося в отечественной социологии в середине 80-х годов.

Первые теоретические работы, посвященные непосредственно проблемам социального самочувствия, были выполнены в ракурсе концепции образа жизни [3]. Социальное самочувствие в данном контексте рассматривается как показатель социально-психологического аспекта образа жизни, характеризует восприятие и оценку индивидом социального благополучия, уровня и качества жизни, степени удовлетворения потребностей и реализации жизненных планов.

В рамках социологического подхода социальное самочувствие характеризуется как «относительно устойчивая эмоциональная реакция субъекта на воздействие социальной среды и условий его жизнедеятельности». Оно «выступает результатом осознания и переживания человеком смысла и значимости различных сторон жизни», «вырастает из непосредственных условий бытия человека, определяющих степень удовлетворения его многообразных потребностей, возможностей развертывания индивидуальной жизни, самоутверждения и самореализации» [5].

Учитывая, что социальное самочувствие – достаточно сложный, многоплановый, комплексный и достаточно динамичный показатель социальных мироощущений личности, социальных групп и общностей, научное исследование данного интегративного феномена предполагает его постоянное измерение, оценку через особый инструментарий показателей, индексов, индикаторов и критериев. По мнению Н.П. Медведева [9],

измерить социальное самочувствие – значит выделить в совокупности его составляемых доминирующую в данный конкретный момент составляющую, рассмотреть компоненты и факторы, играющие определяющую роль в детерминации этой доминанты.

Я.Н. Крупец для анализа социального самочувствия выделяет широкий набор показателей:

- уровень жизни – доход; материальное положение, обеспеченность (жилье, товары длительного пользования, первой необходимости); занятость и безработица (уровень заработной платы, сферы занятости, условия труда сообразно потенциалу и представлениям о будущем); гарантированность социальной защиты (пенсионное обеспечение, социальные услуги, льготы); свободное время, отдых; воспитание детей (отдых, здоровье, будущее образование, возможности самоопределения);
- состояние здоровья – заболеваемость; возможность получения медицинских услуг, оздоровление; питание; экология; профилактика заболеваний; здоровый образ жизни;
- эмоционально-психологическое состояние – радости, депрессии, оптимизм, причины всех эмоциональных состояний;
- социальные самоощущения – идентификация, состояние комфортности, социальные ценности (какой направленности);
- уровень беспокойства и надежды на помощь – проблемы, которые беспокоят, от кого зависит решение проблем, где находят поддержку, социальная ответственность;
- уровень гражданской активности;
- жизненные стратегии – выживание (подработки); развитие, самореализация (социальное образование, информированность, активность, карьера, планирование жизни); благополучие (дом, дача, свободное время); интеграция отношения к чужим (интерес к чужой культуре или отвержение, отношение к слабым); самооценка потенциала – профессионального, социального опыта, личностных качеств [8]. Социальное самочувствие –

интегральная характеристика реализации жизненной стратегии личности, которая отражает соотношение между уровнем притязания и степенью удовлетворения потребностей субъекта [13].

В.Я. Семке [15] рассматривает категорию качества жизни как интегративный показатель психического здоровья. Представления больного о его жизни, условиях существования, оценках оказываемой ему медицинской помощи позволяет осуществлять оценку общего благополучия больных, а не только традиционно анализируемых врачами клинических характеристиках состояния пациентов [16].

Больные, страдающие шизофренией, отличаются низким уровнем качества жизни: они быстро теряют социальные связи, контакты с родственниками, навыки самообслуживания, снижение и утрата способности к трудовой деятельности, организации проведения быта и досуга в повседневной жизни. Целью терапии лиц с психическими расстройствами является не только купирование психопатологической симптоматики, но и улучшение качества жизни и социального самочувствия пациента [17].

Исследование качества жизни больных, страдающих шизофренией, проводится в Центре медико-социологических исследований г. Саратова с 2009 г. В исследование были включены 187 больных шизофренией мужского и женского пола трудоспособного возраста, находящихся на лечении в Областной психиатрической больнице г. Саратова (120 респондентов) и психоневрологических интернатах Саратовской области (67 респондентов). Все пациенты страдали шизофренией, параноидной формой. У большинства пациентов болезнь носила приступообразный тип течения 64,3% (120 человек), у 35,7% (67 человек) – непрерывно-прогредиентный тип течения. Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность составила 287 респондентов. С целью диагностики адекватности самооценки больных проводилась проба Дембо-Рубинштейн.

Большую часть пациентов – лица женского пола до 50 лет (80,7%). Инвалидность второй группы установлена 121 пациенту (64,7%), третьей

группы – 54 пациентам (28,9%). У 12 респондентов (6,4%) инвалидность отсутствует. Большинство больных (73,2%) имели среднее образование. Работают 65 человек (35,3%), но большая часть из них (93%) занята в областях с невысокими квалификационными требованиями.

Длительность заболевания у большинства пациентов (88,4% – 165 респондентов) составила более пяти лет, 11,6% (22 респондента) страдали психическим заболеванием последние 3 года. По поводу обострения шизофрении 40,3% респондентов проводилось стационарное лечение в Областной психиатрической больнице, 13,7% респондентов посещали дневной стационар, им проводилось амбулаторное лечение, 46% респондентов находились постоянно в психоневрологических интернатах Саратовской области.

Исследование качества жизни респондентов проводилось с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни групп респондентов (находящихся на лечении в Областной психиатрической больнице и постоянно находящихся в психоневрологических интернатах) определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$.

При исследовании качества жизни больных шизофренией, находящихся в психоневрологических интернатах и больных, проживающих вне интерната, статистически значимые различия средних значений выявлены во всех исследуемых сферах (физической, психологической, социальной и духовной).

В «Физической» и «Духовной» сферах различия в показателях качества жизни больных шизофренией двух групп минимальны. Однако в субсферах «Положительные эмоции», «Сексуальная активность», «Физическая безопасность и защищенность», «Финансовые ресурсы» отмечается статистически значимое снижение средних показателей качества жизни в группе больных, находящихся в Областной психиатрической больнице. У

больных шизофренией из интернатных учреждений выявлено значительное снижение качества жизни в субсфере «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)».

Полученные результаты позволяют рассматривать качество жизни, определённое на основании опросника ВОЗ КЖ-100, как самостоятельный многофакторный показатель социальной детерминированности тенденций ресоциализации больных шизофренией. Показатель качества жизни, релевантного здоровью, определяемый с использованием опросника ВОЗ КЖ-100, является самостоятельным многофакторным индикатором социального самочувствия больных при незлокачественном течении шизофрении.

Библиографический список

1. *Аведисова А.С., Бородин В.И.* От нонкомплаенса к отказу от психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. №6. С. 317-318.
2. *Банищikov Ф.Р.* Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2006. №4. С. 9-11.
3. *Барская О.Л.* Социальное самочувствие: методологические и методические проблемы исследования: Автореф.дис....к-та филос.наук. М., 1989.
4. *Бобков В.* Динамика уровня жизни населения / В. Бобков, П. Масловский-Мстиславский // Экономист. 1994. № 6. С. 45-51.
5. *Голенкова З.Т., Игитханян Е.Д.* Наемные работники. Некоторые черты формирующегося класса // Социс. 2002. №9.
6. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б.* Золофт — внебольничная терапия депрессивных больных и влияние на качество жизни // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. Вып. 2. С. 73-78.
7. *Кларин М.В.* На путях познания счастья – в кн. М. Аргайла. Психология счастья. М.: Прогресс. 1990. С.5-26
8. *Крупец Я.Н.* Социальное самочувствие как интегральный показатель адаптированности / Я.Н. Крупец // Социс. 2004. № 3.С. 5-10.
9. *Медведев Н.П.* Социальное самочувствие личности: вопросы содержания, измерения и оценки // Социальное самочувствие населения в современной России: Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции. Ростов н/Д, 2010.

10. Михайлова М.П. Социально-психологические особенности личности как объективный индикатор качества жизни // Академический вестник № 2(6) 2012. С. 27
11. Мстиславский П.С. Вопросы теории и методологии анализа качества жизни // Уровень жизни регионов России. 2002. № 2. С. 5-17.
12. Петров В.И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В.И. Петров, Н.Н. Седова.- М., «Триумф». 2002.-192 с.
13. Петрова Л.Е. Социальное самочувствие молодежи // Социол. исслед. 2000 № 12. С. 51.
14. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина. 2002.
15. Семке А.В., Логвинович Г.В., Кулешова Н.А. Проблемы адаптации при шизофрении. // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. - М., 1999. 333 с.
16. Сосновский А.Ю. Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью как критерий ее качества (клинико-социологическое исследование). Автореф. дис. . канд. мед. наук. -М. 1995. – 20 с.
17. Awad, A.G. Intervention research in psychosis; issues related to the assessment of quality of life Text. / A.G. Awad, L.N. Voruganti // Schizophr. Bull. 2000. - Vol. 26, N 3. - P. 557-564.
18. Edlund M. Quality of life: an ideological critique / M. Edlund, L. Tancredi // Perspectives in Biology and Medicine. - 1985. - № 85. - P. 591-607.
19. Zautra A. Quality of life indicators: A review of the literature / A. Zautra, D. Goodhart // Community Mental Health Journal. - 1979 - 4 (1)- P. 1-10

О.С. Кобякова, И.А. Деев, Н.Я. Несветайло,
В.А. Бойков, И.П. Шибалков,
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ, Томск

КОЛИЧЕСТВО ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ (DALY) В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012 ГОДУ

Здоровье граждан, как социально-экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны. Ценность здоровья, как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных и культурных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности населения [1]. В настоящее время для оценки здоровья населения в Томской области, как и в целом по стране используются показатели заболеваемости, смертности, инвалидности и т.д. Однако, данные параметры не позволяют проводить комплексную количественную оценку потерь здоровья.

Всемирный банк совместно со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1993 году разработали методологию расчёта глобального бремени болезни, в основе которой лежит определение состояния здоровья через подсчет потерь лет жизни в результате смерти или нетрудоспособности на основе показателя DALY (*Disability Adjusted Life Years - Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности*) по каждому заболеванию в разрезе пола и возраста [2]. Показатель груза болезней – DALY рассматривается мировым медицинским сообществом, как параметр, который отражает количество потерянного здоровья (в годах

жизни) от различных причин, вызывающих как преждевременную смерть, так и инвалидизацию населения. DALY является единым измерительным базисом, который позволяет одновременно решать задачи сокращения медико-социальных потерь и оптимизации экономического планирования в здравоохранении [3; 4].

В России индекс DALY практически не применяется, в отличие от многих зарубежных стран [5; 6; 7]. Использование данного параметра наряду с демографическими показателями позволило бы более корректно устанавливать приоритеты для развития системы здравоохранения как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Таким образом, на сегодняшний день, DALY является универсальным показателем, позволяющим проводить количественную оценку потерь здоровья населения. Расчет DALY в динамике позволяет оценить популяционные эффекты как от применения медицинских технологий, так и от результатов воздействия на население экономических, социальных, экологических, урбанистических и других факторов [8; 9].

В последние годы за рубежом проведено достаточно много исследований, целью которых являлось определение популяционного эффекта от результатов воздействия на население различных факторов (болезнь, смерть, инвалидность и т.д.), с помощью показателя DALY [10; 11; 12]. Так, например, в исследованиях Costilla R. et al. (2013 г.) был проведен расчет DALY от онкологических заболеваний в Новой Зеландии среди населения двух этнических групп. Онкологическая заболеваемость в женской популяции некоренного населения была на том же уровне что и у коренного, а в мужской на 19 % выше. При этом потери DALY некоренного населения были у женщин на 42 %, а у мужчин на 68 % выше [13].

Согласно данным исследований Murray C.J. et al. (2013 г.) суммарный показатель DALY во всем мире (от преждевременной смерти и заболеваемости) в 2010 году составил 361,5 на 1000 населения и снизился на

23,4% от уровня 1990 года - 472,1 на 1000 населения [12]. В Российской Федерации за аналогичный период (1990 – 2010 гг.) потери здоровья населения сократились с 257,2 лет на 1000 населения до 253,9 лет на 1000 населения [11; 14]. По итогам 2010 года, Россия занимала 17 место по количеству потерянных населением лет жизни, среди стран «G20». В приведенном рейтинге на 1 месте Япония (68,3 лет на 1000 населения), на 2 месте Италия (74,9 лет на 1000 населения), на 3 месте Австралия (77,2 лет на 1000 населения). При этом за 20 лет в Японии произошло снижение показателя на 29,3%, в Италии на 38,7, в России на 1,3%, а в ЮАР потери здоровья населения увеличились на 39,8% [11]. Таким образом, несмотря на положительную динамику DALY в нашей стране, темпы снижения потерь здоровых лет жизни населением, крайне малы, по сравнению с развитыми и развивающимися странами.

Цель настоящей работы – рассчитать показатель потерянных лет жизни населения в результате преждевременной смерти в Томской области в 2012 году и оценить вклад различных групп заболеваний в суммарный показатель DALY среди лиц мужского и женского пола.

Материалы и методы

Для проведения расчета DALY использовалась методология представленная Всемирным Банком в 1993 году в отчете «Инвестиции в здоровье» [2]. Согласно методике DALY представляет собой количество лет жизни популяции, прожитых с инвалидностью или другими проблемами со здоровьем и потерянных в результате преждевременной смерти.

Для расчета DALY использовалась следующая формула:

$$DALY = -[(D) * (C * e^{-ra}) / (r^2)] * [e^{-(r+a)L} * (1 + (r+a)(L+a)) - (1 + (r+a)a)] \text{ где,}$$

- L - количество лет жизни, которые осталось прожить человеку от возраста «а»;
- D - весовой коэффициент инвалидизации, находящийся в диапазоне от 1 для смерти, до 0 для здоровья в целом;

- C = константа, равная 0,16243;
- $\square$ = константа, равная 0,04;
- x = возраст;
- r = ставка дисконтирования, равная 0,03;
- x = возраст;
- e = константа, равная 2,71.

При расчете исследуемого параметра (DALY), для оценки потерь в результате преждевременной смерти используется величина ожидаемой продолжительности жизни, которая в докладе Всемирного банка (1993 г.) была принята для женщин 82,5 года, для мужчин 80 лет [2].

В случае расчета DALY для заболеваний используются установленные группой экспертов ВОЗ (1993 г.) коэффициенты инвалидизации по шести различным классам от 0 до 1 (где 0 соответствует полному здоровью, а 1 смерти) [8].

В методологии также применяется метод дисконтирования для приведения показателей к одному времени. При этом, расчет индекса DALY зависит от того, к какому результату приводит то или иное заболевание: к смерти; инвалидизации с последующей смертью; постоянной инвалидизации; выздоровлению.

В настоящей работе был проведен расчет DALY в результате преждевременной смертности населения региона в 2012 г. При расчетах использовались данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Томской области (Росстат), которые включали: пол умершего, день, месяц и год смерти, место жительства, причину смерти, день, месяц и год рождения умершего.

При расчете DALY использовались численность и половозрастная структура населения Томской области по состоянию на 01.01.2012 г., согласно данным Росстата.

Для статистической обработки результатов исследования был использован пакет программ Statistica for Windows version 6.0. Для оценки

различия средних в попарно не связанных выборках применяли U-критерий Манна-Уитни. Для оценки вероятностей использовали программу Statcalc version 6.

Качественные данные представлены в виде абсолютных или относительных (%) частот, количественные в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – стандартное отклонение. Разницу значений считали значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Суммарные потери DALY по итогам 2012 года в Томской области составили 112,3 года на 1000 населения ($11,6 \pm 8,9$). В структуре DALY по причинам смерти, на первом месте болезни системы кровообращения. Так, потери DALY в результате преждевременной смертности от данных заболеваний составили 32,6 года на 1000 населения или 29,0% в общей структуре потерь. Смертность от травм и отравлений стала причиной потери 27,0 лет на 1000 населения или 24,0% от общего числа потерянных лет. Количество DALY потерянных от преждевременной смертности по причине новообразований составило 18,5 лет на 1000 населения или 16,5% в общей структуре потерь.

Среди взрослого населения (старше 18 лет), также как и в целом в популяции, на первом месте потери в результате смертности от болезней системы кровообращения – 40,2 года DALY на 1000 соответствующего населения или 30,8%. На втором месте потери в результате смерти от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин – 31,3 года на 1000 соответствующего населения (23,9%). На третьем месте потери в результате смерти от новообразований – 22,4 года на 1000 соответствующего населения (17,2%) $p < 0,05$. Также значительный вклад в DALY внесли потери в результате смерти от болезней органов дыхания и пищеварения – 6,1 и 9,9 года на 1000 соответствующего населения (4,7 и 7,5% соответственно).

По данным Росстата в 2012 г. в Томской области умерло 6658 мужчин старше 18 лет и 5786 женщин. Общий объем DALY у мужчин составил 195,1 лет на 1000 соответствующего населения, у женщин - 75,5 лет на 1000 соответствующего населения.

Для исследуемой популяции мужского пола в возрасте старше 18 лет DALY в результате смерти от болезней системы кровообращения составил 57,8 на 1000 соответствующего населения, у женщин данный показатель был в 0,88 раз меньше (ДИ95% 0,87-0,90) – 25,3 на 1000 соответствующего населения. Относительный риск потери DALY в результате смерти от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин у мужчин зарегистрирован в 2 раза чаще, чем у женщин: ОР=1,94 (ДИ95% 1,88-1,99). В результате смерти от новообразований потери DALY в мужской популяции составили 27,5 на 1000 соответствующего населения, в женской - 18,1.

Таким образом, несмотря на то, что суммарные потери DALY на 1000 соответствующего населения у мужчин в 2,6 раза больше чем у женщин, относительный риск по основным причинам смертности лиц мужской популяции ниже, чем в женской.

Среди детей (0-17 лет), умерших в 2012 году в Томской области на первом месте потери DALY в результате отдельных состояний возникающих в перинатальном периоде – 11,0 лет на 1000 соответствующего населения или 32,2% в общем объеме DALY, на втором месте потери в результате смертей от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин – 8,7 лет (25,4%), на третьем месте потери в результате смертей от врожденных аномалий (пороков крови), деформаций и хромосомных нарушений – 4,9 лет (14,4%) $p < 0,05$. Также значительный вклад в DALY внесли потери в результате смертей от новообразований и болезней органов дыхания – 4,62% и 2,47% соответственно.

По данным Росстата в 2012 г. в Томской области умерло 125 детей (0-17 лет) мужского пола и 78 женского. Суммарный объем DALY у мальчиков

составил 41,11 лет на 1000 соответствующего населения, у девочек - 26,93 лет на 1000 соответствующего населения.

В 2012 г. у мальчиков DALY в результате смерти от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде составил 13,0 на 1000 соответствующего населения, у девочек данный показатель был 9,0 - ОР=0,95 (ДИ95% 0,88-1,02). Потери DALY в результате смерти от травм отравлений и некоторых других последствий воздействий внешних причин в мужской популяции составили 10,8 на 1000 соответствующего населения, в женской 6,5: ОР=1,08 (ДИ95% 0,99-1,18). Относительный риск потери DALY в результате смерти от новообразований у мальчиков практически в 2 раза меньше, чем у девочек (ДИ95% 0,41-0,63).

Заключение

Показатель DALY широко используется, как для оценки вклада различных заболеваний в потери здоровья населением, так и для оценки деятельности систем здравоохранения [10; 11; 12; 13]. Суммарные потери DALY по итогам 2012 года в Томской области составили 112,3 года на 1000 населения ($11,6 \pm 8,9$), что на 55,8 % ниже, чем в Российской Федерации и на 68,9 % ниже мирового показателя в 2010 г.

Общий объем DALY у мужчин в Томской области составил 195,1 лет на 1000 соответствующего населения ($8,8 \pm 7,7$), у женщин - 75,5 лет на 1000 соответствующего населения ($12,6 \pm 8,5$). Несмотря на то, что суммарные потери DALY на 1000 соответствующего населения у мужчин в 2,6 раза больше чем у женщин, относительный риск по основным причинам смертности лиц мужской популяции ниже, чем в женской. По гендерному признаку показатели Томской области отличаются от показателей по Российской Федерации – так, в 2007 году (более поздние данные отсутствуют) в мужской популяции количество DALY составляло от 150 до 160 лет, в то время как в женской от 90 до 100 лет на 1000 соответствующего населения [15].

Суммарный объем DALY у мальчиков составил 41,11 года на 1000 соответствующего населения ($33,8 \pm 1,7$), у девочек - 26,93 года на 1000 соответствующего населения ($33,8 \pm 1,8$). При этом относительные риски по основным причинам смерти практически равны.

Таким образом, DALY на 1000 населения в Томской области значительно ниже, чем в Российской Федерации, по данным С.А. Леонова [15] в 1,25 раза, по данным G. Yang [11] в 2 раза. Достаточно низкий уровень DALY в Томской области, на наш взгляд связан с благоприятной по сравнению с другими регионами возрастной структурой (более молодое население) [16]. Также следует отметить, что более 70% населения области проживают в городской местности, где, как известно, доступность медицинской помощи выше, нежели в сельской. Снижению DALY способствует и развитая система здравоохранения Томской области, включающая в себя не только широкую сеть муниципальных и областных учреждений здравоохранения, но и значительное количество федеральных научно-исследовательских институтов, оказывающих как специализированную, так и высокотехнологическую помощь по различным профилям (в т.ч. кардиология, онкология и т.д.) и обеспечивающих внедрение современных методик оказания медицинской помощи, на основе синтеза научного и практического здравоохранения.

Библиографический список

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения Российской Федерации до 2020 года», утвержденная Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года.

2. N. Homedes. The Disability-Adjusted Life Year (DALY) Definition, Measurement and Potential Use. [Электронный ресурс]: Санкт-Петербургский институт общественного здравоохранения. – URL: <http://pubhealth.spb.ru/COPC/DALY.htm> [Дата обращения: 10.06.2013.]

3. Экономические методы управления в здравоохранении / под общей ред. В.В. Уйба. - Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. - 314 с.

4. *Ростовцев В.Н.* Методика комплексных потерь здоровья в результате заболеваемости и смертности / В.Н. Ростовцев, Л.Н. Ломать, О.И. Рябкова, И.Б. Марченкова, В.Е. Кузьменкова. – Минск, 2008. - 28 с.

5. *Адейи О.* Государственная политика и проблема хронических неинфекционных заболеваний /О. Адейи, О. Смит, С. Роблес; пер. с англ. – М., 2008. - 211 с.

6. *Ермаков С.П.* Оценка тенденций и общая характеристика показателей глобального бремени болезней российского населения за 1965-2002 гг./ Ермаков С.П., Царьков А.О., Антонюк В.В. - М., 2004. – 94 с.

7. *Шишкин С.В.* Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации / С.В. Шишкин, С.П. Ермаков, Е.П. Какорина, Л.Д. Попович, Э.М. Фрид, И.М. Шейман.– М., 2007. – 64 с.

8. Murray CJL et al. Cross-population comparability of evidence for health policy. In: Murray CJL, Evans DB, eds. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения. – URL:http://www.who.int/health-systems-performance/docs/IHEA_present/IHEA_hspa_overview.pdf [Дата обращения: 10.06.2013.]

9. The Global Burden of Disease 2004 update: disability weights for diseases and conditions. [Электронный ресурс]: Всемирная организация здравоохранения. – URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD2004_DisabilityWeights.pdf [Дата обращения: 10.06.2013.]

10. Rao P.S., Darlong F., Timothy M., Kumar S., Abraham S., Kurian R. Disability adjusted working life years (DAWLs) of leprosy affected persons in India. *Indian J Med Res.* 2013 May; 137(5): 907-910 p.
11. Yang G., Wang Y., Zeng Y., Gao G.F., Liang X. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013 Jun 8;381(9882): 1987-2015 p.
12. Murray C.J., Vos T., Lozano R., Naghavi M., Flaxman A.D., Michaud C., Ezzati M. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013 Feb 23;381(9867):628.2197-2223 p.
13. Costilla R., Tobias M., Blakely T. The burden of cancer in New Zealand: a comparison of incidence and DALY metrics and its relevance for ethnic disparities. *Aust N Z J Public Health.* 2013 Jun; 37(3): 218-225 p.
14. Institute for Health Metrics and Evaluation. [Электронный ресурс]: University of Washington. – URL: <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/> [Дата обращения: 18.06.2013.]
15. Леонов С.А. Современные подходы к оценке состояния здоровья населения. [Электронный ресурс]: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации. – URL:http://mednet.ru/images/stories/files/materialy_konferencii_i_seminarov/2010/po_ekonomike/plenarka/Leonov.pdf [Дата обращения: 10.06.2013.]
16. Статистический сборник. Численность и половозрастной состав населения Томской области. - Томск, 2012. – 43 с.

Е.Е. Кобяцкая,

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

АНАЛИЗ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ НОВЫХ ТИПОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Федеральный закон № 83-ФЗ от 8 мая 2010 года «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» предопределил существенные изменения в функционировании бюджетного сектора экономики страны. В результате принятия данного закона в здравоохранении Российской Федерации с 2011 года существует три типа бюджетных учреждений: казенные, бюджетные учреждения с расширенным объемом прав и автономные учреждения. В соответствии со статьей 16 ФЗ № 83-ФЗ внес изменения в часть вторую Налогового кодекса РФ. Казенные, автономные и бюджетные государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения в новом правовом статусе уплачивают налоги в соответствии с требованиями для некоммерческих организаций и с учетом налоговых льгот. Данные вопросы представляют научный и практический интерес, так как анализ налоговой нагрузки новых типов учреждений здравоохранения позволит оценить их экономическую устойчивость в современных условиях.

В части 2 ст.149 Налогового кодекса отмечено наличие льгот по уплате налога на добавленную стоимость (НДС), связанных с медицинской деятельностью: не подлежит налогообложению реализация на территории РФ медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями и (или) учреждениями, врачами, занимающимися частной медицинской практикой, за исключением косметических, ветеринарных и санитарно-эпидемиологических услуг. В целях настоящей главы к медицинским услугам относятся:

- услуги, определенные перечнем услуг, предоставляемых по ОМС;
- услуги, оказываемые населению, по диагностике, профилактике и лечению независимо от формы и источника их оплаты по перечню, утверждаемому Правительством РФ (в ред. ФЗ от 29.05.2002 №57-ФЗ);
- услуги скорой медицинской помощи, оказываемые населению;
- услуги по дежурству медицинского персонала у постели больного;
- услуги патолого-анатомические;
- услуги, оказываемые беременным женщинам, новорожденным, инвалидам, наркологическим больным;
- услуги по сбору у населения крови, оказываемые по договорам со стационарными ЛУ и поликлиническими отделениями.

Но вместе с этим, существуют различия у казенных, бюджетных и автономных учреждений здравоохранения при уплате НДС по договорам аренды. Особенность порядка налогообложения доходов казенных учреждений от сдачи в аренду имущества заключается в том, что налоговыми агентами признаются арендаторы имущества, которые обязаны исчислить, удержать из доходов, уплачиваемых арендодателю, и уплатить в бюджет сумму налога. То есть, при сдаче казенным учреждением имущества в аренду НДС уплачивает не казенное учреждение (арендодатель), а арендатор.

83-ФЗ сохраняет право и для бюджетного и автономного учреждения сдавать в аренду помещения. На период сдачи в аренду имущества, расходы на содержание этого имущества, данные учреждения берут на себя. Таким образом, автономные и бюджетные учреждения как арендодатели являются налогоплательщиками НДС по договорам аренды.

В соответствии с ФЗ № 379-ФЗ от 03.12.2011г. « О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам установления тарифов страховых взносов, взимаемых в государственные внебюджетные фонды» для бюджетных и казенных учреждений, ст. 58, ст. 58.1 Закона N 212-ФЗ пониженные тарифы не предусмотрены. Следовательно, они уплачивают страховые взносы на общих основаниях по тарифам – 30% (ПФР-22%, ФОМС-5,1%, ФСС- 2,9%) с 1 января 2012г.

Вместе с этим, для льготников ставка снижена до 20% (ПФР – 20%, ФСС-0%, ФОМС-0%) . Автономные учреждения здравоохранения могут выбрать упрощенную систему налогообложения (УСН) и воспользоваться льготой по уплате страховых взносов. В течение 2013г. для некоммерческих организаций (автономных учреждений), применяющих УСН и осуществляющих деятельность в области здравоохранения тариф страховых взносов составит 20% (только в Пенсионный фонд РФ) без установления тарифа страховых взносов с сумм превышения предельной величины базы для начисления страховых взносов. Необходимо понять какие существуют правовые основания, позволяющие автономным учреждениям здравоохранения выбирать упрощенную систему налогообложения, и в чем ее отличие от общего режима налогообложения некоммерческих организаций. В Письме Министерства финансов от 28 июля 2008г. «О возможности использования автономными учреждениями специального режима налогообложения – упрощенной системы налогообложения» приводятся следующие аргументы по данному вопросу: «Автономные учреждения не являются бюджетными учреждениями, следовательно, ограничения подпункта 17 п.3 ст. 346.12 Налогового кодекса, установленные в отношении бюджетных учреждений по применению упрощенной системы налогообложения, к автономным учреждениям не применяются».

Глава 26.2. Налогового Кодекса содержит основные положения по использованию упрощенной системы налогообложения. Переход к упрощенной системе налогообложения или возврат к общему режиму

налогообложения осуществляется организациями добровольно. Применение упрощенной системы налогообложения организациями предусматривает замену уплаты налога на прибыль организаций, налога на имущество организаций уплатой единого налога, исчисляемого по результатам хозяйственной деятельности организаций за налоговый период. Организации, применяющие упрощенную систему налогообложения, не признаются налогоплательщиками НДС, за исключением НДС, подлежащего уплате в соответствии с НК при ввозе товаров на таможенную территорию РФ. Организации, применяющие упрощенную систему налогообложения, производят уплату страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, в ФФОМС, ТФОМС с учетом имеющихся льгот. Переход к упрощенной системе налогообложения или возврат к общему режиму налогообложения осуществляется организациями и индивидуальными предпринимателями добровольно. Для организаций и индивидуальных предпринимателей, применяющих упрощенную систему налогообложения, сохраняются действующие порядок ведения кассовых операций и порядок представления статистической отчетности. Не вправе применять упрощенную систему налогообложения: организации и индивидуальные предприниматели, средняя численность работников которых за налоговый период превышает 100 человек; бюджетные учреждения; организации, у которых остаточная стоимость основных средств и нематериальных активов превышает 100 млн. руб. В соответствии со ст. 346.14 Налогового кодекса РФ объектом налогообложения признаются доходы, либо доходы, уменьшенные на величину расходов. В случае, если объектом налогообложения являются доходы, налоговая ставка устанавливается в размере 6%; в случае, если объектом налогообложения являются доходы, уменьшенные на величину расходов, налоговая ставка устанавливается в размере 15%. С 1 января 2009 года произошли изменения в ставке налога при объекте налогообложения «доходы, уменьшенные на расходы». Если раньше ставка была постоянной и составляла 15%, то теперь

Законами субъектов РФ могут быть установлены дифференцированные ставки от 5 до 15%, в зависимости от категорий налогоплательщиков.

Бюджетные и автономные учреждения здравоохранения, как и все другие юридические лица, должны исчислять и уплачивать налог на прибыль в общем порядке в соответствии с главой 25 НК. Вместе с тем, средства, получаемые в виде субсидий бюджетными и автономными учреждениями, не подпадают под обложение налогом на прибыль. При использовании сумм целевых поступлений не по целевому назначению они считаются внереализационными доходами, учитываемыми при исчислении налога на прибыль (п.14 ст. 250 НК). Но бюджетные и автономные учреждения здравоохранения могут воспользоваться и льготой по налогу на прибыль. Федеральный закон № 395-ФЗ от 28.12.2010 дополнил Налоговый кодекс новой статьей 284.1 «Особенности применения налоговой ставки 0% организациями, осуществляющими образовательную и медицинскую деятельность». В соответствии с данным законом льгота предоставляется по перечню видов образовательной и медицинской деятельности, который установлен Правительством РФ. Перечень таких видов деятельности утвержден специальным Постановлением Правительства РФ от 10 ноября 2011 г. № 917 «Об утверждении перечня видов образовательной и медицинской деятельности, осуществляемой организациями, для применения налоговой ставки 0% по налогу на прибыль организаций». (В него вошли 125 видов медицинской деятельности). Но чтобы воспользоваться данной льготой, организация должна выполнять ряд условий, изложенных в законе.

Новая редакция ст.70 Бюджетного кодекса определяет, что обеспечение выполнения функций казенных учреждений включает, в том числе и уплату налогов, сборов и иных обязательных платежей в бюджетную систему РФ. Казенные учреждения должны уплачивать налог на имущество и земельный налог за счет доведенных им на эти цели лимитов бюджетов. В соответствии с п.6 ст.9.2 Федерального Закона «О некоммерческих организациях», ч.3 ст.4 Федеральный закон «Об автономных учреждениях»,

определено, что финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания бюджетными и автономными учреждениями осуществляется с учетом расходов на содержание недвижимого и особо ценного движимого имущества, закрепленного учредителем или приобретенного бюджетным и автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем при приобретении такого имущества, расходов на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки. Таким образом, бюджетные и автономные учреждения здравоохранения в соответствии с Налоговым кодексом должны уплачивать налог на имущество и земельный налог. В соответствии с главой 30 Налогового кодекса Объектом налогообложения признается движимое и недвижимое имущество (включающее имущество, переданное во временное владение, пользование, распоряжение), учитываемое на балансе в качестве объектов основных средств. Налоговая база определяется как среднегодовая стоимость имущества. Налоговые ставки устанавливаются законами субъектов РФ и не могут превышать 2,2%. Освобождаются от налогообложения организации, основным видом деятельности которых является производство фармацевтической продукции, - в отношении имущества, используемого ими для производства ветеринарных иммунобиологических препаратов, предназначенных для борьбы с эпидемиями; имущество специализированных протезно-ортопедических предприятий; имущество государственных научных центров. Помимо этого, субъект РФ, в соответствии с Налоговым кодексом РФ, может своим законом предусмотреть налоговые льготы, поскольку налог на имущество является региональным налогом (Налоговый кодекс, гл.1, ст.14). Так в соответствии с законом г. Москвы «О налоге на имущество», ст. 4 (ред. От 6.11.2011г.) освобождаются от уплаты налога автономные, бюджетные и казенные учреждения г. Москвы и внутригородских муниципальных образований в г. Москве. Также следует учитывать, что с 1 января 2013 года

движимое имущество больше не облагается налог на имущество в соответствии с Федеральным законом № 202-ФЗ от 29 ноября 2012 г. «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации». Движимое имущество, принятое на учет с 1 января 2013 года, не признается объектом налогообложения (п. п. 8 п.4 ст.374 НК РФ). В соответствии с Главой 31 Налогового кодекса налогоплательщиками налога на землю признаются организации и физические лица, обладающие земельными участками на праве собственности, праве постоянного (бессрочного) пользования (казенные, бюджетные и автономные учреждения). Не признаются налогоплательщиками организации и физические лица в отношении земельных участков, находящихся у них на праве безвозмездного срочного пользования или переданных им по договору аренды. Таким образом, учреждения здравоохранения должны также уплачивать налог на землю. Налоговая база определяется как кадастровая стоимость земельных участков, признаваемых объектом налогообложения. Кадастровая стоимость земельного участка определяется в соответствии с земельным законодательством РФ. Но в соответствии с Налоговым кодексом главой 2, ст.15 земельный налог является местным налогом и органы управления муниципальным образованием могут предусмотреть льготы по данному виду налога. Так, в Законе г. Москвы «О земельном налоге» (в редакции от 16.05.2012 г.) зафиксировано: «От уплаты земельного налога освобождаются: автономные, бюджетные и казенные учреждения г. Москвы в отношении земельных участков, предоставленных для оказания услуг в области образования, здравоохранения, культуры, социального обеспечения, физической культуры и спорта».

Анализ действующей нормативно-правовой базы по налогообложению новых типов учреждений здравоохранения показал наличие существенных налоговых льгот, что должно способствовать повышению эффективности их деятельности.

Библиографический список

1. ФЗ № 395-ФЗ от 28.12.2010 «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса РФ и отдельные законодательные акты РФ».

2. Постановлением Правительства РФ от 10 ноября 2011г. № 917 «Об утверждении перечня видов образовательной и медицинской деятельности, осуществляемой организациями, для применения налоговой ставки 0% по налогу на прибыль организаций».

3. Бюджетный кодекс РФ.

4. Налоговый кодекс РФ.

5. *Кадыров Ф.Н.* Вопросы налогообложения государственных (муниципальных) учреждений в свете Федерального закона № 83-ФЗ/ Менеджер здравоохранения. -2010. - № 7. – С. 72-75.

Г.Ю. Козина, У.О. Петряшкина,
Пензенский государственный университет, Пенза

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ЭКОНОМИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ОБЩЕСТВА

Здоровье нации представляет собой одновременно основной ресурс экономики и основной результат её функционирования. Если нация здорова, то она может создать большой национальный продукт. Так, В. Петти в своей «Политической арифметике» (1699) и Ф. Кенэ в работе «Люди» (1757) отмечали, что могущество государства находится в прямой зависимости от состояния здоровья его граждан. Е. Чедвик впервые отметил необходимость затрат на здоровье. Его доклад о санитарных условиях рабочих в Великобритании (1842) – первая попытка связать здоровье нации с экономикой. Социал-утописты Т. Мор, К. Сен-Симон, Ш. Фурье, Р. Оуэн говорили о таком обществе, которое обеспечивало бы прекрасное здоровье как одну из основ свободного, производительного труда.

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже XIX-XX вв. писал видный английский экономист А. Маршалл. По его мнению, здоровье населения служит основой для производительности и создания материальных благ, а материальные богатства в свою очередь увеличивают здоровье нации.

В настоящее время растёт число исследователей, которые рассматривают экономические аспекты здоровья человека. Так, Щепин О.П. рассматривает здоровье не только как благо, но и как экономический ресурс общества.

За последние годы негативные тенденции в здоровье населения Российской Федерации продолжают нарастать. Это обусловлено социально-экономической нестабильностью, безработицей, усилением миграционных процессов, продолжающимся «постарением» населения, неполноценной

структурой и качеством питания, экологическим неблагополучием. Всё это в совокупности приводит к сокращению ожидаемой продолжительности жизни, рождаемости, росту смертности, временной нетрудоспособности, инвалидности, снижает трудовой потенциал общества.

Особую социальную значимость имеет здоровье подрастающего поколения, именно оно представляет собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Анализ материалов официальной статистики в динамике, результатов многочисленных научных исследований показал, что последние два десятилетия прослеживаются практически одни и те же цифры, характеризующие существенное ухудшение здоровья подрастающего поколения страны и здоровья нации в целом [1; 2; 3]. Общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет с 2000 года увеличилась на 34,1 %, среди подростков в возрасте 15-17 лет – на 68,2 %. Наиболее значимое ухудшение состояния здоровья детей происходит у школьников в возрасте 7-17 лет, особенно в образовательных учреждениях нового типа – колледжах, лицеях и т.п. Уровень заболеваний костно-мышечной системы, эндокринной и системы кровообращения, психических заболеваний у 15-17-летних подростков в 1,5-1,8 раза выше, чем у детей до 14 лет. Нервно-психическое здоровье нарушено у 60 % выпускников школ страны. У 80 % школьников России выявлено снижение физической активности.

В структуре соматических заболеваний у российских подростков по сравнению с другими возрастными группами явно доминируют заболевания эндокринной, мочевыделительной, нервной системы, психические расстройства, обусловленные перестройкой пубертатного периода и началом половой жизни. У 85 % девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10-15 % – гинекологические расстройства, ограничивающие фертильность. С возрастом распространённость гинекологических нарушений увеличивается более чем в 2,5 раза – с 116,2 в 14 лет до 297,0 на

1000 осмотренных в 17 лет. Не лучше обстоит дело и с репродуктивным здоровьем мальчиков. Свыше 40 % мальчиков страдают заболеваниями, которые в последующем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции.

Ранняя сексуальная активность подростков стала одной из важнейших социальных проблем России. Количество аборт в возрасте 15-19 лет равно 40 на 1000 подростков. Материнская смертность подростков в 5-8 раз выше, чем в общей популяции.

К окончанию школы более половины детей имеют ограничения по состоянию здоровья в выборе профессии и трудоустройстве, около 30 % юношей в возрасте 17 лет по состоянию здоровья не годны к службе в Вооружённых силах. Среди 85 % старшеклассников, имеющих хронические болезни, выявляются признаки социальной и психологической дезадаптации.

Национальным бедствием становится наркомания. По экспертным оценкам, от 3 до 5 млн. человек потребляют наркотики, из которых две трети – молодые люди в возрасте до 30 лет, они также составляют основную группу ВИЧ-инфицированных.

Растёт численность населения, злоупотребляющая алкоголем. По данным медицинской статистики, на диспансерном наблюдении находятся 2,8 млн. россиян, что составляет 2 % от всего населения страны. По оценкам некоторых экспертов, реальное количество больных значительно превышает число находящихся под наблюдением и составляет от 5 до 29 млн. страдающих «бытовым» алкоголизмом. Большую тревогу вызывает злоупотребление алкоголем женщин фертильного возраста. Этиловый спирт оказывает повреждающее влияние на будущее потомство. При алкоголизме матери алкогольный синдром плода формируется у 43,5 % детей, при алкоголизме обоих родителей доля детей с алкогольным синдромом плода возрастает до 62 %.

Состояние сферы производства и потребления характеризуется тем, что Россия имеет один из самых высоких уровней потребления алкоголя в мире.

По официальным данным, уровень потребления алкогольных напитков составляет в России в пересчёте на безводный спирт 11 литров на взрослого человека, а по оценкам экспертов 15-18 литров. Критическим для здоровья нации считается уровень 8 литров. При этом среди стран с наибольшим потреблением алкоголя Россия выделяется катастрофическим уровнем алкогольной смертности.

Удельный вес смертности, связанной с употреблением алкоголя, в общей структуре смертности в России недопустимо высок – 52,9 на 100 тыс. населения. Продолжается рост смертности от болезней, при которых алкоголь является фактором риска: цирроз печени, рак полости рта и пищевода, инфаркт миокарда, ассоциированные с алкоголизмом суициды. Смертность мужчин трудоспособного возраста составляет 30 % в общей смертности и в 4-5 раз превышает европейские показатели.

Высокий уровень потребления алкоголя населением непосредственно влияет на уровень преступности. В России 72 % убийств связаны с употреблением алкоголя, по этой же причине происходят, по разным оценкам, от 30 до 42 % самоубийств. Частота совершения суицидальных поступков больными алкоголизмом превышает таковую в общей популяции в 75 раз.

Прямым следствием алкоголизации и наркотизации населения являются огромные экономические потери общества. По оценкам экспертов, экономические потери, связанные с чрезмерным употреблением алкогольных напитков и употреблением некачественных, в том числе суррогатных, алкогольных напитков, составляют около 3 % ВВП страны ежегодно. Эти цифры представляют собой минимальную оценку ущерба, поскольку учитывают лишь прямые издержки, вызванные заболеваниями алкоголизмом, и не учитывают сосудистых и иных заболеваний, обусловленных чрезмерным употреблением алкогольных напитков.

Суммарный ущерб российскому обществу складывается из следующих составляющих.

1. Экономические потери и вынужденные прямые затраты:

- потери от ежегодной смерти 500-600 тыс. российских граждан от прямых и косвенных причин, связанных с чрезмерным употреблением алкогольных напитков и употреблением напитков ненадлежащего качества (в США – около 100 тыс. человек);
- потери, обусловленные самоубийствами и убийствами, дорожно-транспортными происшествиями, повлекшими смерть участников, а также совершением иных преступлений в связи с чрезмерным употреблением алкогольных напитков;
- потери государственного бюджета от незаконного производства и оборота алкогольной и спиртосодержащей продукции;
- значительная доля расходов на содержание системы учреждений исполнения наказаний в силу обусловленности многих преступлений чрезмерным употреблением алкогольных напитков;
- потери, связанные с асоциализацией, полным или частичным исключением из общества около 600 тыс. детей-сирот, в том числе «социальных сирот», покидающих свои семьи из-за пьянства и сопутствующего ему насилия и аморального поведения родителей или опекунов, невыполнения ими своих обязанностей по воспитанию детей;
- прямые затраты на борьбу с беспризорностью и безнадзорностью детей и на содержание «социальных сирот»;
- потери, связанные с выплатой средств (пособий, страховых выплат и т.д.) по медицинскому и социальному страхованию в связи с лечением или иждивением лиц, страдающих алкоголизмом или заболеваниями, вызванными чрезмерным употреблением алкогольных напитков и употреблением алкогольных напитков ненадлежащего качества;
- прямые затраты на содержание, лечение и социальную реабилитацию больных алкоголизмом и иными заболеваниями,

обусловленными чрезмерным употреблением алкогольных напитков или употреблением алкогольных напитков ненадлежащего качества;

- потери, связанные с рождением детей с врожденными или наследственными заболеваниями, вызванными чрезмерным употреблением их родителями алкогольных напитков;

- потери в производительности труда вследствие чрезмерного употребления алкогольных напитков или употребления алкогольных напитков на рабочем месте.

2. Потери неимущественного характера:

- маргинализация и криминализация значительной части общества, распространение субкультуры алкоголезависимых;

- деформация системы общественных (в том числе семейных) ценностей, значительный ущерб духовно-нравственному потенциалу общества в целом.

Курение является одним из ведущих факторов разрушающих здоровье нации. Так, с употреблением табака связано от 10 до 15 % потерянных лет жизни. По различным экспертным оценкам, в Российской Федерации от болезней, связанных с табакокурением, ежегодно умирают от 400 до 500 тыс. человек. Распространенность курения среди населения России в 2 раза выше, чем в европейских странах. Россия занимает одно из первых мест в мире по табакокурению. В стране курят около 60 % мужчин и более 25 % женщин. Курит почти половина молодёжи в возрасте 15-18 лет. Среди работающих молодых людей в возрасте 25-30 лет эта цифра составляет 80 %. Средний возраст начала курения приближается к 8 годам.

В России произошло почти двукратное увеличение потребления табака за последние 15 лет. Существует прямая корреляция с производством и потреблением табака и смертностью российского населения. То есть россияне своим здоровьем оплачивают прибыль табачных кампаний.

Снижение распространённости табакокурения является реальным способом увеличения продолжительности жизни россиян и положительного влияния на экономику страны. По оценкам международных экспертов,

увеличение продолжительности жизни нации на один год даёт прирост ВВП на 3-4 %.

Одним из основных показателей здоровья нации и важнейшей государственной проблемой социальной сферы является инвалидность. В последние годы в России наблюдается рост числа лиц, ставших инвалидами. Причём постоянно увеличивается доля лиц, получивших инвалидность в трудоспособном возрасте. Только за последнее десятилетие уровень инвалидности увеличился на 67,8 %. По данным Госкомстата РФ в 2010 году в России на учёте в системе пенсионного фонда РФ состояло 12,8 млн. инвалидов, из них 49,4 % – инвалиды трудоспособного возраста [4]. Причинами первичной инвалидности являются в основном 4 группы заболеваний: болезни органов кровообращения – 35 % случаев, злокачественные образования – 30 %, травмы – 10 %, болезни нервной системы и органов чувств – 5 %.

Детей-инвалидов зарегистрировано около 560 тыс. Наиболее многочисленную группу детей-инвалидов (64,6 %) составляют подростки 10-17 лет. Среди причин инвалидности с детства первое место занимают заболевания нервной системы (21,7 %, 39,9 случаев на 10 тыс. детей). Второе место принадлежит психическим расстройствам (18,6 %, 32,6 случая на 10 тыс. детей). На третьем месте – врождённые аномалии (18,6 %, 31,9 случая на 10 тыс. детей). На долю этих причин приходится более 50 % случаев инвалидности.

Показатели инвалидности зависят от многих факторов (здоровья населения, условий труда и быта, постановки лечебно-профилактической помощи, организации медико-социальной экспертизы и уровня общей санитарной культуры населения).

Социально-экономическое значение инвалидности определяется значительным ущербом, который она наносит общественному здоровью и экономике страны: увеличение расходов на выплату пособий и пенсий,

дополнительные затраты на восстановление здоровья и трудоспособности инвалидов.

Итак, формирование ценностного отношения к здоровью является одной из актуальных задач, стоящих перед современным обществом. Важнейшим направлением укрепления здоровья всего населения и молодёжи в частности является пропаганда здорового образа жизни, борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением табака.

Проблемы формирования и ведения здорового образа жизни молодёжью в последнее время активно обсуждаются [5; 6; 7]. Так, исследование, проведённое в Пензенском государственном педагогическом университете, показало, что подавляющее большинство (80,4%) респондентов выделили в качестве фактора, оказывающего наибольшее влияние на здоровье человека, «образ жизни». Более половины студентов осознают, что их здоровье во многом зависит от них самих, однако большая часть сможет изменить отношение к собственному здоровью только в случае болезни или при появлении первых признаков болезни. Большинство респондентов (64,3 %) отметили, что не соблюдают режим питания, 89,6 % не занимаются утренней гимнастикой, 33,2 % регулярно курят, 76,2 % юношей и 64,3 % девушек употребляют алкогольные напитки, в том числе каждый четвертый употребляет крепкие напитки регулярно.

Половина опрошенных студентов (50,2 %) хотели бы избавиться от своих вредных привычек. Они осознают, что соблюдение основных правил здорового образа жизни способствует сохранению здоровья. В первую очередь, для улучшения и сохранения здоровья студенты считают необходимым, избегать нервных перегрузок (62,6 %), затем следует правильно питаться (52,9 %), заниматься физическими упражнениями (44,1%), соблюдать режим дня (38,7 %), своевременно обращаться к врачу (31,9 %), соблюдать гигиенические правила (16,4 %) и ежегодно проходить профосмотры (14,3 %).

Большинство студентов считают здоровье одной из главных ценностей жизни. Однако в ценностном сознании студенческой молодёжи ещё не сформировано отношение к здоровью как главной ценности, от которой зависит полноценная жизнь человека и общества в целом.

Большинство исследователей считают, что улучшение состояния здоровья нации может существенно повлиять на темпы экономического роста, и со временем это влияние будет расти. Здоровье населения – это не побочный продукт экономического развития, а, скорее, движущая сила экономического роста.

Проблемы здоровья и выживания человечества не могут рассматриваться вне связи с негативными тенденциями и деформациями общественного развития. Локальные войны и военно-политические конфликты, сепаратизм, терроризм, наркоторговля неизбежно связаны с преступлениями против жизни и здоровья человека. В ряде случаев они носят уже угрожающий человечеству характер. Отсюда понятная озабоченность поиском практических мер их решения. При этом со всей очевидностью встает задача выработки единой, способной к практической реализации общественной стратегии и тактики решения этого насущного вопроса. Недооценка такой задачи и недостаточная изученность связанных с ней проблем без преувеличения ставит человечество на грань жизни и смерти.

С другой стороны, новые потребности, интересы и ценности, которые овладевают человеческими умами и душами, связаны всё больше с техникой и искусственностью человеческого развития. Возникает опасность, что эти социально-техногенные и другие ценности искусственной среды обитания отодвигают на задний план ценности природно-жизненные.

Всё более острым становится вопрос о границах вмешательства человека в основания своего существования в физиологическом смысле. Очевидны всё новые успехи молекулярной биологии, генной инженерии, научного познания человека в целом. Однако успехи эти связаны и с

тревожащими человечество опасностями. Никогда раньше человек не мог так активно искусственно вмешиваться в вопросы наследственности, появления, регулирования и зачатия самой жизни. Более того, угроза для человечества неизмеримо возрастает, когда отсутствует философское осмысление приоритетов, масштабов и последствий (как сиюминутных, так и отложенных во времени) такого вмешательства.

Происходящие в обществе изменения, научные и технологические открытия, практически всегда становятся факторами, оказывающими влияние на здоровье социума, вносят коррекцию в отношение общества к здоровью как к ценности.

Уровень здоровья, его сохранение и улучшение являются медико-социальной проблемой, нуждающейся в своём оптимальном решении в зависимости от условий настоящего момента, при изменении которых возникает необходимость усовершенствования организации и управления системы мероприятий, направленных на достижение цели – увеличение продолжительности качественной жизни.

Существующая система здравоохранения нуждается в соответствующей адаптации для обеспечения её качественного улучшения. Сегодня задача состоит в выборе оптимальной модели с учётом отечественного и зарубежного опыта: при минимальных экономических затратах – наиболее эффективный результат.

Необходимо, прежде всего, определить ключевые принципы медицинской помощи применительно к условиям нашего общества:

- комплексная организация медицинской помощи населению;
- максимальная доступность всему населению;
- преобладание профилактической направленности в организации работы;
- обеспечение неотложной медицинской помощи больным, уменьшение количества социально опасных заболеваний, сохранение имеющегося уровня состояния здоровья народа в данное время;
- определение наиболее оптимальной модели системы, учитывая особенности исторического, психологического, социального и экономического развития страны и её перспектив.

В случае ограниченных возможностей государственного бюджета необходимо привлекать целевые инвестиции на реализацию наиболее актуальных проблем, составляющих угрозу общественному здоровью. Совокупно эти средства должны реально обеспечивать сохранение и улучшение здоровья населения исходя из основных принципов организации системы здравоохранения в стране.

Ещё со времён Гиппократов хорошо известно, что болезнь легче предупредить, чем вылечить. Научными исследованиями доказана экономическая эффективность профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и защиту населения от влияния отрицательных факторов измененной окружающей среды. Ведущим критерием оценки эффективности могут быть только показатели здоровья в динамике: снижение заболеваемости, смертности, инвалидизации, увеличение продолжительности периода трудовой деятельности и др.

Основные слагаемые экономической эффективности:

- прирост продукции за счёт уменьшения времени, потерянного трудящимися из-за временной нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смерти;
- уменьшение потерь от снижения производительности труда работников, ослабленных болезнью;
- сокращение дополнительных затрат на оздоровление и технику безопасности на участках с вредными и тяжёлыми условиями труда;
- уменьшение затрат на дополнительную подготовку работников, замещающих заболевших и инвалидов;
- сокращение расходов на медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения в связи с уменьшением численности пациентов;
- уменьшение затрат на социальное страхование временной нетрудоспособности.

Таким образом, здоровье обуславливает все стороны жизнедеятельности как индивида, так и общества, причём как в биологическом, так и в социальном контексте, поэтому его необходимо

рассматривать как наиважнейшую, фундаментальную ценность, как фактор экономического благополучия общества. Здоровье не может быть заменено какой-либо другой социальной ценностью без ущерба для жизни человека и общества. Учитывая значение здоровья в системе ценностей современного человека и серьёзность тех ограничений, которые накладывают его нарушения, становится очевидным, что сохранение здоровья людей является первостепенной задачей не только системы здравоохранения, но и всей страны.

Библиографический список

1. Баранов А.А., Кучма В.Р. и др. Здоровье и развитие подростков России. М.: Изд. НИЦЗД РАМН, 2010. 54 с.
2. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: МаксПресс, 2007. 526 с.
3. Российский статистический ежегодник. 2011: Стат. сб. / Росстат. М., 2011. 795 с.
4. Состояние здоровья населения. Инвалидность населения // Здравоохранение в России. 2011. № 1. URL: http://www/gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/publishing/catalog/statisticsCjlllectijns/doc_1139919134734 (дата обращения: 15.04.2013).
5. Журавлева И.В. Здоровье студентов: реальность и перспективы // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. М.: РОС, 2012. С. 4311-4316.
6. Козина Г.Ю. Здоровье в ценностном мире студентов // Социологические исследования. 2007. № 9. С. 147-149.
7. Козина Г.Ю. Социологический анализ поведения студенческой молодежи в отношении здоровья и факторов ЗОЖ // Вестник Тамбовского университета. Сер. Гуманитарные науки. Тамбов, 2007. Вып. 7 (51). С. 282-286.

Е.С. Кознова,

ГБОУ ВПО “Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского” Министерства здравоохранения РФ, Саратов

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ МАЛОГО ГОРОДА РОССИИ

В условиях современного российского реформирования социальная политика характеризуется серьезными изменениями в сфере здравоохранения, направленными на качественную модификацию медицинской помощи и повышение ее эффективности. Основной приоритетной задачей со стороны государства и общества становится сохранение индивидуального здоровья. Однако, реализация государственных программ, а также уровень здоровья и показатели качества жизни населения детерминированы, как правило, региональными особенностями, местом проживания индивида, его образом жизни и степенью включенности в общественные процессы.

Данная проблема особенно актуальна для организации здравоохранения в малых городах и сельской местности, особенно – в обеспечении постоянного мониторинга заболеваний, требующих непрерывного контроля со стороны специалистов. Одно из таких неинфекционных, но социально значимых заболеваний, имеющее, по данным Всемирной организации здравоохранения, эпидемический характер, — сахарный диабет. В Российской Федерации количество больных составляет порядка трех миллионов человек. Теоретически любое государство может существенно снизить уровень этого заболевания и его влияние на состояние экономической сферы, сократив затраты отдельных индивидов и всего общества. Существуют доказанные эффективные методы и клинические руководства по предупреждению и лечению сахарного диабета; описаны

способы мониторинга, профилактики, самоконтроля и меры социальной поддержки.

Однако способы поддержания здоровья, практики применения проводиабетических препаратов и организация лечения и профилактических мероприятий имеют на территории Российской Федерации некоторые региональные особенности, обусловленные сформированной структурой здравоохранения отдельных территориальных единиц. В то же время сахарный диабет как хроническое заболевание эндокринной системы, требует дополнительной поддержки со стороны государства [1, с. 26].

В ситуации изменения экономических и социальных условий малые города оказались перед «вызовом» разнонаправленных рисков. Существование социальной сферы, в том числе здравоохранения, в большинстве случаев обусловлено состоянием и моноотраслевой структурой экономики малых городов, не соответствующей требованиям современного рыночного общества.

Несмотря на реформирование, состояние здравоохранения на территории небольших городов не может гарантировать удовлетворение прав населения на качественную эффективную медицинскую помощь. Этот факт признается в различных документах и исследованиях не только национального, но и международного уровня.

Для подавляющего большинства населения малых городов одной из основных проблем является доступность медицинской помощи. В случае с сахарным диабетом, где каждое проявление заболевания имеет значение и требует непрерывного врачебного контроля, эта ситуация особенно актуальна.

Из материалов полевых исследований о системах поддержания здоровья в различных регионах России, проведенных в 2011-2012 гг. группой исследователей НИУ «Высшая Школа Экономики», следует, что распределение государственных ресурсов здравоохранения происходит без учета территориальных особенностей различных регионов страны. То есть

сельское население не может получать качественную квалифицированную помощь: «малые города и села невыгодно отличаются от крупных промышленных центров и столичных городов дополнительными ограничивающими факторами полноценного доступа к системе здравоохранения: дефицитом квалифицированных медицинских специалистов и специализированного оборудования, отсутствием инфраструктурных возможностей и рядом других системных ограничений» [2, с. 166].

Авторы исследований по данной тематике подчеркивают также существующий дефицит и старение кадров, отсутствие молодых специалистов [3, с. 87-89]. Изучая, например, систему поддержания здоровья в Базарно-Карабулакском районе Саратовской области, аналитики из НИУ ВШЭ пришли к выводу о существовании практик оказания медицинской помощи безработными специалистами в области медицины. Медицинские работники, неудовлетворенные уровнем заработной платы, невозможностью профессионального роста и условиями труда, не могут быть социальными агентами пациентов, гарантирующими им получение эффективной медицинской помощи. Врач-диабетолог по сути может выполнять роль агента социализации, основной функцией которого, помимо применения терапевтических методов, является мониторинг состояния больного с целью полноценного включения этого больного в контекст социальной жизни. Однако, учитывая особенности проявления сахарного диабета и непрерывное повышение уровня заболеваемости, представляется, что социализация людей, имеющих данный диагноз и проживающих в небольших городах России, крайне затруднительна.

Помимо проблем системного характера следует признать наличие слабой готовности к деятельности в условиях рыночной экономики как административно-управленческого аппарата, так и жителей малых городов. Как правило, они характеризуются невысокой социальной активностью по сравнению с населением крупных городских центров. Медицинская

активность и медико-правовая грамотность также значительно ниже, чем у городского населения. Незнание своих прав как пациента и низкий уровень медицинского образования не способствует активизации у самих пациентов здоровьесберегающих практик.

Таким образом, в настоящее время программы регионального развития в сфере здравоохранения возможны лишь в крупных городах и региональных центрах. Поэтому основной задачей представляется не только разработка практических рекомендаций, способов лечения и мониторинга больных сахарным диабетом, но и теоретическое обоснование методологии и алгоритма медико-социологического исследования пациентов, имеющих диагноз «сахарный диабет».

Учитывая характер заболевания и его различные проявления, выборка респондентов должна строиться на основе полной репрезентации генеральной совокупности – всех жителей малого города с заболеванием сахарный диабет. Социологическое исследование лиц, имеющих диагноз «сахарный диабет» должно основываться на всестороннем изучении их образа жизни, предполагая мультифакторный анализ поведенческих, в том числе пищевых, стратегий, медицинских практик и стиля жизни.

Собственно алгоритм медико-социологического исследования складывается на основе совокупности описания респондентами своего социально-демографического положения, характера заболевания и особенностей индивидуального лечения, практик поддержания здоровья, стиля жизни, информированностью о самом заболевании и новых или значимых методах лечения и анализ обращаемости к современным интернет-ресурсам с целью профилактики и борьбы с заболеванием.

Анализ социально-демографического положения:

- социально-демографические данные респондентов (возраст, уровень дохода, семейное положение, наличие детей, количество детей, возраст детей);

- определение возраста респондентов, в котором впервые был поставлен диагноз сахарный диабет.

Описание и анализ характера заболевания и особенностей индивидуального лечения:

- описание обстоятельств первичного выявления сахарного диабета (во время регулярного медицинского осмотра; во время визита к врачу, вызванного плохим самочувствием; во время визита к врачу, вызванного симптомами сахарного диабета; во время нахождения в больнице на обследовании или лечении заболевания, не имеющего отношения к сахарному диабету);
- определение профиля медицинского работника, которым был впервые выявлен диагноз сахарный диабет (участковый или семейный врач; врач по внутренним болезням/терапевт; педиатр/детский врач; эндокринолог; диабетолог; патронажная сестра/специалист по диабету);
- определение профиля медицинского работника, с которым респондент регулярно встречается по поводу заболевания сахарным диабетом (участковый или семейный врач; врач по внутренним болезням/терапевт; педиатр/детский врач; эндокринолог; диабетолог; патронажная сестра/специалист по диабету);
- типологизация лечебных учреждений, в котором проходят встречи с медицинским работником по поводу заболевания сахарным диабетом (в городской больнице; в специализированной диабетической клинике или диабетическом центре; в медицинском/фельдшерском пункте; дома; в ведомственной поликлинике; в поликлинике по месту жительства);
- определение количества/частоты встреч/приемов у медицинского работника по поводу заболевания сахарным диабетом;
- определение типа сахарного диабета респондента (сахарный диабет 1-го типа, сахарный диабет 2-го типа, гестационный сахарный диабет, диабет при генетических дефектах функции β -клеток, диабет при генетических дефектах в действии инсулина, диабет при болезнях экзокринной части поджелудочной железы; диабет при эндокринопатиях; диабет, индуцированный лекарствами; диабет, индуцированный инфекциями; необычные формы иммуноопосредованного диабета; генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом);
- описание текущего опыта лечения сахарного диабета (инъекции инсулина; инъекции инсулина и сахаропонижающие таблетки; автоматическая инсулиновая помпа; инсулиновый ингалятор; сахаропонижающие таблетки (наряду с диетой или без нее); только диета и/или

физические нагрузки без каких бы то ни было медикаментов; «баета» (экзенатид)/не-инсулиновое лекарство для инъекций);

- определение средств лечения сахарного диабета, используемых респондентами в настоящий момент (инсулин во флаконах или картриджах, шприцы для инсулиновых инъекций, одноразовые инсулиновые ручки/дозаторы, многоразовые инсулиновые ручки/дозаторы, иглы к инсулиновым шприц-ручкам или дозаторам, автоматическая инсулиновая помпа, сахаропонижающие таблетки, глюкометр, инсулиновый ингалятор);
- указание сопутствующих сахарному диабету проблем со здоровьем, имеющих у респондента на момент социологического опроса;
- определение сопутствующих сахарному диабету проблем со здоровьем, лечение которых осуществляется респондентом на момент опроса с помощью лекарственных препаратов;
- анализ факторов, влияющих на качество питания респондентов.

Рассмотрение практик поддержания здоровья и стиля жизни:

- оценка мнения респондентов о категориях людей, проявляющих заботу о своем здоровье;
- анализ сформулированного респондентами смысла выражения «здоровое питание»;
- анализ количества внимания/времени, уделяемого средствами массовой информации, темам здорового питания и сахарного диабета в своих эфирах;
- анализ отношения респондентов к качеству своего питания;
- анализ действий респондентов, направленных на проявление заботы о личном здоровье;
- описание источников информации, в которых помимо медицинских работников, респонденты в течение последнего года получали информацию о сахарном диабете и приспособлениях для диабетиков (в диабетической ассоциации; в журнале для диабетиков; от друзей/членов семьи; в интернете; от производителя; из писем, присылаемых Вам домой; в аптеке/от работника аптеки; от других диабетиков; из газет/журналов; из телевидения/радио);
- характеристика восприятия болезни, существующих фобий и барьеров, связанных с заболеванием сахарный диабет (посредством выявления отношения респондентов к смысловым выражениям: «Для меня лучше, чтобы лечением моего диабета занимался врач или другой медицинский работник»; «Мне нравится пробовать новые техники лечения моего диабета»; «Я хотел(а) бы, чтобы мой сахарный диабет был в большей степени компенсирован»; «В настоящее время мой диабет хорошо компенсирован»; «Я боюсь поздних осложнений диабета»; «Для меня сложно компенсировать мой диабет»; «Я часто задаю своему врачу вопросы о лечении моего диабета»; «Я часто не знаю, как поступить в ситуации проявления диабета»; «Мне не с кем

посоветоваться, что делать при различных проявлениях диабета»; «У меня недостаточно информации о том, как жить с диабетом»; «У меня есть знакомые/приятели/родственники/коллеги с таким же заболеванием»).

- выявление доступных респондентам форм досуга при наличии заболевания сахарный диабет;
- выявление количества респондентов, занимающихся спортом и частоты занятий;
- анализ регулярности внешней коммуникативности/активности: просмотр ТВ; просмотр спутникового/кабельного ТВ; получение рассылки по почте; получение рассылки по e-mail; использование интернета в мобильном телефоне; посещение театра/концертов; игры в компьютерные и online игры; чтение газет/журналов; посещение выставок и музеев; посещение кафе/баров/ресторанов.

Описание и анализ использования современных интернет-ресурсов с целью профилактики и борьбы с заболеванием:

- выявление респондентов, пользующихся интернетом;
- описание доступных для респондента мест пользования интернетом (дома, на работе, в гостях, в интернет-кафе, вне дома в точках wi-fi доступа);
- описание типа домашнего интернет-подключения (dial-up; широкополосный доступ, gprs, wi-fi) и частоты пользования интернетом (каждый день; 4-6 раз в неделю; 2-3 раза в неделю; раз в неделю; 2-3 раза месяц; раз в месяц; реже одного раза в месяц);
- описание количества уделяемого интернету времени в течение дня и анализ тематики наиболее посещаемых респондентами сайтов;
- определение уровня известности социальных сетей и провайдеров, предоставляющих услуги;
- анализ частоты обращаемости к социальным сетям, хостингам блогам, видео, фото, играм, статьям и определение круга пользователей в общей структуре респондентов;
- тестирование концепции «Интернет-портал: сообщество людей с заболеванием сахарный диабет» (общая оценка концепции; оценка степени интереса, оригинальности, запоминаемости и актуальности концепции; определение сильных и слабых сторон концепции);
- тестирование концепции «Областная сеть терминалов: оперативная информационная помощь для людей с заболеванием сахарный диабет» (общая оценка концепции; оценка степени интереса, оригинальности, запоминаемости и актуальности концепции; определение сильных и слабых сторон концепции).

На основе предложенной методологии алгоритма исследования больных сахарным диабетом можно сделать вывод об очевидной необходимости использования мобильных видов и форм медицинского обслуживания в условиях малого города: кроме передвижных лабораторий и диагностических кабинетов одной из таких «мобильных» форм является интернет. Применение новых информационных технологий, социальных сетей, форумов и т.д. позволяет получить консультативную помощь профессионала-эндокринолога лечебно-профилактического учреждения или доктора наук, профессора медицинского ВУЗа, специализирующегося в данной области, в крупном городском центре. В данный процесс могут быть включены и медицинские сестры, имеющие высшее профессиональное медицинское образование и специализирующиеся по заболеванию сахарный диабет. На наш взгляд, это значительно минимизирует риски социализации и коммуникации больного сахарным диабетом, а также позволяет ему интегрироваться в общество и повысить уровень знаний и ответственности о собственном здоровье.

Таким образом, реализация социальных программ, непосредственно повышающих благополучие сельского населения, усиливает значимость анализа процессов интеграции структур здравоохранения малых городов в систему российского социума, и минимизации возникающих в этом процессе рисков.

Библиографический список

1. Чеглова Н.Е. Социальные детерминанты повышения качества жизни больных сахарным диабетом : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2009.- 26 с.
2. Тукаева А.Р. Институты поддержания здоровья в малых городах России и сельской местности: материалы полевых исследований // Система поддержания здоровья в современной России : сб. ст. и материалов полевых

исслед. / [С. Г. Кордонский и др.]; под ред. И. В. Кошкарновой. – М. :Страна
Оз, 2012. – 400 с. С. 166.

3. Громова Н.М. Стратегии и инновации медицинского образования
в малых городах России // Фундаментальные исследования. 2009. № 9. СС.
87-89.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ МЛАДШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Использование «мягких» методов способствуют получению качественной и более полной информации при изучении такой специфической целевой группы как младшие школьники. Особенностью проективных методик является наличие определенного стимула, с помощью которого создаются неопределенные ситуации, обретающие смысл благодаря тому, что индивиды, опираясь на свои субъективные воззрения, интересы, дают им свою трактовку.

При изучении детей в возрасте от 3 до 10-11 лет активно применяется социографический метод. Его целью является не выявление глубинных особенностей личности, а выявление с помощью визуального образа различий или сходства между группами, визуальное изображение изучаемой проблемы. Рисунки рассматриваются как ответ на открытый вопрос: «Как ты понимаешь, что такое здоровый образ жизни? Что для тебя значит здоровый образ жизни?». Вопрос выступает в данном случае в качестве стимулирующего обращения.

В исследовании принимали участие ученики 4-х классов средней общеобразовательной школы №2046 Юго-Западного округа г. Москвы и гимназии № 45 им. Л.И. Мильграма⁴⁵. Нами была разработана система индикаторов для анализа рисунков. Выделено 8 индикаторов:

- 1) здоровое питание
- 2) пребывание на свежем воздухе
- 3) здоровый и нездоровый образ жизни

⁴⁵ Всего было опрошено 110 человек. Из них 50 в гимназии (22 девочки, 28 мальчиков) и 60 в средней общеобразовательной школе (27 девочек и 33 мальчика).

4) спорт:

- спортивные игры;
- индивидуальные занятия спортом;
- занятия спортом на свежем воздухе;

5) составляющие ЗОЖ

6) гигиена

7) нетрадиционное видение ЗОЖ

В категорию *«здоровое питание»* попали рисунки детей из общеобразовательной школы, на которых были изображены фрукты и овощи, находящиеся в композиции или же просто размещенные на листе (фрукты: банан, яблоко, виноград, апельсин, груша, лимон, ананас и арбуз; овощи: помидор, огурец, морковь). Также присутствует зелень, салат, сельдерей. Только на одном рисунке девочка нарисовала кашу как составляющую здорового питания. На другом рисунке рядом с яблоком и морковью изображены витамины С, А и Е, что мы можем интерпретировать как понимание связи между свежими овощами и фруктами и витаминами в них содержащихся.

Следующая группа рисунков относится к категории *«пребывание на свежем воздухе»*. В нее входят рисунки изображающие пребывание на свежем воздухе без высокой двигательной активности. Сюжет рисунков заключается в том, что дети просто гуляют в лесу, на природе. Выделяется в данной категории рисунок, на котором мальчик изобразил летний дом, сад своей жены, свой сад и себя, занимающимся удобрением растений в своем саду. Проплывающие облака раскрашены в цвета государственного флага РФ, как и ступеньки дома, что, как мы можем предполагать, горит о выражении своего гражданства.

К категории *«здоровый и нездоровый образ жизни»* мы отнесли рисунки, на которых дети изобразили, что полезно и нужно делать для ведения ЗОЖ и что нельзя делать, т.е. рисунки представляют собой контраст здорового и нездорового образа жизни. На рисунках мы видим элементы,

ассоциирующиеся с ЗОЖ: скакалку, гирию, гантель, лестницу, минеральную воду, дыхательный прибор, витамины, овощи и фрукты, а также перечеркнутые элементы нездорового образа жизни: сигарета, бутылка с водкой, гамбургер, компьютер и телевизор.

К категории *«спорт»* относится большинство работ, сюда отнесены сюжеты, изображающие спортивные игры; индивидуальные занятия, комплексы упражнений; занятия спортом на свежем воздухе. В данной категории преобладают работы мальчиков.

В категорию *«составляющие ЗОЖ»* вышли работы, на которых изображены, действия людей, практики здорового образа жизни: пловец в бассейне; человек, бегущий по стадиону; мужчина, поднимающий тяжелые гантели; мужчина, который ест рыбный суп и кашу; человек, который обливается водой; подтягивание человека на турнике; человек, играющий в футбол с другом; человек, который делает зарядку, занимается танцами.

К категории *«гигиена»* изображено поведение, связанное с закаливанием и обозначены обязательные предметы гигиены (раковина, ванна и коврик).

К *нетрадиционному видению ЗОЖ* относятся рисунки, имеющие романтический, фантазийный, характер (кувшин с магией здоровья; парк здоровья).

Для учеников средней общеобразовательной школы ведение здорового образа жизни представляется через занятия спортом и правильное питание, включающее в себя в основном фрукты и овощи. Работ на данные тематики было выполнено значительно больше. 9 работ посвящены здоровому питанию и 31 – спорту в различных проявлениях, через игры и индивидуальные занятия. Гендерное распределение следующее: основная часть работ мальчиков относится к категории «спорт» - 19 рисунков. У девочек выделяется две значимые категории «спорт» - 12 рисунков и «здоровое питание» - 6 рисунков.

Картина представления здорового образа жизни в гимназии выглядит несколько иначе, чем в общеобразовательной школе. Под здоровым питанием, в основном, понимается употребление фруктов (вишня, арбуз, банан, яблоко, груша, лимон) и овощей – морковь. Как видно, нарисованные фрукты отличаются от представленных в предыдущей группе рисунков из данной категории, а овощи практически не представлены.

В категории *«пребывание на свежем воздухе»* у гимназистов представлены отдых на пляже под пальмами с кокосами и парусной яхте, в отличие от общеобразовательной школы, где были изображены лес, река, знакомая средняя полоса. Такие образы могут говорить о том, что в гимназии обучаются дети из состоятельных семей, имеющие возможность отдыхать в тропических странах или в загородных коттеджах.

Значительное число работ относятся к категории *«здоровый и нездоровый образ жизни»*. Изображения представляют собой перечеркнутые красной чертой вредные привычки. Под ними понимаются запрет на курение, как и в общеобразовательной школе, употребление фаст-фуда из Макдоналдса, пива, также нельзя слушать долго музыку в наушниках. Любопытно, что на одном из рисунков мы находим особенности экологического поведения человека, которое, по мнению автора рисунка, заключается в том, что нельзя бросать на землю мусор и ломать деревья.

Сравнение особенностей здорового и нездорового образа жизни, представлено через образы людей ведущих и не ведущих ЗОЖ (например, с одной стороны, интеллигентный мужчина в костюме со шляпой на голове и гантелью со штангой у ног, а с другой, ведущий нездоровый образ жизни мужчина в татуировках, с сигаретой во рту, в грязной майке и штанах. Вокруг него стоят бутылки, лежат гамбургеры и пистолет с автоматом). У учеников гимназии данная тематика является преобладающей, на основании чего можно заключить, что эти дети достаточно четко представляют, что нужно делать и что нельзя делать в рамках здорового образа жизни.

К категории «*спорт*» преобладающего число рисунков выполнено мальчиками, изображены спортивные игры; индивидуальные занятия, комплексы упражнений; занятия спортом на свежем воздухе, эта категория не отличается в разных школах.

К категории «*составляющие ЗОЖ*» работы изображают множество составляющих здорового образа жизни на одном рисунке, композиционно или хаотично (часто распорядок дня). Работы мальчиков отражают стереотипные представления о нездоровом образе жизни (вред курения и алкоголя и т.п.). Девочки, как и в образовательной школе, изображали практики здорового образа жизни: употребление фруктов и овощей, кефира и каши, также изображены занятия спортом (плавание, бег, футбол) и зарядкой.

Таким образом, в ходе анализа рисунков учащихся начальной школы, были выделены индикаторы здорового образа жизни и проведен сравнительный анализ представлений о ЗОЖ учеников средней общеобразовательной школы и гимназии. Мы пришли к следующим выводам.

Во-первых, выявлены отличия в представлениях о ведении здорового образа жизни между учениками средней общеобразовательной школы и гимназией. Ученики общеобразовательной школы в своем представлении о ЗОЖ ориентируются на спорт и здоровое питание, а основная часть работ гимназистов представляет собой стереотипные представления о нездоровом образе жизни и ежедневные практики здорового образа жизни.

Во-вторых, содержательное наполнение изображений различается. Отличия наблюдаются в представлениях об отдыхе. Гимназисты представляют его на пляже под пальмами, ученики школ в лесу у озера, в парке. Высока частота упоминания фаст-фуда из Макдоналдса у учеников гимназии. Эти данные мы объясняем тем, что расположение учебного заведения и финансовые возможности семей учеников влияют на их видение здорового образа жизни.

В-третьих, по полученным данным мы можем заключить, что под здоровым питанием дети в основном понимают употребление фруктов и овощей с преобладанием первых, что говорит об отчасти искаженном представлении о полезном питании, не включающем в себя горячие блюда, кисло - молочные продукты и т.д.

В-четвертых, незначительно затронута тема «гигиены», мы видим две возможные причины: 1) гигиена входит в структуру повседневных практик, и ученики не видят необходимости акцентировать на это внимание; 2) гигиене недостаточно уделяется внимания, и ученики не считают ее важной составляющей здорового образа жизни.

Проанализировав особенности представления детей о здоровом образе жизни с помощью рисуночных методик и выявив различия между учащимися, обучающимися в средней общеобразовательной школе и гимназии, мы провели триангуляцию данных с помощью метода неоконченных предложений. Целью опроса являлось конструирование образа человека, ведущего здоровый образ жизни.

В основе метода неоконченных предложений (МНП) лежит принцип проникновения в структуру индивидуального сознания ребенка, не блокируя жестко заданной схемой вербальное поведение респондента в процессе сбора эмпирических данных⁴⁶, что вынуждает опрашиваемого оперировать категориями, используемыми в повседневной жизни для упорядочивания своего жизненного опыта.

Рассмотрение полученных данных начнем с тематического блока, посвященного конструкту здорового образа жизни. Все данные были объединены в один компонент «Деятельность, направленная на выполнение правил ЗОЖ» и 5 свободных элементов: «Здоровье», «Внешнее проявление», «Настроение», «Интеллектуальная деятельность» и «Отношение к ЗОЖ».

⁴⁶Татарова Г.Г. Метод неоконченных предложений / Тезаурус социологии. Кн.2. Методология и методы социологических исследований: темат.слов.-справ. Под ред. Тощенко. М.:ЮНИТИ-ДАНА,2013. С.157.

В компонент «Деятельность, направленная на выполнение правил ЗОЖ» входят 6 элементов, характеризующие повседневные практики по ведению ЗОЖ, к ним относятся «Физическая активность», «Питание», «Гигиена», «Пребывание на воздухе», «Распорядок», «Вредные привычки».

Физическая активность проявляется через такие ответы, как: «делать зарядку по утрам, заниматься спортом», «это коньки, пробежка по утрам и разные виды спорта», «купаться», «тренировка», «физические упражнения», «это спорт, танцы», «ходить в тренажерный зал», «играть в подвижные игры».

Особенности питания при ведении ЗОЖ заключаются в следующем: «есть фрукты», «хорошо завтракаю и обедаю», «соблюдать нужную диету», «не есть химию: колбасу, чипсы, коку», «есть побольше овощей», «не есть фаст-фуд», «это не есть чипсы, сухарики», «не есть много конфет», «правильно питаться», «есть здоровую пищу».

Несмотря на то, что в рисунках гигиена была представлена незначительно, МНП показал, что список правил личной гигиены у детей достаточно широк: «каждое утро умываться холодной водой», «умываться, чистить зубы», «каждый раз мыться и мыть руки», «ухаживаю за собой», «это значит быть чистым, один-два раза мыть голову, чистить зубы 2 раза в день», «закаляться».

В элемент «Пребывание на воздухе» вошли следующие ответы: «лес, вода и хороший воздух», «чаще быть на свежем воздухе», «ходить гулять», «ездить на свежий воздух: на дачу, море, в горы», «гулять каждый день на свежем воздухе».

Распорядок дня проявляется через: «хорошо работать и полноценно отдыхать», «ложиться рано и вставать рано», «высыпаться», «соблюдать распорядок дня», «соблюдение режима».

К вредным привычкам дети относятся крайне отрицательно. ЗОЖ - это «никаких вредных привычек», «когда человек не пьет спиртное, не курит», «не играть много в электронные игры».

Был проведен также анализ свободных элементов, картина получилась следующая.

К элементу «Здоровье» отнесены такие характеристики ЗОЖ, как: «защита от вирусов», «болеть 1 раз в год», «это когда я чувствую себя хорошо», «не простужаюсь на улице», «здоровье человека».

Внешне ЗОЖ проявляется так (элемент «Внешнее проявление»): «чистота, аккуратность», «быть опрятным», «красота».

ЗОЖ ассоциируется с эмоциональным подъемом (элемент «Настроение»): «хорошее настроение», «веселье», «быть активной, энергичной».

В составляющие элементы ЗОЖ относятся и интеллектуальная деятельность (элемент «Интеллектуальная деятельность»), которая проявляется для детей начальной школы так: «ходить в школу», «учеба и работа», «читать книжки», «обязательно делать уроки», «умственные нагрузки».

Анализируя ответы детей, можно сказать, что их отношение к ЗОЖ в большинстве своем положительное. Это подтверждают ответы, вошедшие в элемент «Отношение к ЗОЖ»: «хороший, я люблю быть здоровым и жизнелюбимым», «очень важен», «это главное! это хорошо, потому что этот человек, который ведет ЗОЖ, будет здоровый и сильный», «все, что помогает здоровью», «это хорошо», «это отличный образ жизни с правильным питанием, силой», «это хорошо, потому что можешь не волноваться за себя и других».

Сравнивая полученные данные с рисуночной методикой можем выделить элементы ЗОЖ, проявляющиеся через повседневную деятельность, такие как физическая активность, питание, пребывание на свежем воздухе, гигиена, негативное отношение к вредным привычкам, наличие распорядка дня. Однако МНП позволил также выявить эмоциональное отношение к ЗОЖ и его внешнее проявление, что трудно представить на рисунке и не входит в социологический анализ графических изображений.

Далее перейдем к основному тематическому блоку МНП. Конструкт «человек, ведущий здоровый образ жизни» включает в себя компоненты «Личностные характеристики», «Физическое состояние», «Деятельность, направленная на укрепление здоровья» и 2 свободных элемента «Внешнее проявление» и «Интеллектуальная деятельность».

«Личностные характеристики» обобщили такие элементы, как «Качества», «Эмоциональное состояние», «Черты характера» и «Поведенческие особенности».

Среди качеств приверженца здорового образа жизни дети отмечают такие, как «добрый», «жизнелюбивый», «трудолюбивый», «вежливый», «добродушный и без корысти», «невспыльчивый» и т.д. Эмоциональное состояние такого человека оптимистическое, приподнятое. Он «жизнерадостный», «веселый, щедрый», «приветливый», «радостный». Это активная, бодрая, улыбчивая личность, которая наполнена позитивом и радуется жизни. По мнению респондентов «этот человек способен дарить радость и себе и остальным существам, окружающим его», «от него как бы излучается свет». Характер человека, ведущего ЗОЖ, отличается силой воли, высокой работоспособностью, упорством, терпением. Он «всегда выполняет свои обязанности», «не сдаётся», не унывает, «когда беда, погрузит и продолжит дальше ход по жизни», «поможет людям, находящимся в беде», «никогда не будет останавливаться на достигнутом». Поведенческие особенности заключаются в том, что человек, ведущий ЗОЖ, «не шалит и не ругается», «не вредит окружающим», «делает добрые дела», «не будет избегать общения с другими людьми», «просто так не ударит, не оскорбит», «никогда не пристаёт к другим людям», «не позволит себе делать то, за что накажут или обидятся», «не покалечит человека и животное», «не делает во вред себе и другим людям», а также он никогда не бросит спорт.

Личностные характеристики человека, ведущего ЗОЖ, отличаются высокой нравственностью, оптимистичностью, коммуникативностью, целеустремленностью и ответственностью.

Физическое состояние человека, ведущего ЗОЖ, рассматривается через его физические характеристики (элемент «Физические характеристики») и самочувствие, проявляющееся через состояние здоровья (элемент «Самочувствие»). Под физическими характеристиками подразумевается сила, выносливость, скорость и ловкость, именно такие характеристики были отнесены в этот элемент.

Суть здорового образа жизни заключается в поддержании и укреплении здоровья, поэтому в элемент «Самочувствие» вошли характеристики, касающиеся здоровья, иммунитета, функционирования внутренних органов. Дети так описывали состояние здоровья человека, ведущего ЗОЖ. Он «здоровый», «реже болеет» или «не болеет», «не получает травмы», «с крепким иммунитетом». У него «хорошее здоровье и самочувствие». Он «здоров и психологически тоже». «У такого человека всегда много сил». Человек, занимающийся своим здоровьем, «не имеет проблем с легкими и сердцем», «нет серьезных заболеваний». Как результат усилий, респонденты отмечали, что «он, скорее всего, дольше проживет».

Для сохранения и поддержания высокого уровня здоровья необходимо выполнять определенные повседневные практики, которые отражены в компоненте «Деятельность, направленная на укрепление здоровья». В него входят «Физическая активность/спорт», «Гигиена», «Питание», «Пребывание на воздухе», «Вредные привычки» и «Распорядок».

Мы рассмотрели виды деятельности, которые выполняются людьми, заботящимися о своем здоровье. Однако эта деятельность не проходит бесследно и отражается во внешнем виде человека. Внешний вид можно охарактеризовать следующим образом. Человек «более спортивный», «стройный, красивый», выделяется «походка, правильная осанка», «выглядит более здоровым, крепким», «худой», «не бывает полным». «Он чаще всего выше, стройнее, лицо его не бледное, нет черных кругов под глазами», «красные губы, светлое лицо, здоровая кожа». «Всегда улыбается». «Он очень аккуратный», «опрятный», «чистый».

Отдельно, как составляющий элемент, рассматривается интеллектуальная деятельность. Человек, ведущий ЗОЖ, должен заботиться и о своем интеллектуальном развитии. Дети в своих ответах отмечали, что такой человек должен «много знать», иметь «хорошо развитый мозг», обладать знаниями. Он умнее. «Он всегда много работает», «не опаздывает на работу, в школу, поэтому хорошо учится».

Таким образом, сконструированный образ человека, ведущего здоровый образ жизни, представляет собой гармонично развитую личность, с приятной, привлекательной внешностью, заботящегося о своем здоровье и интеллектуальном развитии.

Третий блок был направлен на выявление антипода человека, ведущего ЗОЖ. Рассмотрим его структуру подробнее. Она состоит из компонентов «Личностные характеристики», «Физическое состояние», «Особенности повседневной деятельности» и 2 свободных элементов «Образ жизни» и «Внешнее проявление».

«Личностные характеристики» включают в себя «Качества» и «Поведенческие особенности». Человек, не ведущего ЗОЖ, «жадный», «завистливый», «равнодушный», «злой», «грубоватый», «ленивый» и «безалаберный». Ведет он себя не корректно по отношению к другим. «Он всегда ругается». Этот человек – «злой хулиган, который только и делает, что дерется». «Человек, у которого нет обязательств». «Это ленивый человек, любит, чтобы за него все делали, все покупали, а он ничего взамен».

Физическое состояние нами рассматривалось через элементы «Физические характеристики» и «Самочувствие». Человека, не заботящегося о своем здоровье, наделили слабыми физическими характеристиками. Он «слабый», «хилый», «вялый». У него (элемент «Самочувствие») «плохое здоровье», он «постоянно болеет», «не высыпается». «У него слабый иммунитет», чувствуется «частая усталость», «слабость», «вялость».

В компонент «Особенности повседневной жизни» мы включили элементы «Физическая активность/спорт», «Питание», «Гигиена», «Вредные привычки».

В повседневной деятельности человека не ведущего ЗОЖ, мы не находим ничего положительного. По полученным данным конструируется следующая повседневность. Полностью отсутствует физическая активность, занятия спортом. «Этот человек не занимается зарядкой», «не занимается спортом», «отвергает физические нагрузки», «не ходит в спортзал», а «все время сидит дома и смотрит телевизор».

Он «неправильно питается», «много ест», «ест бесполезную еду», «ест конфеты и сладости». Устраивает «походы в ресторанчики с фаст-фудом», где «ест гамбургеры».

Не соблюдает правила личной гигиены («не следит за собой») и гигиены жилища («в квартире у него грязно»).

Помимо прочего, человек, не ведущий ЗОЖ, «пьет и курит», а также принимает наркотики («люди, принимающие наркотики»).

Одним словом, как отмечали дети, человек, не ведущий ЗОЖ - «это человек, который не соблюдает ЗОЖ», ведет «плохоздоровый образ жизни», «мало спит» и «хочет побольше вредного». Данные ответы вошли в свободный элемент «Образ жизни».

Как отмечалось ранее, образ жизни имеет внешние проявления. Внешность человека, не ведущего ЗОЖ, учащиеся охарактеризовали так: «некрасивый», «неспортивный», «вялый», «полный», «хилый», «грязнуля». Такой человек «может быть неприятен другим».

Проанализировав полученные данные, мы можем отметить, что человек, ведущий ЗОЖ, представляет собой идеальный образ положительного во всем человека, в то время как образ человека, не ведущего ЗОЖ, наполнен всеми отрицательными чертами неприятного, неприглядного человека. В данном случае ЗОЖ выступает критерием порядочности, открытости, активности. Здоровый образ жизни,

сконструированного идеального образа человека, ведущего ЗОЖ, формируется по первому направлению, предложенному Ю.П. Лисицыным, который заключается в создании, развитии, усилении, активизации позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств, направленного на формирование потенциала здоровья, а не через преодоление факторов риска.

В процессе анализа мы выявили эмоциональное отношение к людям, ведущим ЗОЖ. Было задано предложение «Среди людей, ведущих здоровый образ жизни, я чувствую...». Все ответы были объединены в компонент «Взаимоотношение с людьми, ведущими ЗОЖ». Рассмотрим его составляющие, которые представляют собой 4 элемента: «Я среди них/Я – свой», «Я не похож на них/Я не такой», «Ощущение и впечатление при общении» и «Особенность людей, ведущих ЗОЖ».

Первые два элемента - это две противоположные позиции. Первая позиция заключается в том, что ребенку комфортно общаться с людьми, ведущими ЗОЖ. Он чувствует себя «хорошо», «их частью», «таким же, как они». Одна девочка написала, что чувствует себя «героиней прекрасной, потому что люди становятся лучше, а героиней, потому что вести ЗОЖ трудно». Другая – чувствует себя «радостно, может показаться, что я нахожусь среди родных людей».

Ответы, относящиеся к противоположной позиции, отражали неуверенность. Например, чувствую «себя не таким как они, я не закаляюсь и не делаю зарядку», «что нужно тоже вести ЗОЖ», «то, что я слабый», чувствую «себя немного плохо, я им завидую», «неловко», «немного другой, я веду ОЖ: быстро сделать уроки после школы и пойти на занятия».

Ощущения и впечатления при общении возникают положительные (элемент «Ощущение и впечатление при общении»). В данный элемент вошли такие ответы, как: «хорошее настроение, бодрость, энергия», «спокойствие, веселье, счастье», «силу», «порядок в себе», «что они ведут

ЗОЖ», «доброту», «поддержку», «себя уверенней, спокойней», «здоровым, смелым», чувствую «себя в обществе хороших людей».

Таким образом, мы можем заключить, что общение с людьми, ведущими ЗОЖ, для людей придерживающихся их образа жизни или стремящихся к нему приятно и полезно с точки зрения детей.

Выстроенные образы являются идеальными конструктами, не встречающиеся в чистом виде в сознании детей. В реальности данный образ характеризуется степенью выраженности того или иного элемента, что определяется субъективной важностью элементов образа для конкретного ребенка, под воздействием жизненных обстоятельств, успешности социализации, интернализированным миром значимых других.

Библиографический список

1. *Бергер П.* Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания / П. Бергер, Т. Лукман. - М.: Медиум, 1995. –323 с.
2. Тезаурус социологии. Кн.2. Методология и методы социологических исследований: темат. слов.-справ. / под ред. Ж.Т. Тощенко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2013. – 415 с.
3. *Щеглова С.Н.* Как изучать детство. Социологические методы исследования современных детей и современного детства. М. ЮНПРЕСС, 2000. 73 с.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕОРИЙ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Для многих студентов и курсантов юридических вузов, сотрудников правоохранительных органов термин «теория» нередко звучит как абстрактная идея, имеющая весьма слабое и опосредованное отношение к обеспечению реального правопорядка и законности. Очевидно, что не всем, «грызущим гранит науки», с легкостью дается абстрактное мышление. Большинство людей в повседневной жизни, действительно, имеют дело с социальными фактами. Факты - «упрямая вещь», они реальны и более понятны, чем любая теоретическая конструкция, которая, как многие считают, нужна лишь для «умственной гимнастики».

Социальных теорий много и они, по мнению скептиков, лишь гипотетически и отчасти определяют ту или иную модель реального поведения человека. Это, увы, распространенное, но весьма упрощенное и превратное представление ряда студентов и курсантов, а также практических работников о теориях в целом и теориях девиантного поведения, в частности, как о трудноприменимых и малопонятных «башнях из слоновой кости».

Между тем, практика из правоохранительных органов приходится стоять на страже законности и правопорядка, обеспечивая соблюдение наиболее важных кодифицированных социальных норм, а также иметь дело с делинквентными личностями, всеми проявлениями социального неблагополучия и негативной девиантности.

Девиантное поведение, как известно, состоит в систематическом отклонении индивида или группы от социальных норм. С одной стороны, девиантность выражается в реальных поведенческих актах, с другой, – это

социальная конструкция – продукт символических определений в дисциплинарных институтах и обществе.

Девиантное поведение неоднозначно: по своим социальным или индивидуальным последствиям оно может иметь как позитивные, так и негативные последствия. Девиантность фактически определяет механизм социальных изменений. Позитивные девианты - великие творцы и гении, опередив свое время, способствовали прогрессу. Однако многие из них, в лучшем случае, были преданы забвению, в худшем - сожжены на кострах инквизиции, как еретики.

Ученые больше внимания уделяют изучению негативной девиантности, поскольку рост ее масштабов и дифференциация в форме преступности, алкоголизма, наркотизма, проституции, суицидов, гемблинга - проблема номер один в современном обществе. В конце второй половины XX века криминологическое сообщество, о чем пишет Н.Кристи, осознает наступление «кризиса наказания». Он проявляется как неспособность привычных мер социального контроля с преобладанием негативных, подчас крайне репрессивных санкций более или менее эффективно влиять на девиантные проявления [1]. В итоге постмодернисты, критически оценивая иллюзии и мифы модерна, основанные на вере в демократию, свободу и прогресс, заключают, что «феномен девиации – интегральное будущее общества» [2, с. 2].

Девиантность как социальная практика и одновременно конструкт релятивна и конвенциональна, поэтому имеет сложную детерминацию. Действительно, социальная структура, процессы и культура современного общества во многом определяют модели девиантного поведения. Не так ли происходит, когда ограниченные каналы получения образования и работы в транзитивном обществе приводят к выбору многими молодыми людьми криминальных способов адаптации и обогащения или ретретизма (ухода в пьянство или наркотизм)? Ведь main stream в социо-культурной модели российского капитализма, согласно теории напряжения Р.Мертона, прославляет погоню за материальным успехом любой ценой. Более того, все формы девиантности взаимосвязаны: пьянство и преступность порождают

«пьяную» преступность, наркотизм тесно коррелирует с уличной преступностью, кражами и наркотрафиком. Социальные и технологические изменения как в традиционном, индустриальном, так и постиндустриальном, постсовременном обществе порождают все новые виды девиантности и преступности.

Очевидно, что девиантность - сложный общественный феномен, приблизиться к пониманию и объяснению которого в современном мире позволяют тщательно разработанные и верифицированные опытом девиантологические теории.

Теоретические модели отклоняющегося поведения являются отображением реальных ситуаций и девиантных практик. Эффективная теория помогает «расшифровать» казуальную сторону многих «трудных» для понимания девиантных и, особенно, делинквентных фактов и карьер, которые уже известны. Кроме того, теория создает посылы для понимания и объяснения природы новых еще неизвестных фактов преступного поведения и иных форм негативной девиантности.

Теории девиантности дают ответы на самые общие вопросы о природе девиантного поведения. Главные среди них: почему? каким образом? Чем вызвано или как действует?

Следовательно, девиантологическая теория - это набор, упорядоченных утверждений, которые объясняют, как два или более факта девиантности или факторы их детерминации связаны друг с другом. Теория объясняет, каким образом фиксируемые опытом феномены девиантности взаимозависимы друг с другом. Ответ на вопрос, почему одни люди (их большинство) приспосабливаются, а другие (их меньшинство) отклоняются от социальных норм, имеет не только умозрительный, но и прагматический смысл. Он является неотъемлемой частью любого проекта по реализации социализации и социального контроля.

Развитие и накопление знаний о девиантности позволило на стыке поведенческих и юридических наук сформировать девиантологию или

социологию девиантного поведения и социального контроля - отрасль научного знания с богатым теоретическим наследием.

Очевидно, что для тех, кто планирует построить профессиональную карьеру в области правоприменения в полиции или других правоохранительных институтах, необходимо глубокое знание теоретических основ классической и современной девиантологии.

Фактически любая линия поведения, ведущая к преступлению, как самому социально опасному виду девиантности может быть описана той или иной теорией девиантного поведения. Теоретическое знание в вопросах понимания и объяснения преступности и других негативных отклонений актуально не только для профессионалов в области девиантологии, полицейского или формального социального контроля, но и для тех, кто занят социальной работой, образованием, участвует в механизмах социализации, гуманитарного воспитания молодого поколения в рамках институтов образования, культуры, масс-медиа. Впрочем, и все семейные люди, ответственные за воспитание своих детей, хотят, чтобы отпрыскам благоволила судьба, чтобы им удалось избежать роковых ошибок молодости, «тюрьмы или сумы».

Таким образом, теории девиантного поведения - предметная сфера не только девиантологов и криминологов, теоретиков и практиков, социальных работников и педагогов, но и самых обычных людей, которым не чужды плоды просвещения, а будущее своего потомства им видится в ракурсе конформизма или еще лучше - позитивной девиантности.

В современной мировой и отечественной науке наиболее развитой частью девиантологии принято считать криминологию или социологию преступности, поскольку сложная природа и преодоление преступного поведения всегда волновали обществоведов. Именно в криминологическом направлении сделано больше всего научных открытий и теоретических достижений.

Как известно, американский социолог и криминолог Эдвин Г. Сазерленд в 1947 году определил криминологию как учение о внутренних процессах законодательства (law-making), правонарушения (law-breaking) и правоприменения (law-enforcing) [3]. Это определение задает одну из точек отсчета для классификации теорий в области девиантности и социального контроля.

Теории создания и применения уголовного права (theories of making and enforcing criminal law). Если в качестве основания для выделения теории рассматриваются, согласно Сазерленду, процессы уголовного правотворчества и судопроизводства, словом сфера формального социального контроля над преступностью, то в такую группу с определенной условностью относят теории создания и применения уголовного права. Эти теории предлагают ответы на вопросы о том, как и почему конструируется преступное поведение, а его носители определяются как преступники, какими правовыми способами государство противодействует преступности, что определяет вид предпринимаемых действий (меру наказания) в случае нарушения закона. Теории, пытающиеся раскрыть эти вопросы, увязывают социальные, политические и экономические переменные, которые объясняют процесс законотворчества, применение уголовного закона и действие системы судопроизводства.

Разумеется, желательно, чтобы теории в области социального контроля были ценностно нейтральными, а закон применялся бы одинаково для всех. Вместе с тем, ряд из них несут существенную ценностную и даже идеологическую нагрузку. Так, в теориях конфликта, в радикальной криминологии этот контекст очевиден, поскольку он обусловлен идеологической критикой капитализма, что весьма важно для дискуссии о справедливости уголовного закона и практике его избирательного применения в отношении разных социальных групп в классовом обществе. Решения по уголовным делам, которые больше зависят не от уголовно-правовых и процессуальных норм, а от социальных характеристик носителей преступного поведения (принадлежность к гендеру, классу, элите, олигархии или к «синим воротничкам» и андеграунду), не являются справедливыми. Они лишь демонстрируют селективность системы судопроизводства, уголовного права и его применения в современном капиталистическом обществе.

Таким образом, теории создания и применения уголовного права позволяют объяснить поведение участников законодательного процесса и работу самой системы судопроизводства. Общественные же дискуссии и прагматические споры о модели социального контроля над преступностью,

ее эффективности и справедливости могут быть основаны на той или иной теории. Однако сами по себе обсуждения не являются теоретическим объяснением, почему разрабатываются и применяются законодательные акты. Теории создания и применения санкций, в том числе уголовного права, в девиантологическом дискурсе нередко именуют теориями социального контроля, поскольку они проливают свет на то, зачем необходимы законы, правовое регулирование социальных отношений и как действуют правоохранительная система, уголовное судопроизводство как институты социального контроля.

Теории девиантного поведения (theories of deviant behavior). Однако наиболее важной и многочисленной группой являются теории девиантного и, прежде всего, делинквентного поведения. Теории девиантности предлагают ответы на вопрос, почему люди нарушают социальные и правовые нормы. Впрочем, у этого вопроса есть две взаимосвязанные между собой части. Во-первых, они позволяют понять, отчего существуют определенные различия в уровнях девиантного и преступного поведения в разных социальных группах и общностях. С точки зрения гендерных различий, мужчины значительно чаще, чем женщины становятся участниками криминальных актов. В полиэтнических и поликультурных обществах уровень преступности заметно выше, чем в обществах этнически однородных и с доминирующей культурой. Так, в Японии уровень преступности определенно и существенно ниже в удельных показателях, чем в США и наиболее развитых европейских странах. Во-вторых, теории девиантности дают ответ на вопрос о том, почему одни люди идут на совершение девиантных действий и преступлений, а другие - нет? Что определяет предрасположенность человека к нарушению норм ожиданий и норм правил? Почему один человек, имея возможность, совершает преступление, а другие люди с такими же возможностями, не преступают закон? Почему одни личности склонны выстраивать криминальную карьеру, а другие один раз оступившись, навсегда отказываются от криминальной перспективы?

Как видим, первая группа вопросов концентрируется на выявлении социальных и групповых моделей девиантности, а вторая – на индивидуальных различиях и особенностях личности девианта. Если теория девиантности охватывает более общие типичные различия и общесоциальные детерминанты девиантности и делинквентности, то она относится к так называемым «макро» теориям девиантного поведения. Если положения теории, описывают причинный комплекс делинквентности и иных форм негативных отклонений на уровне личности или малой группы, то она относится к теориям девиантности «микро» уровня.

Для различения теорий девиантного поведения используются разнообразные критерии. Д. Кресси обратил внимание на те из них, которые концентрируются на объяснении эпидемиологии или массовости распространения девиантности и преступности во всех слоях общества, с одной стороны, и на «уникальность» или на индивидуальное измерение девиантного поведения, - с другой. Р. Айкерс разделял теории девиантности на структурные и процессуальные. Структурные теории показывают, что соотношение преступлений среди групп, общностей и классов определяется изменениями в социально-культурной структуре общества. Процессуальные теории утверждают, что люди совершают преступления, потому что они имеют определенный прошлый опыт делинквентности, пережили определенные события и приобрели специфические личные качества и реакции на те или иные криминальные ситуации.

Существует и такой способ классификации девиантологических теорий, в основе которого лежит группировка факторов и переменных, детерминирующих девиантность, в предметном поле тех или иных научных дисциплин. Наиболее распространенной в современной девиантологии стала такая классификация, которая опирается на *антропо-биологический, психологический и собственно социологический подходы*.

В *антропо-биологических теориях* объяснительная модель преступного поведения выстраивается в рамках доминирования антропологических, биологических, биохимических и генетических факторов поведения.

В *психологических теориях* детерминация девиантности описывается психологическими переменными, связанными со спецификой психо-эмоционального развития личности, ее установками, психическими расстройствами и вытесненными состояниями, взаимодействиями в микросреде. Впрочем, теории, созданные в рамках антропоцентризма, не исключают вторичного влияния социокультурных и иных структурных факторов на генезис девиантности.

Социологические теории девиантности исходят, прежде всего, из социоцентризма, рассматривая природу девиантности и преступления в предельно широком социальном контексте с учетом анализа культурной, структурной, процессуальной и социо-демографической стороны.

Нужно признать, что деление девиантологического наследия в мировой науке на три группы указанных выше теорий достаточно условно, поскольку многие категории в девиантологическом анализе коррелируют и дополняют друг друга. Например, понятия структуры и процесса взаимозависимы и частично совпадают, между биологией и психологией в природе девиантного поведения человека также немало общего. Социальный контроль трудно отделить от девиантности — это дополняющие друг друга категории, поскольку его чрезмерное применение посредством негативных санкций нередко порождает стигматизацию девианта и, как следствие, - рецидивизм и девиантную карьеру.

Словом, многие из теоретических конструкций, моделирующих девиантное поведение, в процессе эволюции научных представлений трансформировались в смешанные или интегративные теории, выстроенные по принципу дополнительности, сформулированному Н.Бором. В интегративной перспективе анализа при создании новых концепций

эффективно «подключаются» непротиворечивые и «работающие» положения как структурных, так и процессуальных теорий девиантности, антропобиологических, психологических и собственно социологических концепций отклоняющегося поведения.

Современная девиантология широко использует универсальную методологическую платформу или рамку (framework), которую предоставляет социология как интегративная наука о современном обществе. Социологический дискурс позволяет эффективно объединять эвристический потенциал антропоцентристских и социоцентристских концепций девиантности. Это направление особенно активно развивается в зарубежной девиантологии последние 20 лет. Так, в работах Г. Барака, Р. Айкерса, Ф.Пирсона, Д. Эллиота, М. Крона и других криминологов социологической ориентации с мировой известностью широко используется интегративный подход в теоретическом моделировании девиантности как сложного социального явления и социальной конструкции. Впрочем, проблематика негативной девиантности активно изучается в рамках отдельных научных дисциплин социобиологами, психологами, педагогами, правоведами.

Таким образом, теории девиантности могут быть систематизированы в порядке, учитывающем структурно-процессуальный контекст, с выделением в исторической перспективе антропо - биологических, психологических и собственно социологических теорий, а на постсовременном этапе развития общества и наук о нем еще и интегративных концепций девиантного поведения.

Библиографический список

- 1.*Кристи Н.* Пределы наказания. М.,1985.
- 2.*Higgins P, Butler R.* Understanding Deviance. McGraw-Hill Book Company,1982.
- 3.*Akers R.* Criminological Theories. Los Angeles.1997.

О.В. Костенко, Г.А. Хуако,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

ОТНОШЕНИЕ ЖЕНЩИН-ПАЦИЕНТОК К МЕДИКАЛИЗАЦИИ (НА МАТЕРИАЛЕ ПМС)

Наличие предменструального синдрома (ПМС) у женщин препятствует их профессиональной деятельности, обучению, привычной социальной активности, нарушает межличностные отношения. Его особенностью является клинический полиформизм и тесная связь с вегетативными, эмоциональными и мотивационными нарушениями. В формировании этого синдрома играют роль психологические, социальные и биологические факторы. При прогрессировании заболевания возможна его трансформация в тяжелый климактерический синдром, что необходимо учитывать при лечении данных больных. Таким образом, своевременная диагностика и лечение ПМС у женщин является актуальной проблемой в работе практикующего врача. Но проблема ПМС имеет и большое социальное значение, непосредственно влияя на расширение медикализации [1, с. 52-54].

Большую роль в медикализации ПМС играет отношение к нему самих пациенток. Они могут:

1. рассматривать свое состояние как болезнь и обращаться за помощью к врачу;
2. рассматривать свое состояние как болезнь, не требующую врачебного вмешательства и идти по пути самолечения;
3. рассматривать свое состояние как болезнь, не требующую медицинского вмешательства вообще;
4. рассматривать свое состояние как естественное, периодическое, которое пройдет само по себе;
5. зная о ПМС, не фиксировать его признаки у себя;

6. ничего не знать о ПМС, но фиксировать недомогание, требующее врачебного вмешательства;
7. ничего не знать о ПМС, но фиксировать недомогание, не требующее врачебного медицинского вмешательства;
8. ничего не знать о ПМС и не фиксировать предменструальное недомогание.

Как видим, теоретически возможно восемь вариантов в отношении пациенток к своему состоянию, связанному с ПМС. Побудительными к медикализации ПМС являются 1, 2 и 6 варианты. Причем, во втором варианте врач как агент медикализации исключается. Мы провели исследование с целью выяснить распространенность данных вариантов отношения к ПМС у пациенток и, тем самым, определить, насколько сильно их влияние на расширение медикализации ПМС. С этой целью был проведен опрос 194 пациенток женских консультаций г. Волгограда. В выборке представлены только менструирующие женщины фертильного возраста. Представительство по возрасту соответствует возрастному распределению в генеральной совокупности. Опрос проводился с 14 января по 14 февраля 2012 г., генеральная совокупность – все женщины фертильного возраста, посетившие женские консультации г. Волгограда за данный период.

Основную группу в выборке, как и среди посетителей женских консультаций, составляли женщины активного детородного возраста – от 25 до 39 лет (52,6%). У большинства респонденток менструация началась в 13-14 лет (55,2%). Большинство начало свою половую жизнь в 18 лет (34%).

Поскольку отношения между врачом и пациенткой играют немаловажную роль в процессе медикализации ПМС, мы задавали вопрос о характере. Оказалось, что почти половина опрошенных не имеет постоянных отношений с врачом-гинекологом, что может сказаться на непоследовательности их поведения в отношении ПМС. Мы учитывали этот факт в интерпретации результатов опроса.

Большинство пациенток, в той или иной степени, осведомлены о проблеме ПМС (85,6%). При этом тех, кто сам читал об этом (27,3%), оказалось больше, чем тех, кому рассказал врач (16,0%). Это косвенно свидетельствует о том, что врачи не играют активной роли в формировании отношения пациенток к ПМС, следовательно, их роль как агентов медикализации в данном случае не может быть признана решающей.

Но быть информированным и использовать эту информацию на практике – разные вещи. Поэтому мы поинтересовались у респонденток, испытывают ли они ПМС. Вопрос был задан всем респонденткам, а не только тем, кто позиционировал себя как осведомленных в проблеме, поэтому его можно рассматривать и как контрольный. По результатам опроса выяснилось, что 75,8% женщин фиксируют у себя ПМС, а 14,4% категорически отрицают. Хотя отрицание может строиться и на нежелании признать эти переживания как не соответствующие имиджу. Но, возможно, просто наши предположения о том, что неинформированные пациентки после первого вопроса задумаются о своих ощущениях и «обнаружат» у себя признаки ПМС, не подтвердились. Те, кто не знал о ПМС, не обнаруживали его у себя. В связи с возникшими при интерпретации сомнениями, мы решили проверить полученные данные, задав вопрос о тяжести протекания ПМС. Мы задавали вопрос только тем, кто признал наличие у себя ПМС. Оказалось, что больше трети пациенток переживают его, скорее, тяжело (35,6%). В целом, чуть больше половины (53,1%) квалифицируют свое состояние как тяжелое. Очевидно, что те, кто затруднился ответить, либо не чувствуют дискомфорта, либо испытывали его иногда, он был незначительным, а потому легко забывался.

Полученные данные позволили предположить, что, если подавляющее большинство пациенток испытывает ПМС, причем, больше половины из них переносят его достаточно тяжело, то это будет именно та группа, которая заинтересована в медикализации предменструального синдрома, т.е. прибегает к помощи врача, пользуется медикаментозной и

немедикаментозной терапией. Подтвердить или опровергнуть данное предположение должны были ответы на вопрос об использовании медицинской помощи при ПМС.

Этот вопрос задавался всем респонденткам, поскольку его целью было выяснить роль врача как агента медикализации ПМС, а эту роль могла отметить любая пациентка. Те, кто признал свою неинформированность в вопросе, могли вспомнить, что беседовали с врачом на данную тему. Не вспомнили. Удивительно, но результат можно интерпретировать как то, что врачи не могут повлиять на расширение медикализации через свои рекомендации пациенткам. Так, по крайней мере, выглядят результаты ответов на данный вопрос. Более того, 17,0% опрошенных признали безрезультатность обращения к врачу. Правда, 18,6% все же ответили, что советуются с врачом, но они же отметили, что пользуются своими собственными средствами для снятия неприятных ощущений. Другими словами, врач не играет решающей роли в разрешении проблемы ПМС, пациентки считают ее сугубо личной. Это можно интерпретировать как недоверие врачу, но нам представляется, что, несмотря на тяжесть своего состояния, пациентки привыкли считать его естественным из-за регулярности происходящего. А потому не относятся к нему так, как к другим своим недомоганиям и болезням.

Если оценивать ответы пациенток по критерию их установок на медикализацию ПМС, то они есть у 70,1% опрошенных, в то время как 29,9% занимают негативную позицию в этом вопросе. Но все женщины, косвенно, оценили ПМС как реальный или потенциальный предмет медицинского вмешательства, поскольку ни одна из них не признала его естественным состоянием, не требующим медицинского вмешательства.

Возникает, однако, вопрос, не является ли отказ от помощи врача результатом не физиологических, а социально-психологических переживаний у женщин, испытывающих ПМС? Возможно, они тяжелее переживают изменения в своей личной жизни в ситуации ПМС, чем

физиологические неприятности, связанные с ним? Мы попытались выяснить этот вопрос. Тех, кто не испытывает социально-психологические затруднения в связи с ПМС, оказалось явное меньшинство (29,4%). Коммуникативные проблемы возникают у 24,7%, а те или иные трудности в личной жизни испытывают 45,9% женщин. Из этого следует, что потребность в медикализации ПМС у пациенток может возникать не только из-за физического дискомфорта, но и, в не меньшей степени, из-за дискомфорта социального и психологического.

В настоящее время еще остается невыясненным вопрос о том, обостряются ли латентные психические отклонения в период ПМС, или сам синдром имеет патогенное влияние на психику, но клинически подтвержденный факт о возрастании числа психопатий в этот период у женщин находит подтверждения и в социологических опросах – пациентки сами отмечают изменения психологического климата. Но в нашем опросе они отмечали это как наличие, преимущественно, коммуникативных трудностей. Поэтому мы поставили прямой вопрос о том, что их больше беспокоит – физические или психологические отклонения от нормы. При этом физиологические симптомы перечислены были подробно, а психологические – только в трех вариантах ответов (один из них – открытый, но его не выбрал никто из опрошенных). Это сделано потому, что классифицировать физические симптомы пациенткам, как показывает практика, гораздо легче, чем фиксировать тонкости психических изменений. Интересно, что при ответе на данный вопрос никто из респонденток не затруднился с ответом, даже те, кто признал себя некомпетентным в проблеме ПМС. Видимо, в ходе опроса они получили необходимую «подсказку», которая позволила идентифицировать некоторые моменты личного опыта как признаки ПМС или его отсутствия. 35,6% респонденток отмечали психический и социальный дискомфорт (раздражительность, агрессивность, депрессия). Почему-то никто не отметил быстрой утомляемости, но, возможно, это ощущение дефрагментировано в других

ответах – боли, отеки и т.п. Из этого следует, что побудительными мотивами для медикализации ПМС у пациенток выступают, как клинические, так и психо-социальные факторы, при этом соотношение между ними можно представить, приблизительно, как 2:1.

Но какие именно варианты медикализации выбирают сами женщины? И насколько они ориентированы на медикаментозные методы помощи? Поскольку в качестве наиболее неприятных ощущений пациентки отметили болевые ощущения (64,3%), то и выбрали они, прежде всего, болеутоляющие средства (44,8%). Характерно, что второе место занимают седативные средства (25,3%). Причем, соотношение 2:1 сохранилось и здесь. При этом установки на медикализацию ПМС выявлены у 70,1% респонденток, что полностью соответствует ответам на вопрос «Прибегаете ли Вы к медицинской помощи, чтобы облегчить протекание предменструального синдрома?», где установки на медикализацию ПМС продемонстрировали те же 70,1% женщин.

Поскольку в МКБ-10 (World Health Organisation, 1992) предменструальный синдром внесен в рубрику N94-3 «Болевые и другие расстройства, связанные с женскими гениталиями и менструальным циклом» как соматическое расстройство», а в Российском варианте №94.3 как «Синдром предменструального напряжения», врачи получили возможность документально оформлять право женщины на медикализацию ПМС, т.е. выдавать листки нетрудоспособности в данной ситуации, если она имеет клинические проявления с негативными социальными или физиологическими последствиями. Другими словами, если состояние женщины снижает ее работоспособность или если характер труда усугубляет физиологическое состояние в ситуации ПМС. Но как относятся сами женщины к такой возможности легализации ПМС как заболевания? С одной стороны, можно предположить, что они рады будут получать листки нетрудоспособности каждый месяц, чтобы в самые неприятные дни своей жизни отдохнуть, побыть вдали от людей, которые их раздражают, не

испытывать лишнего напряжения на работе и т.п. Но, с другой стороны, не всякая женщина хотела бы, чтоб окружающие зафиксировали регулярность ее пребывания «на больничном» и безошибочно определяли бы, когда у нее начинается менструация. Все-таки, это настолько интимные вещи, что любой намек на них может травмировать женщину. Мы выяснили отношение пациенток к возможности получать листок нетрудоспособности в дни ПМС. Оказалось, что только пятая часть респонденток (19,1%) считает это необходимым. Но и категорических противников немного – всего 15%. Большинство же предпочитает свободу выбора в данной ситуации, считая, что возможность получить «больничный лист» для них должна существовать, но только как возможность (35%). Если учесть, что 23,7% критично относятся к выдаче листков нетрудоспособности в данный период, но допускают такую возможность для тех, кто, действительно, страдает, можно сказать, что общее число сторонников документального оформления медикализации ПМС (77,8%) , примерно, соответствует общему числу женщин, ориентированных на медикализацию ПМС.

Чтобы выделить собственно социальные компоненты переживания пациентками ПМС и определить их роль в установках на его медикализацию, мы поинтересовались их обыденными ощущениями в этот период. Четко определившаяся группа женщин, которые не страдают от ПМС, и которую мы выделили еще в начале опроса, подтвердила свои позиции – 14,4% и 13,9%. Большинство из тех, кто зафиксировал социальные неудобства при ПМС, связали их с коммуникативными трудностями, что также подтвердило полученные ранее данные. Количество тех, кто отмечал снижение работоспособности в данный период (17,5%), близко к количеству тех, кто считает обязательным выдачу листков нетрудоспособности по диагнозу «Синдром предменструального напряжения» (19,1%). Пятая часть

респонденток физиологические проблемы ПМС оценивает как социальные⁴⁷ (20,1%).

Интересно, что при ответе на вопрос «Отмечают ли окружающие изменения в Вашем поведении, настроении в период ПМС?» в два раза больше респонденток выбрали ответ «когда как», чем при ответе на вопрос о собственных социальных переживаниях ПМС. Но это означает лишь то, что женщины больше обеспокоены мнением окружающих о них, чем собственным реальным положением.

Поскольку все наши респондентки вели сексуальную жизнь, мы выяснили влияние ПМС на их ощущения. Этот вопрос, в какой-то степени, являлся проверочным, поскольку с возрастанием тяжести клинических проявлений сексуальное желание и сексуальные возможности человека, будь то мужчина или женщина, сокращаются. Следовательно, степень тяжести ПМС и мотивированность женщин к его медикализации можно косвенно выяснить по критерию их отношения к сексуальной жизни в этот период. В целом больше половины респонденток (52,3%) продемонстрировали снижение интереса к сексуальной жизни в данный период (рис.16), 41,3% отметили лечебно-профилактические особенности сексуальных отношений в предменструальный период.

Важно отметить, что ПМС как патологическое состояние устойчиво фиксируется респондентками более чем в половине ответов на все поставленные нами вопросы. Это коррелирует с их установкой на медикализацию данного синдрома. Но - преимущественно, без участия врача! Мы перепроверили данную позицию, поскольку она принципиально важна при обсуждении вопросов медикализации. В качестве наиболее желанного и надежного помощника при ПМС большинство женщин назвали любимого человека (34%), что было для нас достаточно неожиданным. Но в социально-психологическом контексте данного состояния это выглядит

⁴⁷ «Быть больным» - физиологическая оценка, «чувствовать себя больным» - социальная, так как характеризует изменения статуса в связи с самооценкой личности.

достаточно убедительно. Кроме того, сравнивая эти данные со шкалами показателей КЖ, можно понять такую позицию. Именно участие и понимание близкого человека помогает преодолеть страхи и снижение самооценки в период ПМС.

То, что 22,2% женщин надеются в этот период только на себя, соответствует ранее полученным данным и характеризует группу «самодостаточных» пациенток. Удивляет недооценка роли психолога (2,1%), но ведь система психологической поддержки женщин в данный период у нас в стране вообще не отработана, поэтому респондентки просто не знают о сущности и содержании психологической помощи. А вот то, что на помощь врача надеются только 14,4% пациенток, заставляет задуматься. Напомним что всего 18,6% женщин признали, что иногда советуются с врачом, а иногда принимают свои методы лечения. Встает вопрос: почему помощь врача в ситуации ПМС так непопулярна у женщин? Практика показывает, что большинство врачей-гинекологов являются сторонниками медикализации ПМС, хотя и ограниченной [2, с. 58-61]. Очевидно, их роль как агентов медикализации ПМС очень незначительна. Врачи никак не способствуют негативному расширению медикализации – это позитивный момент. Но они не обеспечивают и необходимый уровень медикализации, при котором можно поддерживать достаточно высокое качество жизни женщин с ПМС. Хотя вся необходимая информация и навыки у них для этого есть.

Вывод.

1. Большинство пациенток, в той или иной степени, осведомлены о проблеме ПМС (85,6%). 75,8% женщин фиксируют у себя ПМС, а 14,4% категорически отрицают. В целом, чуть больше половины (53,1%) квалифицируют свое состояние при ПМС как тяжелое.
2. Установки на медикализацию ПМС есть у 70,1% опрошенных, в то время как 29,9% занимают негативную позицию в этом вопросе. Но все женщины, косвенно, оценили ПМС как реальный или потенциальный предмет медицинского вмешательства, поскольку ни одна из них не

признала его естественным состоянием, не требующим медицинского вмешательства.

3. Побудительными мотивами для медикализации ПМС у пациенток выступают, как клинические, так и психо-социальные факторы, при этом соотношение между ними можно представить, приблизительно, как 2:1. Поскольку в качестве наиболее неприятных ощущений при ПМС пациентки отметили болевые ощущения (64,3%), то и в качестве средств помощи они выбрали, прежде всего, болеутоляющие средства (44,8%). Второе место занимают седативные средства (25,3%).
4. Общее число сторонников документального оформления ПМС (77,8%), примерно, соответствует общему числу женщин, ориентированных на его медикализацию.
5. Врачи не могут повлиять на расширение медикализации через свои рекомендации пациенткам, поскольку на помощь врача надеются только 14,4% пациенток, а 17,0% опрошенных признала безрезультатность обращения к врачу в ситуации ПМС. Следовательно, роль врачей как агентов медикализации ПМС нуждается в активизации.

Библиографический список

1. Бударин Г.Ю. Нравственная опасность медикализации.// Биоэтика. 2010. №2(6) – С. 28-30; Чахоян А.О., Костенко О.В. Влияет ли диагноз «предменструальный синдром» на расширение медикализации?//Биоэтика. 2011. №1(7) – С. 52 – 54; Михальченко Д.В., Фирсова И.А., Седов Н.Н. Социологический портрет медицинской услуги. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. 2011. – Гл. 6.

2. Атагаджиева М.С., Бармина Т.В., Курушина О.В. Гендерные сюжеты в медицинской практике// ж. «Биоэтика». - 2009. - №2 (4) – С. 58 – 61.

Я.В. Костюковский,
Социологический институт РАН, Санкт-Петербург

КОРРУПЦИЯ НЕИЗЛЕЧИМА?

Коррупцию в различных её проявлениях можно считать проблемой №1 в том смысле, без её решения принципиально невозможно решить ни одной иной социальной, экономической, политической проблемы в современной России.

В некоторых кругах принято считать, что настоящий этап развития российского общества характеризуется продолжением реформ и процессов, направленных на становление рыночной экономики, гражданского общества, правового государства, демократии. Иные круги считают, что процессы эти уже нашли свое успешное завершение. Как бы то ни было, они сопровождались и сопровождаются коллатеральными (побочными, негативными, нежелательными и непредвиденными) эффектами, характеризующимися порой как "цена" или "риски модернизации". К таким эффектам относились и относятся рост преступности и иных девиаций вместе с питающим их социальным неравенством и социальной эксклюзией [1]. В более общем плане можно говорить о кризисе существующих форм говернментализма, технологических и экологических рисках, потрясении социальных институтов, ситуации массовой растерянности, неуверенности и страха перед лицом необходимости принимать ответственность за индивидуальные решения, последствия которых не поддаются просчёту [2]. Названные эффекты создают почву для частичного ренессанса авторитарных политических установок населения, ксенофобии, национализма и трибализма как в сепаратистском, так и в великодержавно-шовинистическом их варианте. Параллельно и во взаимосвязи с этим наблюдается частичная реставрация административно-запретительного режима управления обществом. Возникает опасность становления общества, характеризуемого стихией "диких", неподвластных правовому регулированию рыночных

отношений в комбинации с авторитарным политическим режимом при деградации социальной политики, как в её отечественной патерналистской традиции, так и в традиции западноевропейской модели социального государства.

Коррупция усугубляет негативные эффекты экспансии рыночных отношений и формально-демократических элементов политического устройства в малоподготовленной для этого социальной среде. Она является важным элементом в механизме возрождения и самовоспроизводства паразитарных бюрократических структур, одновременно повышая трансакционные издержки в экономике и поглощая значительные ресурсы. Таким образом, она играет роль механизма своеобразной негативной селекции, способствуя сохранению и восстановлению негативных компонентов прежней системы и утверждению негативных же аспектов новых отношений. Она блокирует решение вопросов в любой из сфер, касается ли это предотвращения терактов, увеличения ВВП, сокращения масштабов бедности, осуществления военной реформы, реформы ЖКХ, милиции/полиции или регулирования инвестиционной деятельности.

Противодействие коррупционному произволу со стороны правоохранительных органов, объединений и ассоциаций, политических партий, ученых, публицистов, общественных деятелей и т. д. часто оказывается неэффективным либо даже приводит к результату с точностью до наоборот. Неэффективность вполне понятна, если учесть, что "борцы с коррупцией" из рядов правоохранительных органов сами весьма ей подвержены (правоохранительные органы). Другие склонны к инструментализации проблемы в собственных корпоративистских и индивидуальных интересах – партии и общественные организации. Ученые и публицисты зачастую ограничиваются морализаторски-идеологической критикой продажности чиновников. В любом случае, спорной представляется защита участников коррупционных отношений (как предпринимателей, так и чиновников) от коррупции "извне": с позиций

правоохранительной системы, науки, неправительственных и некоммерческих организаций без участия тех, кого защищают, в отрыве от их собственного восприятия данной проблемы. Следует также учесть, что криминализация коррупционных отношений дополнительно обостряет проблему. Вовлекая в сферу уголовного преследования участников таких отношений, она сужает для них возможности активной защиты своих интересов в рамках уголовного, гражданского, административного правосудия или же иным публичным образом. Однако пересмотр нормы, устанавливающей уголовную ответственность за дачу взятки, не должен означать правовой и моральной реабилитации взяткодателей. Одним из факторов, искажающих восприятие коррупции и затрудняющих противодействие ей, является несущая либеральный оттенок мифология, представляющая взяткодателей из среды бизнеса исключительно как "терпящую", взяткополучателей же как преступную сторону коррупционных интеракций. Следует чётко различать два аспекта проблемы. Один из них связан с заинтересованностью бизнесменов в установлении привилегированных отношений с бюрократами и инициативой предпринимательской стороны в установлении коррупционных отношений, созданием ею дополнительных стимулов и условий для вовлечения чиновников в такие отношения (так называемый синдром Дона Карлеоне). Второй аспект состоит в вымогательстве взяток, коррупционном произволе бюрократии. Причём административная реформа, понимаемая как снижение так называемых административных барьеров, воздействует лишь на второй компонент – на способность вымогать [3]. Понятием коррупции обозначают различные формы поведения или организации социальных отношений, не имеющие между собой ничего общего "до этого обозначения": общность состоит лишь в том или возникает лишь в результате того, что их обозначают этим понятием. Из этого не вытекает отрицания предмета исследования "коррупция", принижения его онтологического или феноменологического статуса либо растворения его в процессах коммуникации. Однако в качестве

социального феномена и предмета социального исследования коррупция конституируется именно в процессе коммуникации.

Коррупция относится к таким вещам, в отношении которых существует острый диссонанс между официальной позицией и здравым смыслом. С официальной точки зрения, это – отклонение от нормы, здравый же смысл подсказывает, что это – самая что ни на есть норма нашей жизни. «Что считать отклонением, зависит от времени и места; поведение "нормальное" при одном наборе культурных установок, будет расценено как "отклоняющееся" при другом» [4].

Характерным для сегодняшней России явлением стало формирование *коррупционных сетей*. Позволим себе длинную цитату: «От единичных разрозненных сделок коррупционеры переходят к организованным и скоординированным действиям, объединяясь в преступные сообщества, образующие коррупционные сети. В последние годы наметился переход коррупции на более высокий уровень, когда именно коррупционные сети и являются основой и наиболее сильным инструментом коррупционных сделок. Деятельность коррупционных сетей проявляется в формировании взаимосвязей и взаимозависимостей между чиновниками по вертикали управления,... а также по горизонтали на различных уровнях управления между разными ведомствами и структурами. Эти взаимосвязи и взаимозависимости направлены на систематическое совершение коррупционных сделок, как правило, с целью личного обогащения, распределения бюджетных средств в пользу структур, входящих в коррупционную сеть, повышения прибылей, их максимизации, или получения конкурентных преимуществ финансово-кредитными и коммерческими структурами, входящими в коррупционную сеть» [5]. В коррупционную сеть входят чиновники, бизнесмены, финансисты. «Руководителями коррупционных сетей часто являются самые высокопоставленные российские чиновники и политики» [5].

Коррупционные сети тесно связаны с организованной преступностью. Так, на Урале хорошо известно мощное криминальное сообщество «Уралмаш», зарегистрированное органами юстиции как «общественная организация». Эта группировка контролирует одноименное, крупнейшее в Свердловской области, машиностроительное предприятие региона. «Вокруг этих структур и формируются коррупционные сети» [5]. Средства, получаемые в результате экспорта нефти, газа, металлов, функционирования транспорта, связи, энергетики, лесного хозяйства, от оптовой торговли и финансирования оборонных заказов и Вооруженных Сил и т.д., распределяются по коррупционным сетям. В состав сетей входят группы государственных чиновников, обеспечивающих соответствующие решения; коммерческие и финансовые структуры, реализующие получаемые выгоды, льготы, доходы; силовое прикрытие («крыша») со стороны представителей органов МВД, ФСБ, прокуратуры, налоговой полиции и иных «силовики».

И еще одна длинная цитата: «Крупнейшие российские коррупционные сети выстраиваются вокруг Центрального банка РФ и некоммерческих банков, таких как Сбербанк РФ, Внешэкономбанк РФ... Крупнейшая коррупционная сеть сформировалась в системе силовых органов, включая ФСБ, МВД и Государственный таможенный комитет. Это, по-видимому, и наиболее развитая коррупционная сеть. В неё включены чиновники федерального и регионального уровней, работники таможен, складов, перевозчики, репортеры средств массовой информации и многие другие. На высшем уровне разрабатываются схемы проведения крупных операций, для чего проводятся совместные совещания, причем как полулегальные, так и нелегальные. Все российские министерства и ведомости поражены коррупцией. Крупнейшие коррупционные сети выстроены вокруг Министерства финансов РФ, Министерства экономики РФ, Мингосимущества РФ. Очень сильно коррумпированы суды, в которых можно за взятку получить любое желательное решение или не допустить

нежелательного решения. В судах всех уровней, уголовных и общей юрисдикции, действуют стандартные и всем известные расценки на выполнение тех или иных действий. Особенно коррумпированы арбитражные суды, в которые по этой причине предприниматели предпочитают не обращаться вообще... Коррупционные сети выстраиваются в России вокруг частной зарубежной финансовой и материальной помощи, строительства и реконструкции зданий и сооружений... Сети выстроены вокруг всех российских естественных монополий, таких как РАО ЕЭС и Министерство путей сообщения» [5].

Что касается упомянутых в цитате арбитражных судов, то добавим: по нашим источникам, в Санкт-Петербурге действует посредническая организация, официально зарегистрированная как консультационная, которая «регулирует» взаимоотношения между сторонами в арбитражном процессе и коррумпированными судьями. «Если у меня слушается дело в арбитраже – рассказывает наш респондент, – то я обращаюсь в эту организацию, называю дело, и мне сообщают, сколько будет стоить решение в мою пользу. Однажды мне назвали сумму, а потом, извинившись, сказали, что другая сторона уже проплатила ее, и если я хочу выиграть дело, то должен перекупить судью, предложив сумму на \$3000 больше ранее названной, поскольку судья вынужден будет возратить другой стороне полученное от нее».

В результате построения мощных коррупционных сетей на высоком и «самом высоком» уровнях, «низовая коррупция» оказалась оторванной от них и продолжает существовать за счёт поборов с населения и мелкого бизнеса.

Однако приведенные выше характеристики положения дел ставят под вопрос целесообразность самого понятия коррупции. Любое понятие – прежде всего, инструмент различения между фрагментами реальности, соотносимыми с ним или же обозначаемыми им и внешним

«немаркированным пространством». О коррупции во властных и бизнес-структурах имеет смысл говорить тогда, когда там имеет место и некоррупция. Если же вся подлежащая рассмотрению смысловая сфера практически без остатка пронизана отношениями коррупции, понятие претерпевает смысловую аннигиляцию. Мы имеем дело с институциональным порядком, состоящим из нерасчленимо взаимосвязанных легальных и нелегальных элементов. В пределах этого порядка уже невозможно выделить дискретную совокупность отношений, покрываемых понятием коррупции и в чём-либо отличных от иных отношений, находящихся во внешнем для коррупции поле.

Понимание *социальной природы* (сущности) коррупции позволяет избежать излишней политизации, «юридизации» и, в конечном счете, мифологизации проблемы. Коррупция – сложный *социальный феномен*, порождение общества и общественных отношений, одно из проявлений продажности. Социальный феномен *продажности* (от коррупции должностных лиц до брачных аферистов и проституции – в сфере политики, науки, искусства, журналистики или же – сексуальных отношений) возможен в обществе развитых товарно-денежных отношений, когда «способность всех продуктов, деятельности, отношений к обмену на нечто третье, вещное, на нечто такое, что в свою очередь может быть обменено на всё без разбора, т.е. развитие меновых стоимостей (и денежных отношений) – тождественно всеобщей продажности, коррупции» (Маркс К., Энгельс Ф.). Денежная (товарно-денежная) сущность проституции как продажности обосновывалась Г.Зиммелем. Он отмечал, что природа проституции и природа денег аналогичны, что в условиях товарно-денежных, вещных, отчуждённых отношений проституция становится символом межчеловеческих отношений. Деньги губят природу вещей одним своим прикосновением.

Тот или иной вид продажности, осознаваемый как проблема, представляет собой социальную *конструкцию* [6]. Общество определяет, что именно, где, когда, при каких условиях и с какими последствиями

рассматривается как коррупция, проституция и др. Процесс социального конструирования коррупции включает:

- наличие множества фактов продажности (взяточничества) государственных служащих и должностных лиц;
- осознание этих фактов как социальной проблемы;
- криминализацию некоторых форм коррупционной деятельности;
- реакцию политиков, правоохранительных органов, юристов, средств массовой информации, населения на коррупцию и т.п.

В рамках социологического изучения коррупции как социального института явно преобладает критическая позиция по отношению к уголовно-правовой перспективе рассмотрения коррупции [7, 8].

Об институционализации (процессе становления социальных практик регулярными и долговременными) коррупции свидетельствуют:

- выполнение ею ряда социальных *функций* – упрощение административных связей, ускорение и упрощение принятия управленческих решений, консолидация и реструктуризация отношений между социальными классами и группами, содействие экономическому развитию путем сокращения бюрократических барьеров, оптимизация экономики в условиях дефицита ресурсов и др. [9,10];
- наличие вполне определенных *субъектов* коррупционных взаимоотношений (патрон – клиент), распределение *социальных ролей* (взяткодатель, взяткополучатель, посредник);
- наличие определенных *правил игры, норм*, известных субъектам коррупционной деятельности;

- сложившийся *сленг* и *символика* (например, хорошо известный и всеми понимаемый жест потирания большим пальцем руки указательного и среднего пальцев) коррупционных действий;
- установившаяся и известная заинтересованным лицам *такса* услуг. Например, такса поборов *работниками ГАИ* была опубликована еще в 1996 г. газетой «Стрела»; в газете «Ваш тайный советник» в 2000 г. публиковались размеры взяток за поступление в *престижные вузы* Санкт-Петербурга (включая юридические). Опубликованы существующие таксы в сфере «*правоохранительной деятельности*»: плата за невозбуждение уголовного дела (\$1000 – 10000), за изменение меры пресечения с освобождением из-под стражи (\$20000-25000), за смягчение наказания (\$5000-15000), за игнорирование таможенных нарушений (\$10000-20000 или 20-25% от таможенного сбора) [11]. А вот «расценка услуг» на *высшем федеральном* уровне: стоимость назначения депутата Государственной Думы на должность председателя комитета – порядка \$30000, стоимость внесения любого законопроекта на рассмотрение Государственной Думы – около \$250000, статус помощника депутата оценивается в \$4000-5000 [5].

В рамках институциональной парадигмы наблюдается некоторый крен к фаталистическим представлениям. Основой этому служит культурологическое рассмотрение коррупции как неотъемлемого элемента национальной культуры [12]. Другой аспект обоснования непреодолимости коррупции основан на логике экономического функционализма. При этом коррупция предстает не только неизбежным злом, но и одним из механизмов, обеспечивающих функционирование современных экономических систем.

Эта точка зрения была основательно обоснована ещё в книге W. Reisman 1979 г. (русский перевод: Рейсмен 1988). Автор, ссылаясь на Г.

Мюрдаля, противопоставляет нормативной системе (она же – «система мифов») операциональный кодекс, «подсказывающий "операторам", когда, кому и какие именно "отклонения" дозволены» [13]. Впрочем, «реальное поведение отличается от той и от другой» нормативной системы [13]. Далее ссылкой на Р. Хиллса отмечается, что «взятки, растраты и щедрые вознаграждения веками являлись неотъемлемой частью коммерческой жизни» [13]. Следующий вывод Рейсмана прямо противоположен юридическому (уголовно-правовому) подходу: «Отклонение есть следствие нормативных предписаний и связанных с ними санкций. Чем больше предписаний, тем больше можно ждать отклонений» [13]. Более того, криминализация деяний, которые порицаются обществом, но которые «не страшны» господствующей власти, служит лишь успокоению общественности. «Криминализация венчает "борьбу" и все успокаиваются» [13]. Если же «борьба» и продолжается периодически, то в виде «крестовых походов» - громогласно объявленных, с популистскими лозунгами, шумом, массовыми выступлениями СМИ и – нулевым результатом (если не считать нескольких «козлов отпущения» на потеху уважаемой публике).

Ограниченность такой позиции представляется связанной с гипертрофией системного взгляда на социальную действительность в механицистской традиции системного анализа. Данные представления несут на себе отпечаток вульгарного гегельянства, рассматривая социальную реальность по принципу "всё сущее – разумно". При этом преувеличенное значение придается факту органической вплетённости коррупционных отношений в процессы социального взаимодействия, и упускается из виду конфликтность отношений между различными элементами культуры и общества. Оправданный скепсис в отношении репрессивного противодействия коррупции претерпевает не совсем оправданную расширительную трансформацию. Итогом является представление о невозможности как эффективных мер коллективного противодействия коррупции, так и нахождения альтернативных ей решений в индивидуальном

порядке. Справедливый отказ от утопической идеи полного устранения коррупции оборачивается необоснованным пессимизмом в отношении частных мер по частичному сокращению сферы коррупционных отношений.

Очевидно, что решение вопроса (проблемы) коррупции связано с отказом от идеологизации и политизации профилактических мероприятий, а с другой стороны с пониманием, а позже и осознанием тех эффектов, механизмов и способов коммуникации, которые порождаются этим социальным феноменом.

Библиографический список

1. *Boers K. Sozialer Umbruch, Modernisierungsrisiken und Kriminalitaet* / Boers, K; Gutsche, G. & Sessar, K. (Hrsg.): Sozialer Umbruch und Kriminalitaet in Deutschland, 1997. Opladen: 35-52
2. *Zizek S. Die Tuecke des Subjekts* / Frankfurt/M., 1999. Suhrkamp: 466
3. *Олейник А. Н.* Дефицит права. – Вопросы экономики 2001, 4.
4. *Гидденс Э.* Социология. – М.: Эдиториал УРСС, 1999.
5. *Гражданские инициативы и предотвращение коррупции* / Ред. А. Ю. Сунгуров, СПб.: Норма, 2000.
6. *Бергер П., Лукман Т.* Социальное конструирование реальности: Трактат по социологии знания. М.: Медиум, 1995.
7. *Бараева Н. Б.* Организованная преступность как социальный институт. Дис. канд. социологич. наук СИРАН, 2002.
8. *Кузнецов И.* Коррупция в системе государственного управления: социологическое исследование. Дис. канд. социологич. наук. СПб ГУ, 2000.
9. *Left N.* Economic Development trough Bureaucratic Corruption. // The American Behavioral Scientist VIII, 1964.
10. *Scott, J.* Comparative Political Corruption. Englewood Cliffs, 1972.

11. Коррупция и борьба с ней: Роль законодательства. Ред. М.Б. Горный. СПб.: Норма, 2000.

12. *Гилинский Я. И.* Коррупция: теория и российская реальность. – Актуальные проблемы трансформации социального пространства. СПб: Леонтьевский центр, 2004. С. 151-172

13. *Рейсмен В. М.* (1988): Скрытая ложь: Взятки: «крестовые походы» и реформы. – М.: Прогресс

М.И. Кохановская,

федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего профессионального образования «Балтийский
федеральный университет имени Имма, Калининград

СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Калининградская область — эксклавный российский регион, непосредственно граничащий со странами Евросоюза; на её сравнительно небольшой территории проживает около миллиона человек. По своим природным условиям область относится к зоне смешанных лесов; климат переходный от морского к умеренно-континентальному. Население этой «молодой» области РФ с уникальной историей было полностью сформировано в послевоенное время переселенцами из разных частей Советского Союза.

На протяжении последних десятилетий у исследователей и практиков вызывают беспокойство показатели здоровья населения региона, прежде всего, уровень заболеваемости социально обусловленными болезнями. Это и инфекции, передаваемые преимущественно половым путём, и туберкулёз.

Туберкулёз называют классическим социально обусловленным заболеванием, распространение которого связано с факторами социальной дезадаптации детей и взрослых [10]. Показатели заболеваемости населения региона туберкулёзом превышают среднероссийский уровень. С 90-х годов отмечался постоянный рост числа заболевших; тенденция изменилась лишь в последнее пятилетие. В 2006-2007 гг. средний уровень заболеваемости населения Калининградской области туберкулёзом был почти в пять раз выше, чем в 1990 г. В 2011 году региональный показатель заболеваемости туберкулёзом составил 79,6 при среднем для РФ 66,7 на 100 тысяч населения.

При этом наиболее неблагоприятная ситуация отмечалась в Славском (138,5) и Краснознаменском (136,4) муниципальных районах области [1].

На протяжении длительного периода регистрировался высокий уровень заболеваемости туберкулёзом и среди детского населения региона. В 2006 году он составил 67,4 случая на 100 тысяч населения при среднем для РФ показателе 16,1 на 100 тысяч. В 2011 году уровень заболеваемости туберкулёзом детей достиг отметки 27,4. В целом эпидемическая ситуация по туберкулёзу среди детского населения в Калининградской области в 2011 году характеризовалась как тяжёлая; отмечено, что чаще всего заболевали дети из контакта [2].

Как для взрослых, так и для детей в Калининградской области отмечается значительное превышение заболеваемости туберкулёзом сельского населения по сравнению с городским. Особенно большая разница фиксировалась в 2007 году (111,7 для городского и 207,6 для сельского населения); для 2011 года эти показатели составили 72,4 и 103,0 на 100 тысяч соответственно. В 2010 году смертность населения региона от туберкулёза достигала 9,5 на 100 000 в городе и была почти в три раза ниже аналогичного показателя, рассчитанного для сельской местности (26,1).

Уровень смертности от туберкулёза составил 13,3 в 2010 и 10,4 на 100 тысяч населения в 2011 годах. Сравнение показателей смертности от туберкулёза показывает значительную разницу для женщин и мужчин. Стоит отметить, что значительное (девятикратное) превышение показателя смертности от туберкулёза мужчин характерно и для относительно благополучного с точки зрения организации фтизиатрической службы 1990 года. Как известно, такая закономерность характерна для Российской Федерации в целом - у мужчин риск заболеть туберкулёзом в два с половиной раза выше [12].

В 2012 году заболеваемость туберкулёзом населения региона составила 70,5 на 100 тысяч, детей от 0 до 14 лет – 27,9, детей 15-17 лет – 25,5. Смертность от туберкулёза в 2012 году была зафиксирована на уровне 8,0 [8].

При этом средние показатели для Российской Федерации зарегистрированы на следующем уровне: общая заболеваемость – 68,1, заболеваемость детей от 0 до 14 лет - 16,6, от 15 до 17 лет - 32,1, общая смертность – 12,5 [9]. Таким образом, ситуация в Калининградской области остаётся неблагоприятной, особенно в связи с заболеваемостью детей.

Распространение туберкулёза в регионе связано с действием различных факторов, ряд которых характерен для всей РФ – общая социально-экономическая напряжённость, миграционные потоки, в том числе из неблагополучных по туберкулёзу регионов, распространение туберкулёза с МЛУ в учреждениях пенитенциарной системы, сочетанная ВИЧ-инфекция и другие. Так, сопряжённый анализ уровня заболеваемости туберкулёзом населения и обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями (на 10 тыс.) по муниципалитетам Калининградской области не показал однозначной связи. Так, для 1999 года коэффициент корреляции этих показателей составил 0,75, для 2009 года – 0,05. (Аналогичный расчёт коэффициента корреляции для значений младенческой смертности на 1000 родившихся живыми и обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями дал близкие результаты для 1999 и 2009 годов – 0,34 и 0,38 соответственно).

Безусловно, одним из факторов, сдерживающих распространение социально обусловленных болезней, является просвещение граждан. Именно образование всегда считалось неотъемлемой частью программ снижения заболеваемости ВИЧ, гепатитами, передаваемыми половым путём инфекциями.

Отметим, что и заболеваемость рядом других заболеваний, в том числе природно-очаговых, также требует повышения грамотности населения, формирования навыков правильного поведения. Этот тезис хорошо иллюстрирует динамика заболеваемости населения Калининградской области клещевым боррелиозом (болезнью Лайма). В 2012 году был зарегистрирован 1551 случай укусов клещей, общая заболеваемость

болезнью Лайма составила 7, 1 на 100 тысяч населения [1]. Учёные признают, что неспецифическая профилактика в условиях роста численности клещей и изменений в структуре заболеваемости обязательно должна включать образовательный компонент [11].

На сегодняшний день образованием в области профилактики социально обусловленных болезней занимаются учреждения здравоохранения, в том числе Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области. Центр работает с разными целевыми группами, в том числе предлагает свои методические разработки по профилактике туберкулёза (например, тексты для диктантов) специалистам общеобразовательных школ.

Действительно, центральная роль в формировании системных представлений о здоровье традиционно отводится школе. Федеральные нормативные документы, в том числе федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) начального общего образования (введён Приказом Минобрнауки РФ от 6 октября 2009 г. N 373), предписывают включать в образовательные программы для начальной школы разделы, связанные с формированием культуры здорового и безопасного образа жизни. В результате у школьника должны развиваться знания, установки, личностные ориентиры и нормы поведения, обеспечивающие сохранение и укрепление физического, психологического и социального здоровья. Такая программа формирует заинтересованное отношение к собственному здоровью, установку на использование здорового питания, знания факторов риска здоровью, потребность безбоязненно обращаться к врачу, должна развивать готовность самостоятельно поддерживать свое здоровье. В качестве одной из черт «портрета выпускника начальной школы» стандарт называет такую: «выполняющий правила здорового и безопасного для себя и окружающих образа жизни». В итоге выпускник четвёртого класса должен благодаря изучению курса «Окружающий мир» осознавать нормы здоровьесберегающего поведения в природной и социальной среде, после

освоения программы по физической культуре должен уметь организовывать здоровьесберегающую жизнедеятельность, систематически наблюдать за своим физическим состоянием.

Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования утверждён приказом Минобрнауки РФ от 17 декабря 2010 г. № 1897. Он расширяет элементы формирования здорового образа жизни, зафиксированные в стандарте начального образования. Выпускник основной школы – «осознанно выполняющий правила здорового и экологически целесообразного образа жизни, безопасного для человека и окружающей его среды». Личностные результаты освоения основной образовательной программы основного общего образования включают формирование ценности здорового и безопасного образа жизни; усвоение правил безопасного поведения в ситуациях, угрожающих жизни и здоровью людей.

Знания, связанные с сохранением здоровья и здоровым образом жизни, должны, по замыслу стандарта, формироваться в разных предметных областях. Так, предметная область «Естественно-научные предметы» поможет овладеть экосистемной познавательной моделью и применять её в целях прогноза экологических рисков для здоровья людей и безопасности жизни. На уроках физики, в частности, обучающиеся научатся планировать в повседневной жизни свои действия с применением полученных знаний законов механики, электродинамики, термодинамики и тепловых явлений с целью сбережения здоровья. Биология обеспечит формирование способности оценивать влияние факторов риска на здоровье человека; выбирать целевые и смысловые установки в своих действиях и поступках по отношению к здоровью своему и окружающих, а также освоить приёмы оказания первой помощи, рациональной организации труда и отдыха. Научиться анализировать и планировать экологически безопасное поведение в целях сохранения здоровья и окружающей среды также поможет освоение курса химии. Предметная область «Физическая культура и основы безопасности

жизнедеятельности» обеспечит формирование и развитие установок активного, здорового и безопасного образа жизни.

Стандарт основного общего образования требует от школ разрабатывать отдельный раздел основной образовательной программы - программу воспитания и социализации обучающихся, которая прописывала бы в том числе вопросы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни. Такая программа будет нацелена на формирование и развитие знаний, установок, личностных ориентиров и норм здорового и безопасного образа жизни, сохранение и укрепление физического, психологического и социального здоровья обучающихся. В итоге её освоения ученик/ученица осознаёт ценности здорового и безопасного образа жизни; осознанно относится к своему выбору рациона питания, понимает современные угрозы для жизни и здоровья людей, владеет современными оздоровительными технологиями.

Далее, согласно принципу преемственности, идеи сохранения здоровья развивает федеральный государственный образовательный стандарт среднего (полного) общего образования (утверждён приказом Минобрнауки РФ от 17 мая 2012 года № 413). Описывая выпускника средней школы, этот документ называет его «осознанно выполняющим и пропагандирующим правила здорового, безопасного и экологически целесообразного образа жизни».

Среди личностных результатов освоения основной образовательной программы - принятие и реализация ценностей здорового и безопасного образа жизни, потребности в физическом самосовершенствовании, занятиях спортивно-оздоровительной деятельностью, неприятие вредных привычек; бережное, ответственное, компетентное отношение к физическому и психологическому здоровью, как собственному, так и других людей, умение оказывать первую помощь.

Предметные результаты, зафиксированные стандартом полного общего образования, также включают связанные с сохранением здоровья аспекты. Так, в итоге освоения предметной области «Естествознание» ученик/ученица

должны иметь сформированные умения применять естественно-научные знания для сохранения здоровья; изучение предметов «Физическая культура», «Экология» и «Основы безопасности жизнедеятельности» должно помочь в становлении навыков здорового, безопасного и экологически целесообразного образа жизни. Физической культуре как предмету традиционно отводится особое место в системе воспитания школьников в сфере сохранения здоровья. Новый стандарт предполагает, что обучающиеся после освоения этого курса смогут использовать разнообразные формы и виды физкультурной деятельности для организации здорового образа жизни, овладеют современными технологиями укрепления и сохранения здоровья, поддержания работоспособности, предупреждения заболеваний, связанных с учебной и производственной деятельностью, основными способами самоконтроля индивидуальных показателей здоровья и физического развития. Интегрированный учебный предмет «Экология» поможет дать знания экологических императивов, гражданских прав и обязанностей в области энерго- и ресурсосбережения в интересах сохранения окружающей среды, здоровья и безопасности жизни, а «Основы безопасности жизнедеятельности» - представления о здоровом образе жизни как о средстве обеспечения духовного, физического и социального благополучия личности и знание факторов, негативно воздействующих на здоровье человека.

Стандарт среднего (полного) образования также требует в рамках основной образовательной программы школы разрабатывать отдельный раздел - программу воспитания и социализации обучающихся, которая бы наряду с духовно-нравственным развитием, воспитанием, социализацией и профессиональной ориентацией рассматривала бы формирование экологической культуры, культуры здорового и безопасного образа жизни.

Аналогично требованиям стандарта основного общего образования, в старшей школе программа воспитания и социализации обучающихся строится на основе базовых национальных ценностей российского общества, в том числе ценности здоровья. Такая программа, в частности, описывает

формы, методы и планируемые результаты по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни.

Все рассматриваемые ФГОС говорят об образовательной среде, способствующей сохранению и укреплению физического и психологического здоровья обучающихся, о материально-технических условиях, обеспечивающих соблюдение санитарно-гигиенических норм, требований к санитарно-бытовым и социально-бытовым условиям, требований охраны здоровья обучающихся. В качестве своей методологической основы новые стандарты называют системно-деятельностный подход, подразумевающий построение образовательного процесса с учётом особенностей здоровья школьников. (Безусловно, имеются иные документы, связанные со сферой охраны здоровья обучающихся, например, «Федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников», разработанные сотрудниками Института возрастной физиологии РАО методические рекомендации «Формирование культуры здорового питания обучающихся, воспитанников», рассматривающие отдельные аспекты здоровьесбережения).

Концепция стандарта едина для всех регионов. Но сегодня школа имеет определённую автономию в формировании части своей основной образовательной программы. Образовательное учреждение, учитывающее специфику населённого пункта, социума, запросы учеников и родителей, будет гибко реагировать на новые вызовы. Именно таким вызовом в условиях Калининградской области является динамика социально обусловленной заболеваемости на уровне региона, города, посёлка. Это значит, что в ходе реализации федеральных государственных образовательных стандартов конкретная школа в свою программу воспитания, социализации, формирования здорового образа жизни может и должна включать направления работы и мероприятия, служащие неспецифической профилактике социально обусловленных болезней.

Библиографический список

1. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Калининградской области в 2011 году». Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Калининградской области и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Калининградской области». Калининград, 2012. 454 с.

2. Исаева Н.Ю., Майорова О.А., Галкин В.Б., Арчакова Л.И. Современные особенности эпидемиологии туберкулёза у детей Северо-Запада России // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т.7, № 2. С. 518-522.

3. Письмо Министерства образования и науки РФ от 12 апреля 2012 г. N 06-731 «О формировании культуры здорового питания обучающихся, воспитанников».

4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 6 октября 2009 г. N 373 "Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования".

5. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17 декабря 2010 г. № 1897 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования»

6. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17 мая 2012 года № 413 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего (полного) общего образования».

7. Приказ Министерства образования и науки РФ от 28 декабря 2010 г. N 2106 "Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников".

8. Ситуация по туберкулёзу в Северо-Западном Федеральном Округе в 2012 году. URL:

<http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/2012_tvs_2_severo-zapadnyy_fo.pdf>

9. Ситуация по туберкулёзу и работе противотуберкулёзной службы Российской Федерации в 2012 году. URL: <http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/tv_2012.pdf>

10. Скачкова Е.И., Кучерявая Д.А. Оценка социальной дезадаптации как фактора риска развития туберкулеза // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». №2 2008 (6). URL: <<http://vestnik.mednet.ru/content/view/63/30/>>

11. Токаревич Н.К., Тронин А.А., Селюк В.Н., Груничева Т.П., Бабура Е.А. Эколого-эпидемиологическая характеристика клещевого энцефалита и иксодовых клещевых боррелиозов (болезни Лайма) в Калининградской области // Инфекция и иммунитет. 2011, Т. 1, № 4. С.319–330.

12. Туберкулёз в Российской Федерации. 2010 г. Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулёзу, используемых в Российской Федерации / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. М., 2011.

Е.А. Кошкина, Е.Н. Бобков, В.В. Киржанова,

ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава, Москва

ПОТРЕБИТЕЛИ КОНОПЛИ: ОСОБЕННОСТИ МОСКОВСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Введение

Препараты конопли (далее – ПК) продолжают оставаться самыми употребляемыми наркотиками как во всём мире, так и в нашей стране. Согласно одному из последних исследований, проведённому в трёх регионах России в 2009 году, доля респондентов, употреблявших каннабис (марихуану или гашиш) хотя бы раз в жизни, составила 15,8% всей выборки [4]. По мнению авторов, высокая распространённость употребления ПК по сравнению с другими наркотиками является отражением общемировых моделей употребления различных наркотических средств. Эксперты УНП ООН оценивают распространённость употребления каннабиса в России в 3,5% населения в возрасте 15-64 лет, что более чем в 2 раза выше распространённости употребления опиоидов (1,64%) [1].

Распространённость употребления ПК наиболее высока среди лиц молодого возраста и учащейся молодёжи. По данным Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам за 2011 год (ESPAD-2011), наибольшую долю среди школьников 15-16 лет, имевших опыт употребления наркотиков, составили лица, пробовавшие препараты конопли хотя бы раз в жизни (15% учащихся московских школ), при этом 3,7% всех подростков-школьников употребляли их неоднократно (более 10 раз) [5].

Опрос, проведённый в апреле 2011 года в 16 вузах города Москвы, показал, что из 1 200 опрошенных студентов 1-5 курсов в возрасте от 17 до 25 лет, почти 25% опрошенных студентов хотя бы раз в жизни пробовали какой-либо наркотик (в основном это гашиш или марихуана). При этом 9% студентов употребляют наркотики регулярно – примерно один раз в месяц

или чаще [9]. Исследователи установили, что эта группа на 80% состоит из мужчин в возрасте от 23 до 25 лет. Среди них выше процент тех, кто полагает, что марихуана менее вредна, чем алкоголь и никотин, а «легкие» наркотики вообще безвредны.

Учитывая широкое распространение употребления каннабиса среди населения, особенно среди молодежи, его значимость в формировании наркотической субкультуры, следует признать актуальным изучение социально-демографических характеристик потребителей ПК, а также качественных и количественных показателей, характеризующих употребление ПК.

Материал и методы исследования

Исследование проведено с применением эпидемиологического, социологического и статистического методов. При опросе респондентов использовалось сочетание методов стандартизованного интервью и индивидуального анкетирования.

Инструментом исследования послужила анкета, разработанная Европейским центром исследований и разработки стратегий в сфере социальной политики (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna).

Основным критерием отбора респондентов являлось активное и регулярное употребление ими природных каннабиноидов (марихуаны или/и гашиша) с частотой не реже 2-х раз в месяц на протяжении как минимум последних 6 месяцев перед проведением опроса. Дополнительным критерием являлось постоянное проживание опрашиваемых в г. Москве или ближайших пригородах на протяжении полугода.

Особенности формирования выборки

Выборка формировалась исходя из «принципа доступности» респондентов. Как следует из названия, в этом случае проводится набор доступных единиц исследования, удовлетворяющих критериям отбора.

Выборка доступных случаев является одной из главных разновидностей так называемой целевой или направленной выборки. Такая выборка относится к классу неслучайного (невероятностного) типа выборки. Применение её рекомендовано при изучении специфических популяций, «находящихся вне сферы институционального контроля» [3]. Иначе их определяют как труднодоступные группы. К числу таковых относят потребителей наркотических средств, не обращающихся за лечением (так называемая «скрытая» популяция) [6; 10].

При наборе респондентов был использован метод снежного кома [3; 6; 10], при этом выборка формировалась по цепочке рекомендаций, пока не был достигнут её требуемый объём.

Самым сложным моментом оказался этап рекрутирования так называемых «первичных» или «исходных» респондентов, которые помимо того, что сами принимают участие в опросе, ещё должны предоставить контакты своих знакомых-потребителей. В некоторых случаях на первичных респондентов удалось выйти только с помощью так называемых «ключевых информаторов». Их поиск осуществлялся в кругу друзей и знакомых интервьюеров. Данные "первичными" респондентами рекомендации позволили опросить представителей целевой группы второй волны и далее по цепочке, имевшей в ряде случаев три, четыре и более волн.

Следует признать, что в ряде случаев наблюдались ложности при установлении контактов с респондентами. Отмечался первоначальный барьер, что выразилось в малом проценте ответов на один из первых вопросов – о национальности. Однако по мере продолжения интервьюирования психологический барьер между интервьюером и интервьюируемым преодолевался степень доверия возрастала. Это выразилось в том, что в последующих вопросах удельный вес ответов приближался к 100 процентам. Исключение составляют вопросы о нелегальных источниках дохода, наркоторговле и т.п., на которые были получены, по нашему мнению, заведомо менее достоверные ответы. В

остальном анкетирование проходило без каких-либо проблем или недопонимания со стороны респондентов. Прямые отказы от участия были единичными.

Определенные трудности были связаны со сложностью расчётов среднесуточных количеств употреблявшихся респондентами наркотиков. В первую очередь это касалось препаратов каннабиса: респонденты часто затруднялись указать весовые количества в граммах и, вместо этого, давали значения дозировок, выраженные в местных единицах измерения («плюшки», «косяки», «коробки» и т.д.). В связи с этим возникал вопрос необходимости пересчёта из этих местных единиц измерения количества употреблявшихся респондентами наркотиков (в типичный день употребления) в их весовой эквивалент, выраженный в граммах. Для этого интервьюеры расспрашивали потребителей ПК о том, каков весовой эквивалент местных единиц измерения. После сопоставления полученных данных были выработаны коэффициенты пересчёта. Например, для пересчёта из «косяков» в граммы принимались коэффициенты от 0,8 до 1 (разные интервьюеры предлагали в примечаниях к заполненным анкетам разные коэффициенты). Таким образом, 1 выкуренный «косяк» был эквивалентен 0,8-1 грамму марихуаны. Значение «1 коробок» принималось равным 4 граммам травы конопли, таким образом, мы могли перевести в граммы значения «1/2 коробка» или «1/4 корабля» и т.д.

Следует подчеркнуть, что хотя отсутствие процедуры прямого измерения потребляемых респондентами наркотиков (путём взвешивания) существенно снижает точность сведений, проведение таких процедур в ходе опроса респондентов в полевых условиях практически невозможно.

Место и время проведения интервьюирования

Опрос осуществляли сотрудники отделения эпидемиологии ННЦ наркологии. В подавляющем большинстве случаев опрос респондентов проводился на квартирах (82,5%), а также на вечеринках, дискотеках

(городских и выездных) или в кафе, барах и т.п. – 12,3% опрошенных. В остальных случаях, составивших 5,2%, опрос проходил в различных общественных местах – в парках, на площадях, улицах или по месту работы респондентов. Процесс сбора информации осуществлялся в Москве в июле-августе 2010 года. Период проведения интервьюирования определил относительно небольшую долю учащейся молодёжи в данном исследовании, поскольку совпадал по времени со студенческими каникулами. В результате, выборка, скорее всего, оказалась смещённой в сторону более старшей возрастной группы.

Всего было опрошено 144 респондента. 15 анкет было исключено из дальнейшего анализа ввиду несоответствия критериям отбора. Таким образом, в итоге, была сформирована выборка, включившая в себя 129 потребителей ПК.

Статистические методы обработки

Ввод данных осуществлялся в программе MS Excel. После формирования базы данных она была импортирована в программу SPSS, в которой проводилась статистическая обработка данных с использованием методов описательной статистики, включая расчёт средних значений (среднее арифметическое, медиана, мода), величин стандартных отклонений [2]. Также применялся метод статистической группировки данных [7].

Результаты исследования

Социально-демографическая характеристика респондентов

Мужчины составили большинство исследуемой группы – 69% (89 человек из 129 респондентов). На долю женщин пришлась почти треть группы 31% (40 человек).

Таблица 1

Распределение респондентов по полу и возрасту

Возрастные группы	Число респондентов (доля, %)			Соотношение М : Ж
	Оба пола	Муж.	Жен.	
17-19 лет	7 (5,4%)	4 (57,1%)	3 (42,9%)	1,3 : 1

20-29	71 (55,0%)	48 (67,6%)	23 (32,4%)	2,1 : 1
30-39	45 (34,9%)	31 (68,9%)	14 (31,1%)	2,2 : 1
40 лет и старше	6 (4,7%)	6 (100,0%)	(0,0%)	–
ВСЕГО:	129 (100%)	89 (69,0%)	40 (31,0%)	2,2 : 1

Возраст респондентов варьировал от 17 до 51 года. Средний возраст – 28,4 года, медиана и мода – 28 лет. Более половины опрошенных (60%) – это молодые люди в возрасте 17-29 лет. Вторая по представительству возрастная группа – лица среднего возраста от 30 до 39 лет – 35% (табл. 1). Таким образом, подавляющее большинство респондентов можно отнести к наиболее трудоспособным возрастным группам, которые в сумме составили 95% выборки.

Доля респондентов, не указавших своей национальной принадлежности, велика и составила почти половину опрошенных (63 человека или 49%). Таким образом, лишь половина опрошенных (66 респондентов, т.е. 51%) указала свою национальность. Если эту группу ответивших принять за 100%, тогда распределение опрошенных по национальному признаку будет следующим. Подавляющее большинство опрошенных являются русскими (59 из 66 респондентов или 88%), а на долю всех остальных национальностей приходится 12%. Среди других национальностей фигурировали евреи, украинец, а также цыганка, калмык, узбек.

Обращает на себя внимание высокий уровень образования респондентов: законченное и незаконченное высшее образование имели 75%; специальное профессиональное образование – 19% ; полное среднее образование – 6%. Более половины опрошенных (54%) на момент исследования проживало отдельно от родственников в собственной или съёмной квартире. Жили совместно с родителями, родственниками или у друзей около половины группы (45%). Назвал себя бездомным лишь один респондент (1%).

На момент проведения опроса 41% опрошенных имели полную занятость. Ещё 20,5% были частично заняты (варианты ответов – «частичная занятость» или «фрилансер»). Доля учащихся составила 16,5%; безработных – 9%. Довольно значительной была доля тех, кто указал «иное» в графе о своей занятости – 13% (17 человек). Среди них причислили себя к предпринимателям – 7 человек (5,5% респондентов); указали, что занимаются «творчеством», «живописью» или являются музыкантами – 8 респондентов (6% от всех опрошенных); были домохозяйками – 2 женщины (1,6%).

О наличии регулярного источника доходов сообщили 74% опрошенных. Доля лиц, не имевших регулярного источника доходов, составила, соответственно, 26%.

Подавляющее большинство опрошенных, по их собственному признанию, имели легальные источники дохода – 97%, в том числе 75% респондентов жили за счёт собственных заработков, 16% – за счёт поддержки семьи и 2% – за счёт социальной помощи (включая получение стипендии за обучение). Получали доходы из других легальных источников – 4% опрошенных.

Получали доход из нелегальных источников 4 человека (3% опрошенных) (проституция – 1, торговля наркотиками – 1, другие незаконные источники – 2).

Характеристика употребления наркотиков

Стаж регулярного употребления наркотиков респондентами варьировал от 1 года до 33 лет. При этом 84% респондентов имели стаж наркотизации 5 лет и более. Доля регулярно употребляющих наркотики в течении 10 лет и более составила 45%, а со стажем менее 3-х лет – всего 6% группы.

Средний стаж регулярного употребления наркотиков составил 10 ± 6 года (медиана – 8 лет, мода – 7 лет).

В среднем потребитель ПК начинал регулярное употребление наркотиков в возрасте $18,6 \pm 4,5$ года (т.е. в возрасте от 14 до 21 года). Большинство респондентов (63,5%) приступили к регулярному употреблению наркотиков (УН) в возрасте до 20 лет. Из них 1/4 опрошенных (24%) приступила к регулярному УН в возрасте 10-15 лет.

Качественная характеристика употребления наркотиков

Основным наркотиком (наркотиком «первого выбора») для респондентов обследованной группы являются каннабиноиды природного происхождения. Употребление ПК включает в себя употребление травы конопли (марихуаны) или смолы каннабиса (гашиша). Тот или иной вид ПК употребляли все респонденты изученной группы как за последний год, так и за последний месяц (100%). При этом употребление смолы каннабиса имеет среди них более широкое распространение по сравнению с марихуаной: так, за последний месяц употребляли гашиш 84% группы, а марихуану курили 64%; за последний год – 88% и 74% респондентов соответственно. Большинство потребителей ПК (81 человек или 63%) употребляли оба препарата каннабиса (как марихуану, так и гашиш) на протяжении последнего года.

Таблица 2

Распространённость употребления различных ПАВ среди респондентов исследованной группы, абсолютные значения и удельный вес

Виды наркотиков	Употребление в течении:		
	последнего месяца	последнего года	жизни
Гашиш	108 (83,7%)	114 (88,4%)	129 (100,0%)
марихуана	82 (63,6%)	95 (73,6%)	129 (100,0%)
<i>Марихуана или гашиш</i>	<i>129 (100,0%)</i>	<i>129 (100,0%)</i>	<i>129 (100,0%)</i>
<i>марихуана и гашиш</i>	<i>61 (47,3%)</i>	<i>81 (62,8%)</i>	–
амфетамин	15 (13,8%)	51 (39,5%)	90 (69,8%)
экстази	7 (5,4%)	26 (20,2%)	81 (62,8%)
крэк	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)
кокаин	5 (3,9%)	16 (12,4%)	54 (41,9%)
героин	0 (0,0%)	0 (0,0%)	27 (20,9%)
метадон	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)
другие опиаты *	0 (0,0%)	2 (1,6%)	17 (13,2%)
<i>Опиаты, суммарно</i>	<i>0 (0,0%)</i>	<i>2 (1,6%)</i>	<i>32 (24,8%)</i>

ЛСД и ДОБ **	14 (10,9%)	45 (35,9%)	68 (52,8%)
другие фенилэтиламины и триптамины ***	1 (0,8%)	5 (3,9%)	6 (4,7%)
мескалин	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)
псилоцибиновые грибы	4 (3,1%)	29 (22,5%)	47 (36,4%)
Галлюциногены, суммарно	19 (14,7%)	79 (62,2%)	123 (95,3%)
оксибутират	0 (0,0%)	1 (0,8%)	5 (3,9%)
кетамин	0 (0,0%)	2 (1,6%)	9 (8,6%)
аптечные препараты	3 (2,3%)	9 (8,6%)	10 (7,8%)
алкоголь	97 (75,2%)	106 (82,2%)	121 (93,8%)

Примечания. * – опий-сырец, мак (соломка, чай), опий в составе гашиша и «чёрная»;

** – психоделик фенилэтиламинового класса, часто продающийся под видом ЛСД;

*** – включая 2-cb, 2-ci, 2-bom-2cb, ДМТ.

Среди потребителей ПК, наряду с употреблением основного наркотика, наблюдалась высокая распространённость употребления других наркотических веществ, которые можно определить как наркотики «второго выбора». Самым популярным наркотиком «второго выбора» в обследованной группе является амфетамин: 40% опрошенных употребляли его в течение последнего года (14% в течении последнего месяца). На втором ранговом месте – ЛСД (33% за год или 11% за последний месяц). На третьем – употребление экстази. В течение последнего года экстази употребляли 20% респондентов (5% в течение последнего месяца). Распространённость употребления кокаина респондентами исследованной группы составила 12% за год, и 4% за месяц (4-ое ранговое место среди наркотиков «второго выбора»). Существенно реже респонденты данной группы употребляли препараты опийного ряда, кетамин и оксибутират (табл. 2).

Следует отметить, что в изученной группе потребителей ПК оказалась высокой доля лиц, которые ранее (более года назад) экспериментировали с опиатами – 25%. Также наблюдался повышенный интерес респондентов к галлюциногенам: 95% опрошенных когда-либо в жизни пробовали те или иные галлюциногены (табл. 2).

Сочетанное употребление наркотиков

Модель поведения, включающая употребление наркотиков разных химических групп, была характерна для большинства респондентов данной

группы – 61% группы или 79 человек. В 39% случаев (50 респондентов) отмечалось употребление исключительно ПК.

Изучение подгруппы респондентов, употреблявших только препараты каннабиса (50 человек), показало, что предпочитали курить марихуану в течение последнего года 18% (9 респондентов); курили только гашиш 40% этой подгруппы (20 респондентов); оставшиеся 42% (21 человек) чередовали употребление травы и смолы каннабиса в течение последнего года.

Респонденты, практиковавшие сочетанное употребление наркотиков, использовали от 2-х до 7-ми наркотиков разных химических групп за последний год: при этом два вида наркотиков употребляли 22% респондентов; 3-4 наркотика – 29%; 5-7 наркотиков – 10%.

28 человек из всей выборки сочетали два разных наркотика в следующих комбинациях: «препараты конопли + амфетамин» (16 респондентов); «препараты конопли + кокаин» (5 человек); «препараты конопли + экстази» (4 человека) и «препараты конопли + псилоцибиновые грибы» (3 человека). Комбинации «препаратов конопли» с другими наркотиками были отмечены в оставшихся 11% случаев (3 респондента).

Таким образом, всё разнообразие употреблявшихся респондентами наркотических средств «второго выбора» может быть сведено к двум основным группам: стимуляторам и галлюциногенам. При этом наиболее часто употребление каннабиса сочеталось с употреблением как стимуляторов, так и галлюциногенов – в 43% случаев (34 человека из 79 респондентов).

Способы употребления

Для препаратов конопли преобладающим является курение (99,2%). Лишь один респондент при последнем употреблении гашиша принимал его внутрь – (0,8%). Кокаин употребляется методом «вдыхания через нос» (100%). Для амфетамина интраназальный путь введения является преобладающим (76% группы), а экстази, как правило, принимают внутрь (в

88% случаев). ЛСД и псилоцибиновые грибы употребляются исключительно внутрь.

Что касается инъекционного пути употребления, то, хотя, мы постарались исключить из выборки инъекционных наркоманов, в ней всё же оказалось 3 респондента, допускавших таковое. Один из них употреблял инъекционно экстази (3 раза за последний месяц), другой – кетамин (более месяца назад), а третий – буторфанол (8 раз за последний месяц).

Что касается опиатов, то в нашей выборке оказалось 2 респондента, которые употребляли наркотики этой группы, но не инъекционным способом. Один респондент курил гашиш с опиумом, другой – пил чай из вытяжки мака. Препараты мака употреблялись ими эпизодически (в обоих случаях более месяца назад).

Количественные характеристики употребления наркотических средств имеют важное значение для оценки моделей поведения, связанных с наркопотреблением. К ним относят частоту употребления наркотиков, количество употребляемого наркотика, а также расходы на наркотики.

Суточные дозы. Проведённый анализ показал, что типичная среднесуточная доза марихуаны составляет 0,9 г, а гашиша – 0,5 г. Суточные дозы наркотиков приведены в табл. 3.

Обращает на себя внимание большой разброс значений среднесуточных доз употребляемых респондентами запрещённых ПАВ, о чём свидетельствуют большие величины среднеквадратичных отклонений и чрезвычайно широкий размах колебаний между минимальными и максимальными значениями (табл. 3). Так, верхняя граница ежесуточно употребляемой марихуаны превышает нижнюю границу в 70 раз. Соотношение по гашишу – 57 раз; по кокаину – 30 раз. Для амфетамина разрыв между минимальным и максимальным значением суточного потребления составляет 300 раз. Минимальное расхождение установлено по грибам – 3 раза и ЛСД – 4 раза.

Таблица 3

Типичные среднесуточные дозы употребления наркотических средств

Вид наркотика	N	Сред. знач. $\pm$ $\pm$ станд. откл.	Разброс значений (min – max)	Медиана	Мода
<i>Наркотики первого выбора:</i>					
маришуана, г	57	0,9 $\pm$ 0,8	0,05 – 3,5	0,75	1
гашиш, г	103	0,5 $\pm$ 0,4	0,04 – 2,0	0,3	0,5
<i>Наркотики второго выбора:</i>					
амфетамин, г	34	0,5 $\pm$ 0,6	0,01 – 3,0	0,3	0,1
экстази (в табл.)	16	1,4 $\pm$ 1,3	0,5 – 5	1	1
кокаин, г	13	1,0 $\pm$ 0,9	0,1 – 3,0	0,5	0,2
ЛСД (дозы)	27	1,5 $\pm$ 0,8	1 – 4	1	1
псилоцибин. грибы (шт.)	14	34 $\pm$ 11	20 – 62	30	30

Нами были рассчитаны также среднемесячные количества употребляемых респондентами наркотиков исходя из средних суточных доз и количества дней употребления данного наркотика в течение месяца. За месяц, в среднем, каждый потребитель ПК выкуривает 14,4 г марихуаны и гашиша совокупно. Респонденты, которые употребляют амфетамин, расходуют его в среднем по 2,1 г/месяц.

Анализ распределения респондентов по количеству потребляемых в месяц каннабиноидов (без разделения на марихуану и гашиш) показал, что группа является неоднородной: пятая часть выборки (19,6% – 20 респондентов) употребляет в месяц не более 2 г, т.е. относительно небольшое количество наркотиков. При этом существует подгруппа респондентов (тоже 19,6%), которые употребляют в течение месяца более 19 г (табл. 4).

Таблица 4

Среднемесячные количества употребляемых респондентами наркотиков

Вид наркотика	N	Сред. знач. $\pm$ $\pm$ станд. откл.	Разброс значений (min – max)	Медиана	Мода
Марихуана, г	55	14,5 $\pm$ 22,4	0,05 – 105,0	8	15
Гашиш, г	61	11,0 $\pm$ 12,2	0,2 – 60,0	5,8	15
Препараты конопли, г	102	14,4 $\pm$ 18,7	0,3 – 105,0	9	15
Амфетамин, г	14	2,1 $\pm$ 2,9	0,03 – 10,0	0,8	0,1
Кокаин, г	4	6,8 $\pm$ 6,6	1,0 – 15,0	5,5	–

Частота употребления наркотических средств в месяц.

Частота употребления различных наркотических средств в течении последнего месяца разными респондентами существенно различается (табл. 5).

Наиболее часто употребляемыми наркотиками являются препараты конопли: в среднем 20 дней в месяц (гашиш – 18 дней в месяц, марихуана – 11 дней в месяц).

Таблица 5

Среднее число дней употребления наркотиков за последний месяц

Вид наркотика	N	Средн. значение $\pm$ $\pm$ станд. откл.	Разброс значений (min – max)	Медиана	Мода
Марихуана	74	$11,1 \pm 9,4$	1 – 31	7	2
Гашиш	7	$17,8 \pm 10,5$	1 – 31	20	30
Препараты конопли *	29	$20,2 \pm 9,7$	2 – 31	22	30
Амфетамин	5	$4,1 \pm 4,2$	1 – 15	2	1
Экстази	7	$2,0 \pm 1,5$	1 – 5	1	1
Кокаин	5	$7,2 \pm 7,2$	1 – 15	3	15
ЛСД	3	$1,8 \pm 1,1$	1 – 4	1	1
Псилоцибиновые грибы	4	$1,8 \pm 1,5$	1 – 4	1	1

Третья часть всей выборки (35%) употребляла препараты каннабиса ежедневно (28-31 день в месяц). Модель поведения, связанная с употреблением препаратов конопли с частотой в диапазоне от 10 до 27 дней в месяц (т.е. более 2-х, но менее 7 раз в неделю), является наиболее распространённой среди респондентов изученной выборки (44%). Остальные респонденты употребляли ПК не чаще 9 дней за месяц (т.е. примерно 2 раза в неделю).

Изучение частоты употребления ПК и других наркотиков в течение года показало, что из числа респондентов, предоставивших данные о своём режиме употребления ПК за последний год (125 человек), большинство (83%) употребляли наркотики регулярно (без пропусков). Доля респондентов, делавших пропуски от 1 до 3 месяцев, составила 11%; 6% (7 человек) делали перерывы от 4 до 8 мес.

Доля потребителей, которые употребляли каннабис практически ежедневно в течении года (350–365 дней в году) составила 27% (34 человека из 125 респондентов). На другом конце спектра – группа респондентов, которые употребляли ПК не чаще 1 раза в неделю на протяжении всего года (т.е. не больше 52 дней за год – 28-52 дней за год). Их доля составила 8% всей выборки (10 респондентов). Таким образом, большинство группы (65%) составили те потребители ПК, которые курят их с частотой от 53 до 349 дней в году.

Суммарное количество дней употребления ПК в течение последних 12 месяцев составило, в среднем, 232,5 дня. Количество дней употребления всех наркотиков было немногим больше: 238 дней за год (табл. 6). Близость этих двух значений объясняется тем, что ПК являются основной группой наркотиков в изученной группы наркопотребителей и употребляются с частотой, во много раз превышающих частоту употребления всех остальных наркотических средств вместе взятых.

Таблица 6

Частота употребления каннабиса и других наркотиков в течении последнего года

Вид наркотика	N	Сред. значение $\pm$ станд. откл.	Min – max	Медиана	Мода
Суммарное число дней употребления ПК за последние 12 месяцев	129	232,5 $\pm$ 111,2	28 – 365	228	358
Суммарное число дней употребления <i>всех наркотиков</i> за последние 12 мес.	128	238,1 $\pm$ 110,6	28 – 365	253	358

Расходы на наркотики

Денежные суммы, затраченные респондентами на покупку наркотиков, составили за последний месяц от 300 до 37 500 рублей. В среднем, согласно анкетным данным, расходы на наркотики за последний месяц составили 5 929 руб. Эта сумма меньше среднемесячной номинальной начисленной зарплаты по Москве в 6,5 раза, которая составляла, по данным Росстата, 38 411 руб. в 2010 г. [8]. Если условно предположить, что доходы ПК близки

к среднемесячной заработной плате населения Москвы, то расходы на наркотики составят в среднем 15%. При этом, три четверти всей группы (76% или 93 из 122 респондентов) тратят на наркотики суммы, не превышающие 6000 руб.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что расходы потребителей ПК на наркотики не являются для большинства из них основной статьёй расходов.

Заключение

Подводя итог вышеизложенному, выделим следующие основные моменты. Для изученной выборки потребителей ПК характерен очень высокий уровень образования, хорошие условия проживания, полная или частичная занятость, низкий уровень безработицы (9%), наличие регулярного источника дохода (74%), относительно низкий уровень криминальности (получали доход из нелегальных источников лишь 3% опрошенных). Обращает на себя внимание наличие в выборке большой доли лиц творческих профессий или предпринимателей (12%).

Изученная группа ПК характеризуется длительным стажем наркотизации – в среднем 10 лет. Наркотиком «первого выбора» являются природные каннабиноиды – гашиш и марихуана. При этом большинство употребляют оба препарата каннабиса (63%), чередуя их употребление. Способ употребления – курение.

В среде потребителей ПК широкое распространение имеет сочетанное употребление наркотиков разных видов (от 2-х до 7). Такая модель наркотического поведения присуща большинству потребителей ПК (61%). Всё многообразие наркотиков «второго выбора» сводится к двум основным группам – стимуляторам и галлюциногенам.

Анализ количественных характеристик употребления наркотиков показал, что препараты каннабиса являются наиболее часто употребляемыми наркотиками. Среднее количество дней их употребления за последний месяц

составило 20,2 дня. Самой распространённой является модель употребления препаратов конопли с частотой от 10 до 27 дней в месяц (44% выборки). Наряду с этим 35% респондентов употребляют каннабис ежедневно.

Следует отметить феномен вариабельности количественных показателей употребления основного наркотика. Количество дней употребления ПК за месяц варьировалось в пределах от 2-х до 31-го дня, а в течение года – от 28 до 365 дней. Вариабельными являются показатели среднесуточных доз и количеств наркотиков, потребляемых в месяц. Типичные среднесуточные дозы составляют 0,8 г для марихуаны и 0,5 г для гашиша, в то время как размах колебаний между их минимальными и максимальными значениями – 0,05-3,5 г для марихуаны и 0,04-2 г для гашиша. В среднем, за месяц потребители ПК употребляют 14,4 г марихуаны и гашиша совокупно.

Таким образом, полиморфизм качественных и количественных показателей является неотъемлемой частью феномена наркопотребления.

Финансовые затраты респондентов на наркотики невелики и составили, в среднем, чуть менее 6 тыс. руб. в месяц или 15,4% от среднемесячной московской зарплаты. Исходя из этого, можно сделать заключение, что затраты потребители ПК на наркотики являются для большинства из них существенной, но не основной статьёй расходов.

Результаты, полученные в ходе данного исследования, могут представлять интерес для специалистов-наркологов, психологов и социологов, занимающихся изучением феномена наркотизма в обществе, «скрытых» популяций потребителей наркотиков, а также использоваться для оценки социальной стоимости наркомании в части, касающейся индивидуальных расходов наркопотребителей.

Библиографический список

1. Всемирный доклад о наркотиках за 2011 год. ЮНОДК. – Н.-Й.: Издание ООН, 2011. 272 с.
2. Вуколов Э.А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию операций с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL: учебное пособие. М.: ФОРУМ, 2011. С. 125.
3. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования. М.: КДУ, 2003. 296 с.
4. Збарская И.А., Антонова О.И., Коник Т.О., Вышинский К.В., Кошкина Е.А., Павловская Н.И. Статистический анализ влияния поведенческих факторов на здоровье населения // Вопросы статистики. 2010. №5. – С. 68-74.
5. Избранные переменные, характеризующие курение сигарет, употребление алкоголя, пробы наркотиков и других психоактивных веществ среди учащихся города Москвы в возрасте 15-16 лет (по данным проекта ESPAD в динамике за период с 1999 по 2011 годы, в %). Данные ФБГУ ННЦ наркологии. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://nncn.ru/>, свободный.
6. Клинические и организационные вопросы наркологии / Под ред. Е.А. Кошкиной. М.: Гениус Медиа, 2011. 580 с.
7. Наследов А. SPSS 19: профессиональный статистический анализ данных. – СПб.: Питер, 2011. – 400 с.
8. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2011: Стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 990 с.
9. «Согласно опросу, более 40% студентов вузов Москвы пробовали наркотики» / Интернет-публикация РИА Новости от 15.04.2011. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ria.ru/society/20110415/364966974.html>, свободный.
10. Guide to Drug Abuse Epidemiology. – WHO, 2000. – 432 p.

И.Л. Кром, Е.С. Балева,

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове,
Центр медико-социологических исследований,
Саратов

ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ишемическая болезнь сердца занимает ведущее место в структуре хронических неинфекционных заболеваний, является одной из причин заболеваемости, инвалидизации и смертности населения в большинстве стран мира и играет значительную роль в сокращении продолжительности жизни населения в современной России. При высоком уровне заболеваемости, инвалидизация и смертность в России при ишемической болезни сердца превосходит аналогичные показатели в развитых странах.

В последние десятилетия содержание и структура реабилитации в кардиологии значительно упростились [1]. По мнению С.Дж. Тиллинга [2], объём и структура лечебной помощи регулируется в России медико-экономическими стандартами. В их основе лежат клинические представления о некой «достаточности» параметров этой помощи при конкретном заболевании. В связи с тем, что значительная часть существующих в здравоохранении России рекомендаций и стандартов не соответствовали принятой в экономически развитых странах практике выработки рекомендаций на основании достоверных, полученных в контролируемых исследованиях сведений, в последние годы были разработаны национальные стандарты, основанные на принципах доказательной медицины, что гарантирует качественное лечение, способствует рациональному использованию ресурсов здравоохранения. Для решения этой проблемы в кардиологии экспертами Всероссийского научного общества кардиологов разработаны рекомендации по профилактике, диагностике и лечению

сердечно-сосудистых заболеваний [3], основанные на международных стандартах, принципах доказательной медицины. Другим способом внедрения в повседневную лечебную практику достоверно обоснованных методов лечения стало внедрение формулярной системы.

Комитет экспертов ВОЗ по реабилитации и вторичной профилактике (1993 г.) полагает, что реабилитация кардиологических больных должна быть доступной во всех странах и всем пациентам. Кардиореабилитация должна быть интегрирована в систему национального здравоохранения. По мнению экспертов ВОЗ, «реабилитационная помощь должна... стать культурной традицией и социальной нормой» (WHO Expert Committee, 1993 г.).

Анализ литературы показывает, что из всех аспектов проблемы реабилитации больных, страдающих ишемической болезнью сердца, одной из наименее изученных является потребность данной категории больных в различных видах медико-социальной реабилитации. Рост заболеваемости и инвалидизации больных ишемической болезнью сердца определяют необходимость оптимизации стратегий медико-социальной реабилитации данной категории больных, имеющей важное клиническое и социальное значение.

Формирование в России научной школы социологии медицины, ставшее возможным благодаря деятельности академика А.В. Решетникова, предполагает возможность конструирования новых подходов и преодоление медикализации в формировании стратегий реабилитации больных в ситуациях болезни, адекватных проблемному полю социологического исследования медицины [4]. В фокусе социологии медицины в настоящее время актуализируется формирование условий и механизмов эффективного социального функционирования лиц, страдающих соматической патологией.

Медико-социальная реабилитация больных ишемической болезнью сердца предполагает коррекцию нарушений показателей качества жизни, на величину которых оказывает влияние нарушение соматического состояния и социализации субъекта. Определение способов объективизации медико-

социальной реабилитации больных ишемической болезнью сердца проводится в Центре медико-социологических исследований.

В исследование включены 140 респондентов мужского и женского пола трудоспособного возраста, страдающие ишемической болезнью сердца. Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность – 240 респондентов. Исследование качества жизни проводилось с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер [5].

Статистически значимое различие средних значений качества жизни клинически здоровых респондентов и больных ишемической болезнью сердца практически по всем субсферам: F1 «Боль и дискомфорт», F2 «Жизненная активность, энергия и усталость». F3. «Сон и отдых», F4 «Положительные эмоции», F6 «Самооценка», F7 «Образ тела и внешность», F9 «Подвижность», F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе», F13 Личные отношения, F14 «Практическая социальная поддержка», F17 «Окружающая среда дома», F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», F24 «Духовность/религия/личные убеждения» связано с влиянием болезни и неэффективной социализацией.

Проведённый анализ средних показателей качества жизни в группе клинически здоровых респондентов позволил выявить показатели, средние значения которых значимо ($p < 0,01$ – $p < 0,05$) различаются в группе лиц трудоспособного возраста с эффективной (группа работающих респондентов) и неэффективной возрастной социализацией (группа безработных

клинически здоровых респондентов). Фактором эффективной социализации лиц трудоспособного возраста является трудовая занятость. Показатели, средние значения которых значимо различаются у здоровых работающих и здоровых безработных, могут служить мерой различия в социализации субъектов.

В статистически значимое различие средних значений показателей качества жизни у больных и здоровых респондентов могут дать вклад как соматически детерминированные, так и социально детерминированные составляющие. Если при сравнении средних значений показателя у здоровых безработных и больных отсутствуют значимые различия, то различия общих показателей качества жизни социально детерминированы.

Приоритетные направления медико-социальной реабилитации у данной категории больных определяются возникающими вследствие заболевания изменениями в «Психологической» сфере, «Социальных отношениях» и «Окружающей среде». Установленная в ходе исследования статистическая зависимость показателей качества жизни от болезни и эффективности социализации субъекта позволяет объективизировать разработку реабилитационного направления медико-социальной работы с больными ишемической болезнью сердца на мезо – и микроуровнях.

Библиографический список

1. Аронов Д.М. Кардиореабилитация больных ИБС: рецепт для России // Лечащий врач: медицинский научно-практический журнал. 2007. № 3. URL:<http://www.lvrach.ru/doctore/2007/03/4534873/?p=4>
2. Тиллингаст С.Дж. Россия выбирает жизнь: программа реформирования российского здравоохранения: Ч. 1 // Международный журнал медицинской практики. 1997. № 3.
3. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению АГ / Всерос. науч. общ-во кардиологов // Артериальная гипертензия. 2001. Т. 7. № 1. (прилож.). С. 3-16.; Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с

целью профилактики и лечения атеросклероза / Всерос. науч. общ-во кардиологов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. № 2 (прилож.). С. 3-35.; Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъёма сегмента ST на ЭКГ / Всерос. общ-во кардиологов // Кардиология. 2004. № 4 (прилож.). С. 5-28.

4. *Решетников А.В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина. 2002.

5. Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2007. С. 454-484.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ФАКТОРНЫХ ИЕРАРХИЙ ПРИ ОЦЕНКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ

Введение

Возникновение и развитие стоматологических заболеваний с этиологической точки зрения обусловлено непосредственными причинами (НП), к которым можно отнести взаимодействие с бактериями, вирусами, поступление в организм недостаточного или избыточного количества каких-либо веществ или химических элементов и т.д. Вместе с тем НП сами находятся в подчиненном положении по отношению к некоторым факторам более высокого порядка. Т.о. можно говорить о существовании факторных иерархий как об организованной структуре причинно-следственных взаимодействий, имеющих информационную компоненту и поддающихся социологическому моделированию.

О существовании потенциально опасных для здоровья факторов окружающей и производственной среды, поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, повышающих вероятность возникновения того или иного заболевания [4], известно достаточно давно. В полной мере это относится и к стоматологическим заболеваниям [2; 3].

Однако известные нам исследования обычно ограничивались обнаружением корреляционных или регрессионных связей между процессами или явлениями в локальном узловом сегменте причинно-следственной пирамиды. В любом случае факторные иерархии (комбинации факторов риска (ФР)) действуют на НП, создают соответствующие условия для возникновения и дальнейшего развития заболеваний. Более детальное

рассмотрение НП и ФР следует начинать с результата, выявляемого на профилактических осмотрах.

Описание исследования

В соответствии с целью работы мы исследовали стоматологическое здоровье и определяющие его факторы. Единицами наблюдения являлись взрослые жители г. Ростова-на-Дону. Необходимая репрезентативность выборки была достигнута за счет того, что в опросе и осмотре приняло участие 549 человек, объективно представляющих возрастную-половую (табл. 1.) и социальную структуру взрослого населения типичного мегаполиса (табл. 2.).

Таблица 1

Возрастно-половая структура выборки (абсолютное число респондентов)

Возраст (полных лет)	Мужчины	Женщины	Оба пола
18-19	5	20	25
20-24	15	43	58
25-29	31	45	76
30-34	28	42	70
35-39	18	32	50
40-44	16	32	48
45-49	18	20	38
50-54	20	13	33
55-59	15	20	35
60-64	15	32	47
65 и более	26	43	69
Всего	207	342	549

Таблица 2

Социальная структура выборки

Социальная группа	Доля группы в %
Рабочие	26,0
Занимаются индивидуальной трудовой деятельностью	8,9
Служащие	30,1
Учащиеся школы, ПТУ, колледжа	1,1
Студенты вуза	8,2

Домохозяйки	4,3
Пенсионеры по возрасту	14,7
Пенсионеры по инвалидности	5,1
Безработные	1,6
Всего	100,0

Электронная база данных формировалась с использованием стандартного статистического пакета программ Excel Microsoft Office 2010.

В рамках разработанной системы индикаторов изучались социально-экономические, социально-психологические и медико-социальные аспекты процесса самосохранения стоматологического здоровья в г. Ростове-на-Дону.

Медицинские разделы анкеты, содержащие основные характеристики стоматологического здоровья, соответствующие методическим подходам специалистов ВОЗ, заполнялись врачами-стоматологами-терапевтами во время планового приема, а также при проведении профилактических осмотров взрослого населения в организованных коллективах. Данные, характеризующие груз накопленных соматических заболеваний, были получены в результате социологического опроса (самооценки здоровья) с использованием структурированного индикатора, учитывающего основные рубрики МКБ-10.

Результаты исследования

В соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ/FDI наше исследование стоматологического здоровья взрослого населения г. Ростова-на-Дону начиналось с оценки состояния слизистой оболочки полости рта (табл.3).

Таблица 3

Состояние слизистой оболочки полости рта (случаев на 100 осмотренных)

Индикатор	Р	±m
0 - нет признаков поражения	76,2	1,8
1 - злокачественная опухоль	0,0	0,0
2 – лейкоплакия	1,5	0,5
3 - красный плоский лишай	0,2	0,2

4 - стоматит (афтозный, герпетический, травматический)	7,7	1,1
5 - острый некротический гингивит	0,2	0,2
6 – кандидоз	0,7	0,4
7 – абсцесс	0,2	0,2
8 - другие заболевания	12,2	1,4
9 - не регистрируется	1,1	0,4
Всего	100,0	

Полученные данные позволяют утверждать, что почти $\frac{1}{4}$ участников осмотра страдают от той или иной патологии слизистой оболочки полости рта. Сходная ситуация наблюдается при оценке состояния височно-нижнечелюстного сустава (табл. 4). Здоровый сустав наблюдался лишь у 77-81% осмотренных.

Таблица 4

Оценка височно-нижнечелюстного сустава (случаев на 100 осмотренных)

Признаки: симптомы	Р	±m
0 - отсутствие	81,6	1,7
1 - проявление	6,0	1,0
9 - не регистрируется	3,1	0,7
Признаки: щелканье		
0 - отсутствие	84,3	1,6
1 - проявление	5,8	1,0
9 - не регистрируется	2,2	0,6
Болезненность (при пальпации)		
0 - отсутствие	77,2	1,8
1 - проявление	4,7	0,9
9 - не регистрируется	4,0	0,8
Ограничение подвижности челюсти (открытие < 30 мм)		
0 - отсутствие	82,0	1,6
1 - проявление	4,6	0,9
9 - не регистрируется	2,2	0,6

Коммунальный пародонтальный индекс (СРІ) является наиболее объективным критерием при оценке пародонтологического здоровья. С его помощью мы определили, что нет признаков поражения только у $34,8 \pm 2,0\%$ участников осмотра. Более детальное изучение СРІ показало более, чем двукратное превышение частоты образования зубного камня в реперной точке 31 (рис. 1).

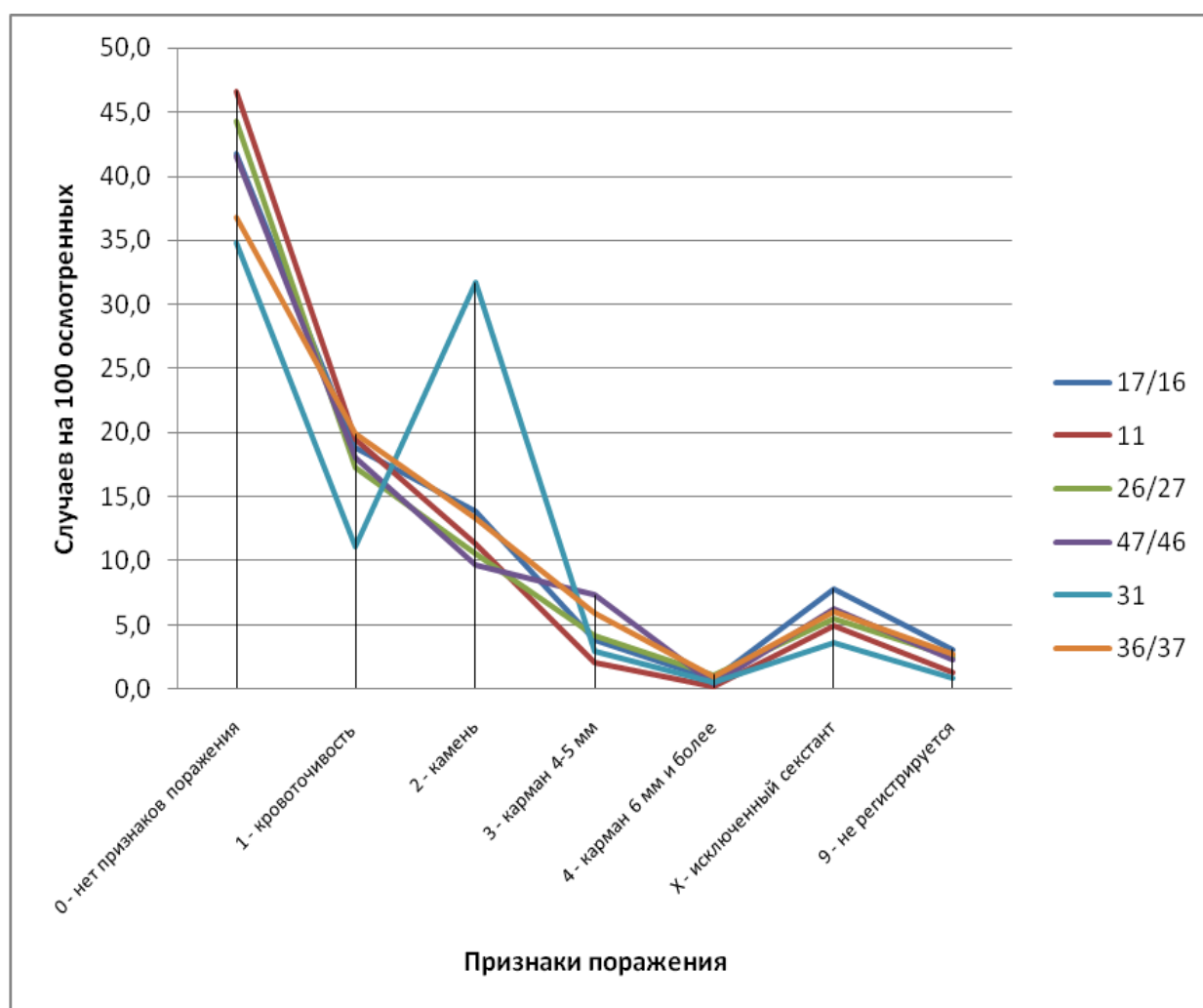


Рисунок 1. Коммунальный пародонтальный индекс (СРІ) (случаев на 100 осмотренных) при стандартной локализации.

Дополнительным индикатором пародонтологического здоровья является оценка потери прикрепления. Минимальная потеря прикрепления отмечается лишь в 55-62% случаев, при этом от 7 до 13% осмотренных обнаружили 4-5 мм потерю прикрепления вне зависимости от локализации.

Все 549 обследованных имеют ту или иную потребность в стоматологических услугах. Так, общее по выборке количество нелеченого

кариеса составило 2117 зубов, что в пересчете на 1 респондента равно 3,9 зубов, требующих вмешательства стоматолога. Для оценки возрастной динамики приведенного показателя нами осуществлялось выравнивание динамического ряда с использованием стандартного метода скользящей средней. Указанная статистическая процедура позволила установить, что возрастная группа 25-30 лет имела наивысший уровень потребности в стоматологическом лечении кариеса, который равнялся 4,6 зуба (рис. 2).

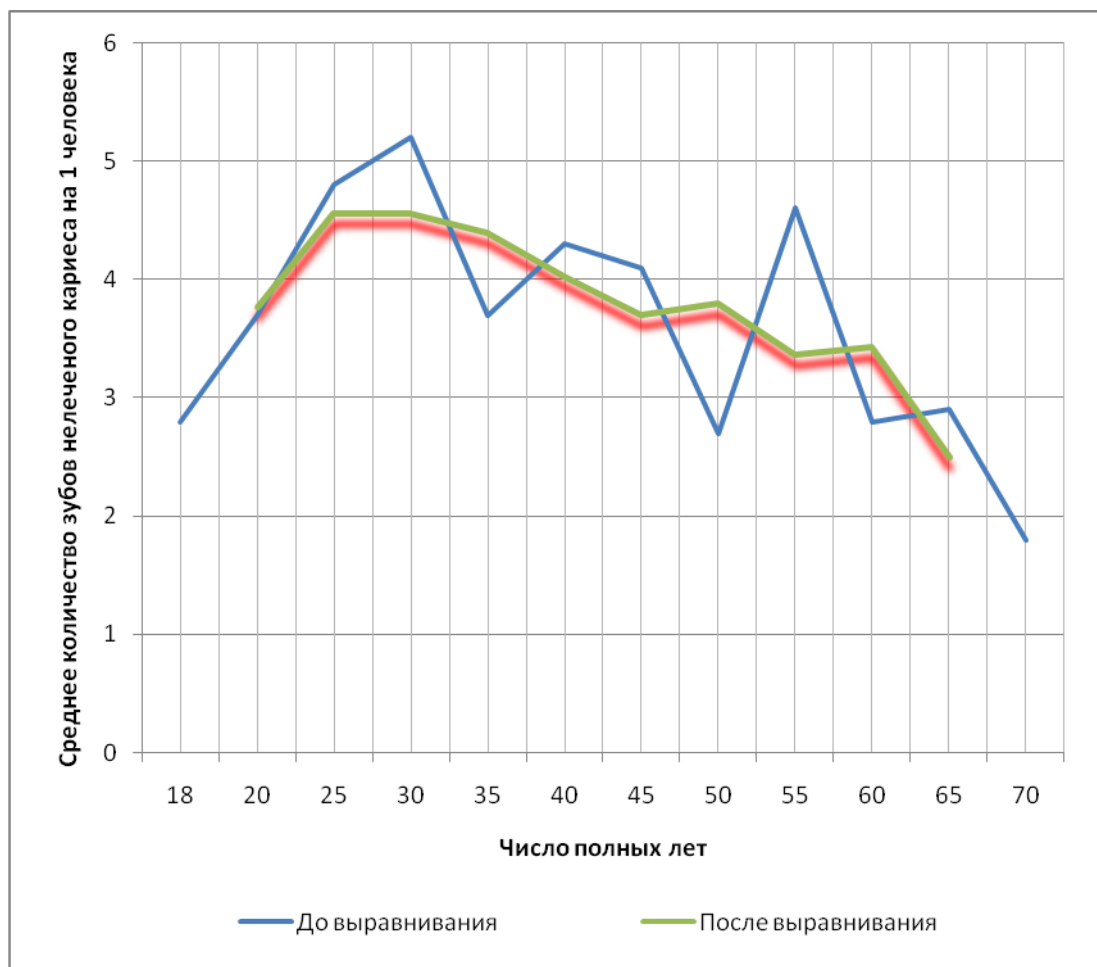


Рисунок 2. Возрастная динамика распространенности нелеченого кариеса (среднее количество зубов на 1 представителя данной возрастной группы)

Отдельно следует остановиться на ортопедическом статусе респондентов (табл. 5).

Таблица 5

Ортопедический статус (случаев на 100 осмотренных)

Признаки по локализациям	Р	±m
Верхняя челюсть		
0 - нет протезов	62,1	2,1
1 - мостовидный протез	12,4	1,4
2 - более одного мостовидного протеза	9,1	1,2
3 - частично-съёмный протез	2,7	0,7
4 - мостовидный(е) и частично-съёмный(е) протез(ы)	1,3	0,5
5 - полный съёмный протез	4,4	0,9
9 – не регистрируется	0,2	0,2
Нижняя челюсть		
0 - нет протезов	57,9	2,1
1 - мостовидный протез	11,8	1,4
2 - более одного мостовидного протеза	9,5	1,2
3 - частично-съёмный протез	3,8	0,8
4 - мостовидный(е) и частично-съёмный(е) протез(ы)	1,5	0,5
5 - полный съёмный протез	2,0	0,6
9 – не регистрируется	0,0	0,0
материал протеза	15,7	1,6

Протезы отсутствуют лишь у 57% осмотренных. Т.е. почти половина взрослого населения крупного мегаполиса не может обходиться без ортопедических протезов и испытывает в них соответствующую потребность (табл. 6). Причем чаще всего (14-16 случаев на 100 осмотренных) востребованы мостовидные протезы.

Таблица 6

Потребность в протезировании (случаев на 100 осмотренных)

Признаки по локализациям	Р	±m
Верхняя челюсть		
0 - нет потребности в протезировании	57,9	2,1

1 - потребность в одном мостовидном протезе	10,0	1,3
2 - потребность более, чем в одном мостовидном протезе	4,7	0,9
3 - потребность в частичном съемном протезировании	7,5	1,1
4 - потребность в комбинированном протезировании (мостовидный и частично-съемный протезы)	5,1	0,9
5 - потребность в полном съемном протезировании	5,5	1,0
9 – не регистрируется	0,0	0,0
Нижняя челюсть		
0 - нет потребности в протезировании	51,4	2,1
1 - потребность в одном мостовидном протезе	12,8	1,4
2 - потребность более, чем в одном мостовидном протезе	4,7	0,9
3 - потребность в частичном съемном протезировании	6,9	1,1
4 - потребность в комбинированном протезировании (мостовидный и частично-съемный протезы)	7,3	1,1
5 - потребность в полном съемном протезировании	3,3	0,8
9 – не регистрируется	0,0	0,0
9. Челюстно-лицевые аномалии	0,0	0,0

Описанная ситуация не кажется нам случайной. Очевидно, что в мегаполисе происходят изменения интенсивности ФР, оказывающих настолько мощное регулирующее воздействие на стоматологическое здоровье, что последнее при кажущемся благополучии проявляется клинически практически у каждого осмотренного.

Оценивая общественное здоровье россиян в III-м тысячелетии, следует заметить, что социальное, политическое и экономическое развитие РФ приобретает доминирующее положение в иерархии ФР и определяет уровень и структуру заболеваемости россиян. При этом научно-технический прогресс, лежащий в основе указанного выше развития, может рассматриваться как основное средство удовлетворения наиболее актуальных человеческих потребностей, большая часть которых находится в основании пирамиды Маслоу [6], т.е. в зоне господства физиологических потребностей. Кстати, потребность в здоровье, включая стоматологическое, также относится к базисным или физиологическим. Однако если сравнить ее, например с голодом, то последний осознается в течении нескольких часов

после прекращения удовлетворения. Потребность в здоровье осмысливается сразу после его потери при острых заболеваниях или травмах. Хронические же болезни или болезни накопления имеют своей основой ферментативную недостаточность и манифестируются спустя годы после запуска патологического процесса. Стоматологические заболевания (особенно кариес) чаще относятся ко 2-й группе. Но если кариес человек может у себя определить, соприкасаясь языком с дефектом зуба во время жевания, то метаболические нарушения на клеточном и субклеточном уровне доступны измерению лишь очень чувствительными диагностическими приборами. Следовательно, узнать о начинающейся потере здоровья человек может лишь после обращения в медицинскую организацию, т.е. фактически не имея реально ощутимой угрозы для здоровья. Подобное стало возможно только сегодня, когда происходит перманентное усложнение специальных, в том числе медицинских, знаний. Медицинская грамотность набирает силу и вторгается в сферу обыденного сознания и общественного производства. Сегодняшний российский работодатель стал как никогда раньше тщательно оценивать здоровье работников при приеме на работу и при последующей профессиональной деятельности.

Формирующееся в современной России общество потребления, несмотря на все обвинения в бездуховности и безнравственности, является удивительно гармоничной социальной субстанцией. С одной стороны новый российский человек все более адекватно адаптируется к запросам индустриального производства, а с другой производство стремится удовлетворить все больше и больше потребностей современного человека. Совершенствование коммуникационной инфраструктуры сопровождается изменением качества циркулирующей в ней информации. Она все точнее отражает потребности каждого отдельного человека и общества в целом, адаптирует к этим потребностям ценностные ориентации и самосохранительное поведение россиян. Об этом свидетельствует определяемый по обращаемости уровень болезненности взрослого населения

стоматологическими заболеваниями в России (210-240‰). Следует заметить, что подобный уровень общей стоматологической заболеваемости соизмерим с показателями общей заболеваемости взрослого населения по таким классам болезней как болезни системы кровообращения (242,0‰), болезни органов дыхания (225,7‰) [1]. Если обратиться к данным, полученным в результате профилактических осмотров [5], то уровень стоматологической заболеваемости будет превышать 980‰.

В соответствии с задачами исследования стоматологическая заболеваемость взрослого населения рассматривалась нами в неразрывной связи с уровнем общего соматического здоровья (табл. 7), которое, с одной стороны, является медико-биологическим базисом для повышения сопротивляемости организма различным ФР, а с другой, может обеспечивать предрасположенность к возникновению отдельных стоматологических заболеваний, и способствовать дальнейшему прогрессированию указанных патологий. В любом случае уровень накопленной заболеваемости взрослого населения по основным нозологиям и классам болезней, рассчитанный на 1000 взрослого населения (1326‰) незначительно уступал данным официальной статистики – показателям общей заболеваемости взрослого населения РО (1459‰) [1].

Таблица 7

Уровень накопленной заболеваемости взрослого населения г.Ростова-на-Дону по основным классам болезней (случаев на 100 опрошенных)

Индикатор накопленной соматической заболеваемости	Р	±m
Инфекционные и паразитарные болезни	1,1	0,4
Анемии	2,2	0,6
Прочие болезни крови	1,5	0,5
Психические расстройства и расстройства поведения	1,8	0,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	7,3	1,1
Ишемическая болезнь сердца	9,1	1,2
Артериальная гипертензия	17,1	1,6
Цереброваскулярные болезни	1,3	0,5

Прочие болезни системы кровообращения	3,6	0,8
Болезни нервной системы	4,0	0,8
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,0	0,6
Болезни органов пищеварения	24,4	1,8
Сахарный диабет	9,5	1,2
Тиреотоксикоз	1,3	0,5
Ожирение	4,9	0,9
Прочие болезни эндокринной системы и обмена веществ	6,7	1,1
Болезни органов дыхания	6,0	1,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,9	0,7
Болезни мочеполовой системы	6,4	1,0
Врожденные аномалии	0,4	0,3
Новообразования	1,8	0,6
Болезни костно-мышечной системы	12,6	1,4
Травмы и отравления	4,0	0,8
Прочие заболевания	0,7	0,4
Всего	132,6	4,6

Выводы

1. Уровень и структура стоматологической заболеваемости, установленные в ходе нашего исследования, свидетельствуют о том, что 3 из 4 стоматологических пациентов (более 70% взрослого населения) не обращаются за помощью в стоматологические лечебно-профилактические учреждения даже при наличии у них серьезных заболеваний зубов и полости рта.
2. Первые 5 ранговых мест среди общесоматических нозологических форм, отмеченных стоматологическими пациентами, заняли болезни органов пищеварения (БОП) – 24,4 случая на 100 опрошенных, артериальная гипертензия (АГ), болезни костно-мышечной системы (БКМС), сахарный диабет (СД), ишемическая болезнь сердца (ИБС), соответственно: 17,1; 12,6; 9,5 и 9,1 случаев.
3. Приведенная иерархия позволяет представить следующую патофизиологическую конструкцию (назовем ее условно – сомато-

стоматологический треугольник): в центре стоматологический больной; основание треугольника – БОП и тесно связанный с ними СД (результат перегрузки организма легкоусвояемыми углеводами); боковые стороны – АГ и ИБС (признаки сниженной гемодинамики) и БКМС (индикатор нарушения обмена веществ в мышцах и костной ткани, каковой и являются зубы).

Библиографический список

1. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области в 2007-2008 годах / Статистический сборник №6 // Ростов-на-Дону. – 2009. – 26 с.
2. *Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г.* Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний. URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga_3.html (дата обращения: 16.12.2012).
3. *Жаркова О.А.*, Профилактика стоматологических заболеваний в период беременности. URL: <http://lib.komarovskiyy.net/> (дата обращения: 16.12.2012).
4. *Иванов А.Г.* Распространенность и прогнозирование факторов риска нарушений репродуктивной функции женщин // Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т.85. – №6. – С. 415-418.
5. *Калашиников В.Н.* Научное обоснование модели стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг. Автореф. дис. д.м.н. – Ростов-на-Дону. – 2008. – 44 с.
6. *Maslow A. H.* A theory of metamotivation: the biological rooting of the value-life, J. humanistic Psychol, 1967, 7, 93 – 127.

Э. В. Кузнецова,

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России,
Саратов

МЕСТО СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Современное здравоохранение предполагает профессиональную деятельность работников со средним медицинским образованием различного профиля – медицинских сестер, акушеров, зубных техников, лаборантов и т.д. Средний медицинский персонал является важным агентом социального института медицины. Говоря о месте среднего медицинского персонала в современном здравоохранении, нельзя обойти стороной такое важное понятие, как профессионализация.

Профессионализация выступает процессом профессиональной позиции, гармонизации социально и профессионально значимых качеств и умений, в достаточно устойчивые профессионально значимые комплексы, обеспечивающие эффективное выполнение профессиональной деятельности.

Как отмечает Л.О. Колбасова, как фактор социализации профессионализация выражает наиболее сущностное взаимодействия субъекта и окружающего мира посредством освоения профессии [1]. С этим трудно не согласиться, т.к. профессия как многомерный феномен выступает и социальным институтом, и способом самореализации, и видом деятельности, и способом отношения человека к миру и обществу. Базовыми агентами профессионализации выступают семья, школа, профессиональные образовательные учреждения, социальные организации, трудовые коллективы, государство. В условиях модели непрерывного образования профессионализация становится для индивидов прижизненным процессом.

Профессиональное пространство медицины входит в область внимания социологии медицины довольно продолжительное время. Одну из моделей профессионального пространства медицины выдвинула Е.А. Андриянова [2],

определившая пространство медицины как разновидность антропогенного (т.е. возникающего в результате человеческой деятельности) пространства. Автор полагает, что конфигурация профессионального пространства медицины определяется господствующей моделью профессионализации, которая концентрирует основные свойства профессии, типичные для того или иного этапа развития общества. Основными элементами модели профессионализации выступают характер социального разделения труда, статус профессионалов, атрибуты осуществляемой ими деятельности и самосознание.

Рассматривая профессиональное пространство среднего медицинского персонала, важно заметить, что оно является структурным элементом (уровнем) профессионального пространства медицины. Его принцип построения прямо пропорционален строению профессионального пространства медицины и воспроизводится через систему среднего профессионального образования. Когнитивное и духовно-нравственное подпространства на среднем уровне содержат те же базовые элементы (знания и ценности), что общее пространство медицины (за исключением узко специализированных, характерных для врачебной деятельности), а поля (нормативно-правовое, коммуникативное и психолого-мотивационное) являются специфическими, характерными для профессиональных групп среднего медицинского звена.

Сестринское дело стало первым в формировании специфической профессиональной группы среднего звена, и его специфика стала определяющим «эталон» для появившихся позднее профессиональных групп – акушерок, фельдшеров, лаборантов, техников [3].

В России практически до конца XX века не было попыток дать четкое определение сестринского дела, так как на первом месте находилось традиционное представление о медицинской сестре как о вспомогательном техническом помощнике врача, работающем по его указаниям и под его наблюдением. Ситуация изменилась только после внедрения высшего

образования в профессию медицинской сестры, что и расширило образовательный статус, и привело к формированию многоуровневой системы подготовки сестринских кадров.

Немало важно и то, что развитие научной базы медицины привело к определенному сужению медицинских профессий среднего звена. Так, специальность высшего профессионального образования «стоматолог» практически полностью вытеснила из профессионального пространства медицины зубных врачей с дипломом о среднем образовании, благодаря усложнению современных подходов в стоматологии. Аналогичные процессы характерны для фармацевтического дела: исчезновение отделов рецептурных форм в аптеках и больницах сократило функции фармацевтов со средним образованием и повысило значимость провизоров с высшим [4].

Такие средние медицинские профессии, как фельдшер и акушерка сегодня интегрируются в пространство сестринского дела с его четырех ступенчатой моделью. Профессии медицинских лаборантов и зубных техников, техников по ремонту и эксплуатации медицинского оборудования остаются «закрытыми» и не предполагают дальнейшей интеграции в систему высшей медицинской школы.

Тем не менее, для большинства пациентов труд среднего медицинского персонала не остается незамеченным. Они отмечают профессионализм и качество работы специалистов, их готовность помочь, объяснить и ответить на все возникающие вопросы, которые зачастую не удастся задать лечащему врачу [5].

Подводя итог, нужно отметить, что, несмотря на достаточно неопределенное место в современном здравоохранении, средние медицинские работники в современных условиях становятся активным социальным агентом как профессиональная группа, наиболее часто решающая проблемы пациента.

Библиографический список

1. *Колбасова Л. О.* Профессиональная компетентность в современном социальном пространстве // Вестник Оренбургского государственного университета. 2009. №7.
2. *Андриянова Е.А.* Современная медицина: социально-профессиональные основания науки и практики. Саратов: изд-во Саратовского ун-та, 2005.
3. *Алексеева В. М.* Услуги среднего медицинского персонала / В. М. Алексеева. - М.: Норма, 2011.
4. *Зюлин В. В.* Среднее медицинское и фармацевтическое образование в России. 1991-2005 гг. Волгоград, 2008.
5. *Шляфер С.И., Камынина Н.Н., Гажева А.В., Турчиев А.Г., Тимофеева Е.И.* Деятельность среднего медицинского персонала в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. — 2010. №1.

А.С. Курленкова,
Института этнологии и антропологии им. Н. Н. Миклухо-Маклая РАН,
Москва

ЭТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В США

Большое внимание в американской биоэтике уделяется разграничению частной и государственной сфер жизни. Отдельный раздел биоэтики – «Этика здравоохранения» – подробно останавливается на исследовании вопросов того, где проходит грань между государственной и частной сферами, а также ситуаций, в которых государство может этически обоснованно преступить эту грань (случаях эпидемий, угрозы национальной безопасности, биотерроризма, необходимости принудительной вакцинации, карантина, изоляции и пр.).

В биоэтике вопрос о соотношении частной и государственной области жизни населения особенно остро встает при обсуждении полномочий государства в сфере здравоохранения. Здравоохранение отличается от медицины тем, что его задача – выявление причин болезней и улучшение здоровья населения *в целом*, в то время как благо конкретного человека *в отдельности* имеет вторичное значение. Государство обладает уникальной ролью в здравоохранении (на исполнение которой его уполномочивает само общество), так как только государство обладает ресурсами и может выполнять определенные действия (например, взимание налогов, расходование общественных средств и пр.), необходимые для проведения программ общественного здравоохранения, с которыми отдельные люди или группы людей не могли бы справиться.

Проведение здравоохранительных мер государством влечет за собой ряд этических проблем. Как отмечают Дж. Чилдресс и др., «использование государством своих полицейских полномочий в целях здравоохранения поднимает важные этические вопросы: в частности, обоснование и установление границ применения силы правительства, а также его обязанности использовать эти полномочия в равной степени применительно

ко всем гражданам. В либеральной, плюралистической демократии оправдание принудительных мер, а также других действий, должно базироваться на моральных основаниях, которые, согласно разумным ожиданиям, могут быть приняты обществом, во имя которого эти действия производятся» [1, с. 171].

Этика здравоохранения как отдельный раздел биоэтики в США начал активно исследоваться в США с начала 2000-х годов. До этого, как отмечает Касс, было только два комментатора и один сборник кейсов, которые обращались к данной проблематике [4, с. 235]. Один из них – Д.Е. Бичамп – в 70-х и 80-х впервые в биоэтике отметил, что эксклюзивное внимание, направленное на интересы индивида, в частности в контексте коммерческой медицины, мешает попыткам охраны общественного здоровья. Начиная с 2000-х годов, многие исследователи стали говорить об этике здравоохранения (*Public Health Ethics*) как отдельной области биоэтики со своими приоритетами и подходами; в 2002 г. Американская ассоциация охраны общественного здоровья (АРНА) (существующая с 1832 г.) издала свой первый этический кодекс [4, с. 235-236].

Охрана общественного здоровья может быть связана с появлением различных этических вопросов. Так, Каллахан и Дженнингс выделили четыре области здравоохранения, в которых обычно возникают этические проблемы: укрепление здоровья населения, снижение рисков, эпидемиологические исследования и вмешательство государства для уменьшения структурного и экономического неравенства [1; 4, с. 236]. К этим четырём областям Касс добавляет еще три новые сферы, которые, согласно ожиданиям автора, будут иметь все большее значение в будущем: глобальная справедливость (*global justice*), этика окружающей среды и исследования общественного здоровья [4, с. 236].

Наиболее часто встречаемые этические проблемы здравоохранения связаны с тем, что совокупные интересы общества часто противоречат таким биоэтическим принципам, как *уважение к автономии* человека, принципу

справедливости, приватности и конфиденциальности сведений о здоровье человека. Дж. Чилдресс и др. говорят о различных, часто противоречащих друг другу этических установках, которые необходимо учитывать при проведении государственных здравоохранительных программ. Это требования:

- приносить пользу [населению];
- избегать, предотвращать или устранять вред [который может быть нанесен населению];
- находить максимальный баланс между пользой и вредом (а также другими издержками);
- справедливо распределять пользу и издержки от совершаемых действий (*distributive justice*), обеспечивать вовлеченность населения, в том числе участие затронутых сторон (*procedural justice*);
- уважать автономный выбор и действия, включая свободу действий;
- защищать приватность и конфиденциальность⁴⁸;
- держать обещания и нести обязательства;
- раскрывать информацию и говорить честно и откровенно (что часто объединяется термином *прозрачность*);
- строить и поддерживать доверительные отношения [1, с. 172].

В этике здравоохранения эти рекомендации часто противоречат друг другу, и их одновременное соблюдение становится невозможным. Дж. Чилдресс и др. отмечают, что этические принципы не абсолютны, что только в каждом конкретном контексте можно и нужно определить, какой(ие) из них должны стать приоритетными.

В практике и политике здравоохранения часто в конфликт приходят принцип *справедливости*, с одной стороны, и *приватность/конфиденциальность* или принцип *уважения к автономии*, с другой. Если государство занимается сбором и документированием частной

⁴⁸ Существует разница между понятиями приватность (англ. *privacy*) и конфиденциальность (англ. *confidentiality*). Приватность относится к человеку, в то время как конфиденциальность – к информации. Пример соблюдения приватности в медицине – когда врач закрывает шторы во время осмотра пациента или обсуждает с пациентом результаты анализов либо историю болезни в уединенной обстановке. Пример соблюдения конфиденциальности – когда информация о пациентах (медицинские карты, анализы и пр.) хранится в запечатанном месте, не распространяется, не предоставляется органам власти, работодателю пациента и другим людям, облеченным властью.

информации о болезнях людей с целью правильного распределения и предоставления населению доступа к профилактической и лечебной медицинской помощи – то нарушается принцип конфиденциальности информации и врачебной тайны. Другой пример – когда иммигранта из страны, в которой вспыхнула эпидемия малоизвестной инфекционной болезни, задерживают в аэропорту соседней страны и запрещают въезд, чтобы предотвратить заражение местного населения. В данном случае соблюдение принципа *справедливости* (предотвращение вреда местному населению) приходит в конфликт с принципом *уважения к автономии* (иммигранта). Иногда правительству приходится взвешивать на двух чашах весов различные трактовки принципа *справедливости*. Представим, например, что в условиях ограниченного бюджета на здравоохранение оно должно решить, куда направить ресурсы – на вакцинацию населения или лечение заболевания после того, как оно проявилось [1, с. 173].

Введение здравоохранительными органами скрининговых программ на определение ВИЧ, туберкулеза, других инфекционных болезней, генетических заболеваний также неизбежно приходит в конфликт с интересами *автономии, свободы населения, конфиденциальности* медицинской информации⁴⁹. Проведение скрининговых программ некоторых заболеваний (например, ВИЧ) среди населения для целей здравоохранения чревато социальной стигматизацией, а также – что особенно характерно для американского общества – опасностью того, что информация о болезни

⁴⁹ Скрининговые программы могут быть универсальными (по отношению ко всему населению) и селективными (по отношению к определенным группам людей), добровольными и принудительными. При выборе программы правительство должно учитывать такие этические факторы как ее эффективность, необходимость, пропорциональность приносимой пользы и нарушаемых прав и свобод населения, размер приносимого вреда, оправданность в глазах общества [1, с. 173]. Одним из самых противоречивых вопросов в США было то, насколько и при каких обстоятельствах этически оправдан скрининг беременных женщин на определение ВИЧ. «Даже до того, как появилось эффективное лечение против ВИЧ, и было обнаружено, что зидовудин эффективно снижает частоту передачи ВИЧ от матери плоду, звучали призывы к принудительному скринингу беременных женщин в группах с «высоким риском». Эти призывы опровергались разумными аргументами о том, что подобная программа подразумевает неоправданное нарушение [принципов] автономии, приватности и справедливости... Однако как только было установлено, что зидовудин может помешать передаче ВИЧ от матери к ребенку, стрелка весов сдвинулась в сторону введения определенного рода скрининговой программы» [1, с. 173].

дойдет до работодателя или страховой компании (это может привести, например, к проблемам при устройстве на работу или увеличению страховых взносов).

Одним из важных этических вопросов здравоохранения является *вакцинация населения*. Несомненно, вакцинация – это одна из наиболее важных и успешных мер в истории здравоохранения. Она привела к искоренению натуральной оспы и фактическому исчезновению полиомиелита в развитых странах. Кроме того, вакцинация привела к существенному уменьшению в США (и в мире) случаев многих других болезней, включая дифтерию, столбняк, корь, гемофильную инфекцию типа В. Сегодня «обсуждается необходимость в новых вакцинах и новых кампаниях по вакцинации, чтобы ответить на угрозу новых инфекционных заболеваний, таких как синдром атипичной пневмонии, или биотеррористические атаки» [6, с. 71-72]. Одной из важных особенностей вакцинации населения является то, что она дает защиту даже тем ее представителям, которым не были сделаны прививки, благодаря явлению «коллективного иммунитета». Для болезней, против которых не существует эффективного лечения, польза вакцинации особенно важна [6, с. 73].

В вопросе вакцинации как меры общественного здравоохранения существуют сложности с соблюдением принципа *уважения к автономии* (доктрины информированного согласия), с одной стороны, и интересов общественного здравоохранения, с другой. Например, при эпидемии время может быть бесценно, а необходимость получения информированного согласия людей на вакцинацию становится лишней и порой опасной преградой⁵⁰. При этом сама доктрина информированного согласия подразумевает, что предоставляемая человеку информация позволит ему

⁵⁰ «По этим причинам адвокаты общественного здоровья и законодатели могут иметь соблазн сказать, что нам не следует настаивать на получении информированного согласия на вакцинацию во время чрезвычайных ситуаций в стране. Менее категоричным решением будет наличие условия в федеральном законодательстве о развитии новых вакцин, которое существенно уменьшает юридическую ответственность производителя за то, что он не предупредил потребителей о потенциальных рисках вакцины [в случае эпидемии]» [6, с. 72].

сделать выбор – сделать прививку или нет – выбор, который явно отсутствует в программах обязательной вакцинации населения. По этой причине в США идея получения информированного согласия на прививки для детей-дошкольников некоторыми была воспринята как парадоксальная – ведь, фактически, у родителей нет выбора⁵¹. Пармет [6], однако, отмечает, что предоставление информации и возможности выбора не является единственной целью информированного согласия. По его мнению, другими задачами являются также компенсация людей, пострадавших от вакцин, уменьшение ущерба, установление доверительных отношений между государством и обществом [6, с. 84]. Пытаясь привести к общему знаменателю интересы здравоохранения и принцип *уважения к автономии*, Пармет говорит о важности соблюдения доктрины информированного согласия при вакцинации населения. По его мнению, установление диалога между прививаемым и медицинским работником, делающим прививку, позволит последнему получить важную информацию о состоянии здоровья человека (и, возможно, отменить прививку в случае наличия противопоказаний); информированное согласие может быть важным судебным инструментом, если человеку нанесен значительный вред от вакцины; кроме того, несмотря на отсутствие выбора, человек будет чувствовать себя лучше, когда ему объяснят причины, по которым его принуждают к вакцинации [6, с. 102].

Пармет отмечает важность наличия доверительных отношений между государством и обществом в случае угрозы эпидемий, необходимости введения таких чрезвычайных мер, как экстренная вакцинация, карантин и изоляция. «После 11 сентября и последующей угрозы распространения сибирской язвы большое число ученых начали думать о роли общественного доверия в проведении чрезвычайных мер. Если первая реакция на террористические атаки 2001 г. могла заключаться в отстаивании важности

⁵¹ Нужно отметить, однако, что во всех штатах Америки существуют механизмы, через которые родители могут просить освобождения от процедуры обязательной вакцинации ребенка перед его поступлением в школу. Эти законы существуют в США постоянно на протяжении уже более ста лет [6, с. 104].

агрессивных и даже принудительных мер, многие эксперты сейчас пришли к осознанию того, что любой ответ здравоохранения на биотеррористическую атаку (или чрезвычайную ситуацию, спровоцированную человеком) должен в первую очередь основываться на желании населения следовать [распоряжениям правительства]» [6, с. 98-99]. В качестве примера доверительных отношений между государством и населением приводится общественная реакция на атипичную пневмонию (SARS) в Торонто в 2003 г. Власти Торонто – города, подвергшегося наибольшему воздействию эпидемии в западном полушарии, – обеспечили своевременное и полное информирование населения через поддержку новостных веб-сайтов, ежедневные пресс-конференции с участием лидеров здравоохранения и установление горячей линии SARS, получившей свыше 300000 звонков. Исследователь указывает на то, что такой вид общественной коммуникации обычно не вписывается в представления людей об информированном согласии, но в действительности это – «общественная форма информированного согласия» [6, с. 100].

В последнее время еще одной почвой для потенциальных этических разногласий становится сбор и хранение человеческих биоматериалов в крупных национальных, региональных и международных *биобанках*. Сегодня во всем мире инициативы по созданию биобанков – организованных собраний биологических материалов – и информации, связанной с ними [2, с. 866], принимают форму национальных инициатив по сбору сведений о здоровье и генетике больших популяций людей. Примерами крупных национальных, региональных и международных биобанков являются генный проект Эстонии, включающий образцы $\frac{3}{4}$ населения страны; проект биобанка Великобритании (первый подобный проект в ЕС); канадский проект CARTaGENE (с участием 1,5% населения Квебека); проекты биобанков Сингапура; Японии; исландский национальный проект DeCode (с участием американской компании deCODE Genetics); финский проект по исследованию близнецов GenomEUtwin; частный исследовательский проект

по персонализированной медицине Фонда медицинских исследований Маршфилд (шт. Висконсин, США); проект GRAD по исследованию африканской диаспоры Университета Ховарда (г. Вашингтон, США) [2]. Предполагается, что большие коллекции образцов могут помочь ученым понять генетические причины распространенных многофакторных заболеваний и совместное влияние, которое гены и окружающая среда оказывают на человека.

С учетом тенденции к созданию больших биобанков возникает вопрос о том, как обеспечить этическое использование человеческих образцов и ассоциируемой с ними информации. Большинство исследователей соглашаются в том, что биобанки имеют большой потенциал, но признают, что основным препятствием на пути к успеху может стать негативная реакция общества [2, с. 867]. К этическим вопросам, возникающим в связи с появлением и развитием подобных проектов, относятся *права собственности* (самих людей, исследователей, компаний, государства?) на эти образцы, их *использование для различных* (иногда – заранее непредсказуемых) *целей* и *проблема информирования* населения об этом. Количество научной информации, которая может быть получена из образца, выросло по экспоненте: знают ли об этом люди, биологические материалы которых были собраны в прошлом и хранятся в биобанках? Генетическое тестирование может быть проведено на образцах, которые изначально не предназначались для генных исследований. Это ставит этический вопрос о вторичном незапланированном использовании материалов [2, с. 867].

В связи с распространением практики биобанков, общество может быть обеспокоено защитой персональных данных – возможностью разглашения полученной с помощью исследований в биобанках информации о здоровье и болезнях человека третьей стороне: членам семьи, соседям, коллегам, работодателю или страховой компании. Генетическая информация может показывать предрасположенность человека к генетическим заболеваниям, а также говорить о возможности заболевания у его семьи, детей, последующих

поколений. Хочет/должен ли об этом знать человек, хотят/должны ли об этом знать его родственники? (Ответы могут быть разными в зависимости от наличия или отсутствия эффективного лечения для конкретной болезни.) Кроме того, согласно Международной декларации ЮНЕСКО о генетических данных человека (2003г.), генетическая информация может обладать культурным значением для людей или групп людей [2, с. 867].

Несмотря на большой научный потенциал биобанков, как и повсеместно в этике здравоохранения, существует вероятность, что интересы науки и здравоохранения могут идти вразрез с интересами конкретных индивидуумов (с нарушением конфиденциальности их информации, неавторизованным использованием биоматериалов). В качестве выхода из этой ситуации Кэмбон-Томсен предлагает улучшить коммуникацию между учеными, правительственными органами и обществом, увеличить общественный контроль за использованием биобанков [2, с. 869].

Этические вопросы, связанные с вакцинацией, созданием биобанков, проведением скрининговых программ на определение инфекционных и генетических заболеваний, неизбежно встают перед любой национальной системой здравоохранения. В каждой культуре эти вопросы решаются по-своему. Для американского либерализма характерна идея максимального невмешательства государства в частную жизнь людей [5, с. 994]. В России исторически государство имеет мощное присутствие в социальной сфере. Российскими исследователями отмечается: «Несмотря на систему ДМС (добровольное медицинское страхование), частную медицину и фармацевтику, господствующее положение остается за государством. Централизация и вертикаль — мощные инструменты управления здравоохранением, образованием и т.д. Добровольно-принудительные регламенты выполнения различных процедур (например, вакцинации) не позволяют реализовать принцип автономии личности, где информированное согласие превращается просто в декларацию. Это с одной стороны. С другой стороны, патриархальные ценности, сила авторитета государства в глазах

простых людей и не подразумевает выражения своего личного мнения, самостоятельности принятия решений» [7]. С учетом патриархальности российского государства, важно понять, как этические принципы, ставшие «общим местом» в западных национальных законодательствах, будут реализовываться в отечественной системе здравоохранения.

Библиографический список

1. *Callahan D. and Jennings B.* Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship // *American Journal of Public Health* 92, no. Z (2002):169-176.
2. *Cambon-Thomsen A.* The social and ethical issues of post-genomic human biobanks // *Nature*, November 2004, Volume 5.
3. *Childress J.F., Faden R.R., Gaare R.D., Gostin L.O; Kahn J., Bonnie R.J., Kass N.E., Mastroianni A.C., Moreno J.D., Nieburg P.* Public health ethics: Mapping the terrain // *The Journal of Law, Medicine & Ethics*; Summer 2002; 30, 2; ProQuest Nursing & Allied Health Source.
4. *Kass N.E. Public Health Ethics: From Foundations and Frameworks to Justice and Global Public Health* // *Journal of law, Medicine & Ethics*, 32 (2004): 232-242.
5. *Morone James A.* Enemies of the people: the Moral Dimensions of Public Health // *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 22, No.4, August 1997. Copyright © 1997 by Duke University Press.
6. *Parmet W.E.* Informed consent and public health: are they compatible when it comes to vaccines? // *Journal of Health Care Law & Policy*. Vol. 8:1:71: 2005, Informed Consent and Public Health.
7. *Нежметдинова* – письменное интервью с Ф. Т. Нежметдиновой, зав. кафедрой философии и права Казанского государственного аграрного университета. Июль, 2013.

В.Р. Кучма, Е.И. Шубочкина,

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ
«Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва

СОЦИАЛЬНАЯ КОМПОНЕНТА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ.

Качество жизни - широкое, многоаспектное, многогранное понятие, охватывающее все сферы жизни общества. Качество жизни общества - это совокупность условий и предпосылок, созданных обществом для своего дальнейшего развития и обеспечивающих жизнедеятельность людей. Качество жизни субъекта содержит отношение индивидуума к уровню своих условий жизнедеятельности, включая состояние здоровья, совокупность материальных, культурных и духовных ценностей и этом плане оно скорее отражает социальное здоровье человека. Изучение качества жизни широко распространено в клинических исследованиях и практике здравоохранения для оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий. В профилактической медицине оценка качества жизни применяется значительно реже и является направлением, где оценивается здоровье «здоровых», в том числе практически здоровых и социально-дееспособных детей, подростков и молодежи в сложившихся условиях жизнедеятельности. В этом аспекте качество жизни может говорить об адекватности условий жизнедеятельности возможностям растущего организма. В настоящее время большое значение придается социальной компоненте, образу жизни как ведущему фактору формирования и ухудшения здоровья детей и подростков.

В онтогенезе человека подростковый период выделяется как период, имеющий две доминанты - биологическую, обусловленную продолжающимися процессами интенсивного роста и развития, и

социальную, связанную с новыми социальными нагрузками и интеграцией во взрослое общество (William S.I., Yarry Jones, 1994). Несоответствие функциональных возможностей подросткового организма на этом критическом этапе развития, предъявляемым ему нагрузкам разной природы, может приводить к нарушению адаптивных процессов и способствовать формированию нарушений состояния здоровья

На протяжении последних двух десятилетий в Российской Федерации сохраняется выраженная тенденция ухудшения состояния здоровья подрастающего поколения. По данным официальной статистики самый значительный рост заболеваемости отмечается среди подростков старшей возрастной группы.

Так, по данным официальной отчетности за период 2005-2010 г.г. общая заболеваемость (по обращаемости) детского населения г. Москвы увеличилась на 14,7% , а подростков – на 23,9%. В структуре заболеваний, зарегистрированных в лечебно - профилактических учреждениях (заболеваемость по обращаемости), в 2010 г. первое ранговое место у подростков занимают болезни органов дыхания. Их удельный вес составил 37,2% , II ранговое место по обращаемости занимают болезни костно-мышечной системы (12,5%), III место - болезни глаза и его придаточного аппарата (10,9%), IV место - травмы, отравления и другие последствия воздействий внешних причин (8,3%). У подростков 15-17 лет наблюдается также увеличение заболеваемости по обращаемости болезнями системы кровообращения на 24,7%, в том числе болезней, характеризующихся повышением кровяного давления на 33,7%.

Использование методологии оценки качества жизни позволяет с новых позиций оценить значение различных факторов риска в ухудшении состояния здоровья, самочувствии подростков. В настоящее время большое значение придается социальной компоненте, образу жизни как ведущим факторам риска ухудшения здоровья детей и подростков. Отмечается важность создания прогнозных моделей формирования здоровья

школьников, в которых объединяются факторы окружающей и образовательной среды, жилой среды и социума в едином приоритете «качество жизни» и «количество здоровья».

При изучении качества жизни (КЖ) используются различные авторские методики, однако важным также представляется использование стандартных, в том числе международных методов, для получения сопоставимых данных. Одним из наиболее распространенных является опросник MOS–SF 36, который применяется как в популяционных, так и специальных исследованиях во многих странах. Подготовлена и апробирована русскоязычная версия опросника, которая имеет надежные психометрические свойства и рекомендована для популяционных исследований качества жизни в России у лиц в возрасте от 14 лет.

Под нашим наблюдением находились подростки, обучающиеся в учреждениях профессионального образования (профессиональные училища, колледжи- 1, 2, 3 курсы обучения) и старших классах общеобразовательных школ (9-11 классы). Для оценки качества жизни использовались авторские опросники и стандартные- MOS–SF 36 (Medical Outcomes Study-Short Form). Опрошено более 700 человек.

Авторский опросник включал характеристику семьи, образ жизни подростков, самооценку состояния здоровья (с использованием соответствующего раздела международного опросника Interadol для подростковой популяции), мотивации выбора профиля обучения, оценку условий профессиональной подготовки и планы после окончания учебы. С позиции доказательной медицины с расчетом относительных (ОР) и атрибутивных рисков (АР) оценивался вклад трех групп факторов (социальные факторы, образа жизни и учебно-производственные) в ухудшение состояния здоровья.

Опросник MOS–SF 36 содержит 11 вопросов, имеющих свои пункты, которые группируются в восемь шкал:

1. Физическое функционирование(Physical Functioning – PF)
2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием(Role-Physical Functioning - RP)
3. Интенсивность боли (Bodily pain - BP).
4. Общее состояние здоровья (General Health - GH)
5. Жизненная активность (Vitality - VT)
6. Социальное функционирование (Social Functioning - SF).
7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE).
8. Психическое здоровье (Mental Health - MH)

Результаты исследований, выполненных с использованием авторского опросника, показали, что учащиеся, обучающиеся рабочим профессиям, по целому ряду параметров качества жизни, в том числе субъективной оценке здоровья, отличаются от сверстников, обучающихся в старших классах общеобразовательных школ. Они чаще живут в неполных семьях и в семьях с неудовлетворительным психологическим микроклиматом и испытывают психологический дискомфорт. Более низкая материальная обеспеченность способствует ухудшению качества питания, сопровождается более высокой распространенностью подработки во внеучебное время - нового фактора риска, который появился в период социально-экономических трансформаций. Среди этой социальной группы учащихся была в 1,5-2 раза выше распространенность форм поведения, сопряженных с высоким риском ухудшения здоровья (табакокурение, частое употребление алкогольных напитков, знакомство с наркотическими веществами),

Сниженному качеству жизни соответствовал более низкий уровень здоровья учащихся. Скрининговая оценка состояния здоровья показала, что каждый третий подросток чувствует себя больным, две трети имеют жалобы

повторяющегося (неслучайного) характера, треть подростков указала на наличие хронической патологии. Обращает на себя внимание низкий индекс здоровья (число не болевших простудными заболеваниями в году составило только 16%) и высокое число часто болеющих (каждый третий). Оценивают свою физическую форму как плохую четверть подростков, что было связано с низкой двигательной активностью современных подростков. На состояние психологического дискомфорта указал каждый пятый учащийся. Для этой группы учащихся рассчитывались вклады факторов в показатели состояния здоровья и самочувствия.

Было установлено, что социальные факторы вносят достоверный существенный вклад в увеличение признаков «нездоровья» учащихся. Подростки, живущие в неполных семьях, характеризовались сниженной самооценкой состояния здоровья, однако достоверным оказался вклад этого фактора только в повышенную утомляемость и плохое настроение: относительный риск (ОР) появления этих показателей у подростков, живущих в неполных семьях, составил 1,7, добавочный или атрибутивный риск (АР) - 8,3%. Более значительным оказался вклад семейного микроклимата в ухудшение состояния здоровья подростков. Добавочный риск ухудшения состояния здоровья у подростков, живущих в условиях плохого семейного микроклимата, имеет высокую степень достоверности для пяти показателей (повторяющиеся жалобы, число подростков, чувствующих себя больными, имеющих плохую физическую форму, плохо переносящих учебную нагрузку, болевших ОРЗ) с величиной ОР от 1,5 до 1,9. У юношей риск появления негативных сдвигов в связи с психологическим дискомфортом в семье был существенно выше, чем у девушек.

Фактор ухудшенного питания, которое отметила треть учащихся, влиял на пять показателей: повторяющиеся жалобы, в том числе жалобы на расстройства пищеварения, чувствующих себя больными, имеющих плохую физическую форму, плохое настроение с диапазоном ОР для отдельных показателей от 1,3 до 2,7. Следует отметить, что хотя в московских училищах

организовано горячее питание (обеда), учащиеся в целом оценивают свое питание хуже, чем школьники, нарушения режима питания также чаще отмечались у учащихся профессиональных училищ.

Подработку в свободное от учебы время, которая стала распространенным явлением среди учащихся подросткового возраста, можно с достаточным основанием отнести к фактору риска ухудшения качества жизни и здоровья. Особенно это было характерно для юношей, для которых более типичны неблагоприятные условия трудовой занятости по сравнению с девушками: ОР увеличения числа чувствующих себя больными, часто болеющих, имеющих жалобы со стороны ЖКТ составлял от 1,8 до 2,9. У подрабатывающих девушек достоверным оказался только риск увеличения группы часто болеющих.

Среди факторов, характеризующих образ жизни учащихся, с позиции риска ухудшения здоровья были рассмотрены три наиболее важные для подростков: вредные привычки, дефицит сна, низкая физическая активность. Было установлено, что наличие вредных привычек сопровождается достоверным ухудшением качества жизни по рассматриваемым показателям самочувствия. Частое употребление алкоголя (преобладало употребление пива) достоверно влияло на появление у юношей плохой физической формы (АР равен 20,8%), у девушек плохого самочувствия ($p < 0,02$). Негативное влияние фактора курения проявлялось в достоверном риске ($p < 0,001$) ухудшения трех показателей здоровья - увеличении группы часто болеющих (АР - 22%), снижении числа не болевших ОРЗ и имеющих жалобы со стороны ЖКТ.

Дефицит сна (7 часов и менее) рассматривался как интегральный показатель, характеризующих режим дня учащихся, и распространенный среди учащихся профессиональных училищ - нормальную продолжительность сна (8 часов) имела только половина учащихся, треть - сниженную, а каждый пятый явно недостаточную для полноценного отдыха - 6 и менее часов. Нарушения продолжительности сна достоверно чаще

встречались у учащихся, занятых подработкой в свободное от учебы время. Сон недостаточной продолжительности увеличивал риск появления четырех показателей ухудшенного самочувствия - повышенной утомляемости, слабости, плохой физической формы, плохого настроения с величиной ОР от 1,7 до 3,0.

Низкая физическая активность влияла на увеличение числа подростков с плохой физической формой (ОР – 2,0) по сравнению с теми, кто занимался в спортивных секциях. Особенно наглядным становится вклад «нездорового» образа жизни в появление у подростков плохой физической формы, если сравниваются учащиеся, не занимающиеся спортом и спортсмены, не имеющие вредных привычек. В этом случае относительный риск появления плохой физической формы был очень высок – 7,4.

Отсутствие у подростков позитивной поведенческой модели, ориентированной на здоровый образ жизни, способствует закреплению негативных стереотипов поведения в дальнейшем. На это указывают данные обследования молодых рабочих 18-25 лет, работающих в металлообрабатывающей промышленности, показавшие на их высокую приобщенность к потреблению алкоголя и табакокурению, нерациональное питание, гиподинамию.

Модернизация системы профессионального образования направлена на обеспечение подготовки кадров более высокой квалификации, что сопровождается интенсификацией процесса обучения. Результаты наших исследований показывают, что это осуществляется чаще всего за счет увеличения объема учебной нагрузки, что приводит к ухудшению функционального состояния учащихся, ускоренному формированию процесса утомления, психоэмоциональному напряжению. Вклад учебной нагрузки в увеличение признаков «нездоровья» зависел от объема нагрузки. Превышение объема учебной нагрузки на 3- 6 часов в неделю по сравнению с установленными гигиеническими нормативами сопровождалось риском увеличения 4-х показателей - жалоб на раздражительность, плохое

самочувствие и настроение, выраженное утомление в конце учебного дня с ОР от 1,5 до 2,7.

Результаты работы позволили не только выявить распространенность факторов риска среди этой группы подростков, но и показать их вклад в ухудшение здоровья и проранжировать по степени неблагоприятного влияния. Учитывалось число меняющихся показателей и величина ОР. В порядке значимости изучавшиеся факторы риска распределились следующим образом:

- ухудшенное питание,
- стресс в семье,
- повышенная учебная нагрузка, дефицит сна
- подработка во внеучебное время,
- вредные привычки,
- неполная семья,
- низкая физическая активность.

На следующем этапе работы в программу обследования был включен стандартный опросник оценки качества жизни MOS–SF 36. Оценивались те же показатели риска, что указаны выше.

Влияние ухудшенного питания у учащихся профессиональных учебных заведений негативно и достоверно влияло на снижение пяти параметров качества жизни: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, общее состояние здоровья, жизненную активность, социальное функционирование и психическое здоровье (шкалы RP, GH VT, SF, MH). Еще более выраженным было влияние на подростков ухудшенных семейных отношений: неблагоприятный психологический микроклимат влиял на снижение шести показателей качества жизни (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, болевые ощущения, общее

состояние здоровья, жизненную активность, социальное функционирование и психическое здоровье (шкалы RP, BP, GH VT, SF, MH).

Такой фактор как дефицит сна не влиял достоверно на качество жизни подростков, хотя влиял на показатели самочувствия, частоту жалоб. Фактор дополнительной занятости (подработка во внеучебное время) не влиял на качество жизни подростков, за исключением тех, кто имел хронические заболевания.

Оказалось также, что наличие вредных привычек, в частности курения сочетающегося часто с повышенным употреблением алкогольных напитков, достоверно не влияло на показатели качества жизни по данным общего опросника, хотя проявлялось также в ухудшении показателей состояния здоровья - группа часто болеющих среди курящих была достоверно выше (41,5% по сравнению с 21,9% у некурящих).

Таким образом, можно предположить, что общий опросник качества жизни как интегральный опросник оказывается менее чувствительным к факторам образа жизни подростков (курению, дефициту сна, дополнительной работе) по сравнению с детальными медико-социальными опросниками. Это говорит о достаточно больших резервных возможностях растущего организма. Но влияние таких фундаментальных социальных факторов как характер питания и стресс, испытываемый подростком в семье, проявляются практически одинаково выражено независимо от выбранных методик, что говорит об их приоритетном значении в формировании здоровья и качества жизни подростков.

Таким образом, использование подходов доказательной медицины при оценке качества жизни подростков позволяет получить более полное представление о степени возможного «ущерба» для здоровья «управляемых» социальных факторов, что создает возможность разработки

целенаправленных профилактических программ, снижения рисков здоровью подростков.

Н.А. Лебедева-Несевря,

ФБУН "Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения", Пермь

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖЬЮ (ОПЫТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ГОРОДАХ ПЕРМСКОГО КРАЯ)⁵²

Актуальность проблемы.

Негативное девиантное поведение молодежи, выражающееся, в частности, в злоупотреблении алкоголем, представляет собой серьезную проблему как с точки зрения сохранения здоровья подрастающего поколения, так и с более глобальной позиции развития человеческого потенциала страны, региона [1; 2]. На сегодняшний день система противодействия алкоголизации молодежи в России и на федеральном, и на региональном уровне не может быть названа эффективной [3]. Так, практически отсутствует межведомственное взаимодействие на основных этапах антиалкогольной работы (профилактика, реабилитация), недостаточно разработанной представляется нормативная база, отсутствует выстроенная система позитивно ориентированной профилактики.

Создание целостной системы противодействия распространению алкогольных девиаций невозможно без владения актуальными данными об уровнях потребления спиртных напитков молодежью, факторах, детерминирующих поведение в сфере потребления алкоголя и наиболее типичных паттернах алкогольного поведения.

⁵² Статья подготовлена в рамках НИР «Оценка и прогнозирование рисков развития социокультурных ресурсов регионов, обусловленных потреблением алкоголя», выполняемой в соответствии с планом фундаментальных исследований и прикладных научных исследований в области образования (проект № 6.4216.2011).

Постоянный мониторинг употребления психоактивных веществ необходим для обоснованного выбора тех или иных профилактических мер, соответствующих проблемам определенной территории, разработки плана профилактической работы, подготовки программ противодействия алкоголизации и формирования здорового образа жизни на федеральном, региональном и местном уровнях.

Цель – установить особенности потребления алкоголя учащейся молодежью Пермского края, а также социальные факторы, детерминирующие потребительское поведение исследуемой группы, для решения задачи совершенствования деятельности по снижению распространенности злоупотребления алкоголем на региональном уровне.

Материалы и методы.

Исследование проводилось в 2012 г. на территории Пермского края, метод – раздаточное групповое анкетирование по месту учебы респондентов. Объектом исследования выступили учащиеся средних общеобразовательных школ, учреждений начального (НПО) и среднего (СПО) профессионального образования в возрасте от 14 до 21 года гг. Пермь, Краснокамск и Соликамск. Объем выборки составил 1770 человек. Способ отбора респондентов – многоступенчатый, кластерный. Доверительный интервал равен 3,2% при уровне достоверности 0,95⁵³.

Доля мужчин в исследуемой совокупности – 48,9%, доля женщин – 51,1%. Всего в исследовании приняли участие 598 респондентов в возрасте 14-15 лет (33,8% общей совокупности), 546 респондентов в возрасте 16 лет (30,8%), 416 респондентов в возрасте 17 лет (23,5%) и 210 респондентов в возрасте 18 лет и старше (11,9%).

На территории г. Перми были опрошены учащиеся средних общеобразовательных школ № 120 и № 133, а также ГОУ НПО Профессиональный лицей № 1, (всего 588 человек, 33,2% общей

⁵³ Рассчитано для всей выборочной совокупности.

совокупности). На территории г. Краснокамска были опрошены учащиеся средней общеобразовательной школы № 5 и ГОУ НПО Профессиональный лицей № 32 (всего 404 человека, 22,8% выборочной совокупности). На территории г. Соликамска были опрошены учащиеся средних общеобразовательных школ №№ 1, 2, 4 и 14, а также ГОУ СПО «Соликамский политехнический техникум» (всего 778 человек, 44% выборочной совокупности).

Анкета включала 45 вопросов, в том числе 5 – демографического характера (пол, возраст, семейный статус, уровень дохода и социально-профессиональный статус родителей учащегося). Респондентам задавались вопросы, направленные как на установление личного опыта, связанного с потреблением спиртных напитков, так и на характеристику семейных практик в исследуемой сфере. Инструментарий исследования был гармонизирован с международной методикой ESPAD [4].

Материалы опроса учащихся прошли предварительный контроль на полноту и логику ответов респондентов. Были подготовлены кодификаторы для формализации ответов на открытые и полужакрытые вопросы. Эмпирический материал прошел компьютерную обработку (использовался пакет прикладных программ SPSS for Windows 14,0). При обработке применялись традиционные математические методы: дескриптивный и корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение.

Анализ результатов опроса показал наличие опыта употребления спиртных напитков у подавляющего числа респондентов – 85,1% учащихся сказали, что пробовали алкоголь хотя бы раз в жизни. При этом по сравнению с 2010 г. показатель не претерпел изменений (по данным 2010 г., среди опрошенных учащихся учебных заведений Пермского края 87,8%

пробовали алкоголь хотя бы один раз в жизни; изменение составляет 2,7% и находится в пределах статистической погрешности⁵⁴).

Опыт употребления спиртных веществ имеют в равной степени представители обоих полов: среди мужчин употребляли когда-либо алкоголь 86,4%, среди женщин – 83,8%⁵⁵. Наблюдается некоторое различие наличия опыта потребления алкоголя у респондентов различных территорий проживания (мегаполис или крупный город): среди опрошенных г. Перми пробовали алкоголь 78,3%, среди учащихся г. Краснокамска – 88,1%, среди респондентов г. Соликамска – 88,7%.

Наиболее частый мотив первой пробы алкоголя – любопытство (данную причину указали 31,5% опрошенных). Значима роль социального окружения подростка в приобщении к спиртным напиткам. Так, у 15,7% респондентов первая проба алкоголя произошла потому что «друзья предложили, было неудобно отказаться», а 14,5% учащимся спиртное дали попробовать родители.

Наблюдается некоторое различие в обстоятельствах первого употребления спиртного у мужчин и женщин: юноши чаще говорили, то попробовали алкоголь под влиянием друзей (в 20,2% случаев против 15,2%), а также «из любопытства» (в 38,8% случаев против 32,2%).

Самые «известные» напитки в молодежной среде – шампанское (его пробовали хотя бы раз 87% опрошенных) и пиво (78,4% респондентов имеют опыт пробы). Свыше половины учащихся (65%) пробовали хотя бы единожды вино. Также высок уровень знакомства молодых людей с алкогольными коктейлями (имеют опыт употребления 58,6%). Важным представляется факт того, что многие респонденты имеют опыт знакомства с

⁵⁴ Результаты исследования сопоставляются с результатами опроса, проведенного по схожей методике в 2010 г. специалистами ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» в рамках научно-исследовательской работы «Мониторинг и прогноз наркологической ситуации по Пермскому краю на базе разработанного программно-аналитического комплекса», выполненной в рамках реализации краевой целевой программы «Профилактика алкоголизма, наркомании и токсикомании в Пермском крае на 2008-2011 гг.».

⁵⁵ По данным 2010 г. опыт употребления алкогольных напитков имели 87% мужчин и 88,8% женщин. Показатели 2011 г. в сравнение с данными годичной давности находятся в пределах статистической погрешности.

крепкими спиртными напитками (водку пробовали 50% опрошенных, коньяк – 45,9% учащихся), а также с алкоголем домашнего производства (брагу или медовуху пробовали 17,7% опрошенных, самогон – 12,3% респондентов).

Наблюдаются расхождения в опыте пробы различных спиртных напитков в группах мужчин и женщин. Так, пиво пробовали 83,1% всех мужчин, имеющих опыт знакомства с алкоголем, и 73,9% женщин. Шампанское, алкогольные коктейли и вино опрошенные юноши и девушки пробовали одинаково часто, тогда как крепкие спиртные напитки мужчинам знакомы лучше – например, водку пробовали хотя бы раз 59,8% мужчин и 41,1% женщин, коньяк употребляли 54,4% респондентов мужского пола и 37,6% – женского.

Школьники могут считаться группой риска в отношении употребления алкоголя в меньшей степени, нежели учащиеся начальных и средних специальных учебных заведений. Так, среди школьников 25% никогда не пробовали спиртного, тогда как среди учащихся НПО и СПО таковых только 3,7%. Опыт употребления пива в группе учащихся школ имеют 65,7% респондентов, а среди учащихся прочих учебных учреждений – 91,3%. Водку пробовали только треть школьников (35,1%) и свыше половины (63,3%) учащихся учреждений НПО и СПО.

Как показал анализ ответов респондентов, возраст первый пробы алкоголя современных молодых людей достаточно юный – подавляющему большинству опрошенных на момент первой пробы спиртных напитков не исполнилось и 17 лет⁵⁶.

Пик первой пробы алкоголя приходится на возраст 14-16 лет (именно в этом возрасте впервые попробовали спиртные напитки 58,6%). Отметим, что среди всех респондентов 5% сказали, что познакомились с алкоголем в

⁵⁶ Полученные результаты опроса молодежи Пермского края в целом соотносятся с общероссийскими тенденциями. Так, по данным всероссийских опросов, начиная с 1992 г. первый опыт употребления алкоголя приходится на возраст 15 лет и младше. При этом в России наблюдается устойчивая тенденция снижения возраста первой пробы алкоголя (аналогичные процессы зафиксированы и в отношении Пермского края). См. подробнее [5].

возрасте 7 лет и младше, 5,4% – в возрасте 8-10 лет. Уже будучи совершеннолетними, спиртное попробовали только 1,9% опрошенных. Анализ ответов респондентов на поставленный вопрос в разрезе возрастных групп позволил сделать вывод о наличии тенденции снижения возраста первой пробы алкоголя. Так, среди респондентов в возрасте 18 лет и старше 27,4% опрошенных впервые попробовали спиртное в 13 лет и младше, а среди респондентов 14-16 лет в указанном возрасте попробовали алкоголь уже 36,4% учащихся.

Большинство респондентов (73,7%) имеют относительно недавний (в течение последних 12 месяцев) опыт употребления алкогольных напитков (как правило – пива, шампанского, вина и алкогольных коктейлей). Несмотря на то, что доля разового (случайного, «праздничного») употребления алкоголя в изучаемой группе высока, следует выделить проблемные зоны молодежного потребления спиртного.

Среди всех учащихся, имевших опыт употребления алкогольных напитков за последний год, 83% пили шампанское. Заметим, что потребление данного вида напитка в изучаемой группе не является типичным, это скорее разовая акция, сопровождающая встречу Нового года или празднование Дня рождения. Иная ситуация наблюдается в отношении потребления пива.

В группе учащихся, имевших опыт употребления алкогольных напитков за последний год, пиво пили 80,6%. Причем, в половине случаев респонденты данной группы употребляли пиво 1 раз в 2 месяца или чаще, в том числе 22,9% – один раз в неделю или чаще. Именно пиво в наибольшей степени является напитком, сопровождающим повседневную жизнь молодежи (8% опрошенных пьют пиво два раза в неделю или чаще).

Распространенным поведением среди учащихся городов Пермского края можно назвать употребление алкогольных коктейлей. Так, пятая часть всех респондентов, имевших опыт употребления спиртного в течение последнего года, пили алкогольные коктейли 1 раз в 2 месяца или чаще.

Каждую неделю употребляют данный вид напитков 9,3% отвечавших на вопрос (в том числе 3,3% делают это почти каждый день).

Полагая относительно регулярным употребление спиртных напитков с частотой 1 раз в 2 месяца или чаще, отметим, что контингент риска в отношении крепких спиртных напитков немногочислен. Так, водку с указанной частотой в течение последнего года употребляли 5,4% опрошенных⁵⁷, коньяк – 4,4% респондентов.

Остановимся подробнее на особенностях употребления пива молодежью Пермского края. По результатам опроса зафиксированы следующие тенденции: а) с увеличением возраста регулярность потребления пива возрастает⁵⁸; б) мужчины употребляют пиво чаще, чем женщины; в) учащиеся начальных и средних профессиональных учебных заведений употребляют пиво чаще, чем школьники⁵⁹.

Среди опрошенных юношей, имевших опыт употребления спиртных напитков в течение последнего года, пиво пили 2 раза в месяц или чаще 37% респондентов, тогда как среди девушек аналогичный показатель составлял 29%. В группе учащихся в возрасте 14-15 лет с указанной регулярностью пиво пили 13% опрошенных, а в группе 16-летних употребляющих пиво 2 раза в месяц или чаще было уже 33,5%, в группе респондентов в возрасте 18 лет и старше – 61%.

Как было сказано выше, доля регулярно пьющих пиво (еженедельное употребление) среди всех имевших опыт употребления алкоголя в течение последнего года составляет 22,9%. При этом особого внимания заслуживают респонденты более старших возрастных групп (18 лет и старше), обучающиеся в начальных или средних специальных учебных заведениях

⁵⁷ Значение рассчитано в процентах к общему числу респондентов, имевших опыт употребления алкогольных напитков в течение последних 12 месяцев.

⁵⁸ Для анализа связи между переменными «возраст» и «частота употребления пива» использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Значение коэффициента составило 0,301 при уровне вероятности p менее 0,05 (связь есть, теснота связи слабая).

⁵⁹ Для анализа связи между переменными «место учебы респондента» и «частота употребления пива» использовался коэффициент сопряженности Крамера. Значение коэффициента составило 0,457 при уровне вероятности p менее 0,05 (связь есть, теснота связи умеренная).

исследованных крупных городов Пермского края (Соликамск и Краснокамск). Важно, что риск развития негативных эффектов, связанных с употреблением пива, повышается при сочетании двух условий – раннее (моложе 18 лет) начало употребления пива и систематичность его употребления. В выделенной группе респондентов оба условия реализуются.

Важно отметить, что объемы разового потребления пива в молодежной среде достаточно большие – половина всех имевших опыт употребления спиртных напитков за раз выпивают не менее одной бутылки/банки пива емкостью 0,5 л. Меньше одной бутылки/банки пива за один раз обычно пьют только пятая часть респондентов.

Наблюдается различие в объемах разового потребления пива в группах юношей и девушек. В частности, свыше 0,5 литра пива за один раз выпивают 39,1% молодых людей, тогда как среди девушек данный показатель равен 27,5%.

Второй по распространенности в молодежной среде вид алкогольных напитков – баночные алкогольные коктейли («Вертолет», «Джин-тоник», «RevoLver», «Sakura» и др.), а также алкогольные энергетики («Ten Strike», «Non-Stop», «Jaguar» и др.), которые время от времени употребляют 53% всех опрошенных учащихся, имевших опыт употребления алкоголя.

Девушки несколько чаще, чем юноши употребляют алкогольные коктейли, однако объемы разового потребления у мужчин выше.

Особую роль в формировании личности подростка, в закладывании стиля жизни, в определении его отношения к алкоголю, наркотикам, табаку играет семья. Как было показано выше, родители часто сами провоцируют употребление алкоголя ребенком, создают условия для первой пробы спиртного. Одним из факторов ранней алкоголизации населения региона является доступность спиртных напитков, выражающаяся, в частности, в их наличии дома.

Анализ результатов опроса показал, что 43,9% респондентов пробовали алкогольные напитки домашнего изготовления (показатель увеличился по

сравнению с 2010 г. на 10%). Те или иные спиртные напитки готовят в семьях пятой части опрошенных, в том числе в 14,2% семей готовят домашнее вино, в 4,3% – брагу, в 3% – самогон.

В большинстве семей детей, имевших опыт знакомства со спиртным, потребление алкоголя является нормой: только 41,2% респондентов заявили, что в их семье (родители, родственники) не употребляют водку; в отношении вина подобный ответ дали 44,4% опрошенных, в отношении шампанского – 28,4% респондентов; пиво не пьют 33,7% родителей⁶⁰. Также нормой является сопровождение алкоголем молодежного досуга – лишь 22% респондентов никогда не бывают в компаниях, где употребляют спиртные напитки, тогда как 46% опрошенных проводят время в таких компаниях несколько раз в месяц или чаще. Важно, что респонденты младшей возрастной группы бывают в компаниях, употребляющих алкоголь, достаточно часто (15,4% – с регулярностью «несколько раз в месяц», 10,1% – «несколько раз в неделю», 5,4% – «почти каждый день»).

В целом молодежь настроена по отношению к употреблению алкоголя достаточно лояльно, что проявляется, например, в ответах на вопрос об «оптимальном» возрасте первой пробы спиртных напитков. Только 3,5% респондентов выборки сказали, что алкоголь лучше вообще не пробовать. Чуть менее трети респондентов (28,4%) посчитали, что нормальный возраст для знакомства с алкогольными напитками – старше 18 лет, еще 31,1% выбрали вариант «17-18 лет». Остальные опрошенные (37,1%) полагают нормальной первую пробу алкоголя в возрасте 16 лет и младше. Важно, что знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет в медицине считается ранней алкоголизацией.

Выводы и рекомендации.

⁶⁰ Пиво и шампанское являются наиболее потребляемыми алкогольными напитками в России. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения, пиво пьют 61% россиян, причем не реже раза в неделю – каждый пятый житель страны (20%). Шампанское, являясь вторым популярным напитком, в то же время характеризуется нерегулярностью потребления – большинство тех, кто его употребляет, делает это реже одного раза в месяц (45%). См. об этом: [6].

Проведенное исследование позволило выявить высокий уровень распространенности употребления алкоголя в молодежной среде в городах Пермского края. Причем, по сравнению с 2010 г. доля молодежи, имеющих опыт потребления алкоголя не изменилась, тогда как процент молодых людей, употреблявших алкоголь в течение последнего года, увеличился на 14%. Спектр напитков, опыт знакомства с которыми имеют молодые люди, довольно широк; преобладают слабоалкогольные напитки – пиво, алкогольные коктейли, шампанское. Объемы разового потребления пива в молодежной среде достаточно большие – половина всех имевших опыт употребления спиртных напитков за раз выпивают не менее одной бутылки/банки пива емкостью 0,5 л.

Сделанные выводы актуализируют необходимость совершенствования системы социальной профилактики зависимого поведения подростков и юношества на основе инновационных технологий, с использованием научной методологии, с ориентацией не на отдельные формы девиантного поведения, а на задачи комплексного решения проблем подростковой девиации.

Совершенствование деятельности по предотвращению алкоголизации молодежи на территории региона требует реализации мероприятий, направленных, в первую очередь на развитие навыков самосохранительного поведения, формирование здорового образа жизни у учащейся молодежи. Это и повышение уровня информированности молодых людей в вопросах рисков здоровью, детерминированных употреблением алкоголя, и активная пропаганда в молодежной среде замещающих форм проведения досуга, социально-активных практик.

Значимым представляется включение средств массовой информации в процессы формирования у молодежи мотивации к личной ответственности за своё здоровье, основанного на использовании актуальных форм и средств информационного воздействия, адаптированного по отношению к целевой аудитории.

Отдельное направление работы – это усиление контроля над продажей алкогольных напитков несовершеннолетним на территориях риска и в районах с низким уровнем развития инфраструктуры социальной безопасности (отдаленные районы городов). Здесь также следует сказать о необходимости совершенствования системы выявления потребителей алкоголя в образовательных учреждениях, а также разработке методики комплексного мониторинга наркологической ситуации на территории региона, базирующейся на принципах методической триангуляции (включающей различные виды и источники данных).

Библиографический список

1. *Говорин Н.В.* Методологические подходы к изучению алкогольной смертности населения (региональный аспект) [Текст] / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Вопросы наркологии. 2011. № 2. С. 7-13.
2. *Кошкина Е.А.* Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет [Текст] / Е. А. Кошкина // Вопросы наркологии. 2011. № 1. С. 17-27.
3. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия вовлечение алкоголя / Доклад Общественной палаты Российской Федерации. Утвержден Советом Общественной палаты РФ 13 мая 2009 г. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.oprf.ru/files/dokladalko.pdf> (дата обращения 20.05.2013)
4. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries / Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. [Электронный ресурс] // URL: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf (дата обращения 30.05.2013)
5. *Арефьев А.Л.* Поколение, которое теряет Россия [Текст] / А.Л. Арефьев // Социологические исследования. 2002. № 8. С. 97-105.

6. Состояние здоровья россиян: мониторинг. Пресс-выпуск
№ 1912 [Электронный ресурс] // URL:
<http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=112205> (дата обращения 30.05.2013)

Е.В. Леонова,

Международный институт государственной службы и управления
Российской академии народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации, Москва

СИСТЕМА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ: МОДЕРНИЗАЦИЯ «ВДОГОНКУ»?

Высокая динамика социально-политических и экономических процессов в России на рубеже веков со всей очевидностью отразила масштаб изменений как на общегосударственном уровне, так и на уровне основных социальных институтов и отдельных социальных групп. Основными приоритетами социальной политики Российской Федерации на долгосрочную перспективу выступают увеличение продолжительности и качества жизни населения, улучшения показателей здоровья населения, снижение смертности и обеспечение динамичного прироста рождаемости, решение проблемы пикового разрыва в доходах населения и нивелирование социального неравенства, обеспечение возможностей равного доступа к социальным благам для каждого члена общества и снижение социального неравенства, стабилизация экономических процессов, формирование функционального эффективного рынка труда, обеспечение финансовой устойчивости систем социальной защиты населения, укрепление статуса страны как равноправного члена мирового сообщества.

В соответствии с Конституцией, Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (ст. 7), а также обеспечение свободного доступа к услугам в области здравоохранения, образования, социальной защиты [3]. Одновременно государство выступает институтом распределения социальных благ и гарантом обеспечения социальной поддержки посредством механизма

социального страхования каждому гражданину в трудных жизненных ситуациях, связанных с возрастом, отсутствием родительского попечения, состоянием здоровья и трудоспособности (безработица, инвалидность, профессиональные заболевания), низким уровнем социальной защищенности (ч.1 ст. 39) [3], что согласуется с международными нормами ООН, МОТ, МАСО и ВОЗ [15, С. 172].

Социальная защищенность граждан имеет важнейшее значение для обеспечения стабильности общества, эффективного функционирования основных социальных институтов, государственных структур, экономических механизмов и в целом – благополучия страны. Так, М.В. Лушникова, А.М. Лушников рассматривают социальные гарантии государства как публичные социально-обеспечительные обязательства и указывают, что эти гарантии являются «общепризнанной нормой международного права» и стабильность их предоставления (исполнения) оказывает влияние на качество и уровень жизни, и в целом – на доверие граждан государству [5].

Общепризнано, что трудовая занятость является ведущим фактором стабильности и благосостояния населения, уровня и качества жизни граждан. Так, Е.Ю. Рождественская отмечает, что «дискурс политики занятости в Европейском Союзе построен на предпосылке, что все люди трудоспособного возраста имеют оплачиваемую работу, более того, чем дольше, тем лучше» [14]. Заметим, что Россия, в рамках сотрудничества с Международной организацией труда, не только ратифицировала основные конвенции МОТ, но и взяла на себя обязательства по разработке системы государственных социальных стандартов – механизма, доказавшего эффективность в вопросах социальной защиты граждан в странах Европы [5].

Европейская социальная Хартия, к которой присоединилась в 2000г. Россия [13], социальная защита подразумевает не только поддержку граждан в ситуации социальных рисков (безработицы, болезни, старости, утраты

кормильца), но и предоставление гарантии получения образования, охраны здоровья, обеспечения жильем (или предоставление пособий для аренды жилья), социального обслуживания [18, с. 17-67]. При этом социальное страхование в европейских странах рассматривается в качестве стабилизатора общественно-политических и экономических процессов в силу масштабы страхового поля (что обеспечивает систематическое аккумулирование регулярных страховых поступлений), его автономии от бюджета государства и прозрачностью страховых ресурсов (то есть доступностью для общественного контроля).

В условиях наблюдаемых сегодня институциональных преобразований структуры общества, отношений собственности, негативных демографических явлений (старение населения, снижение показателей здоровья населения и средней продолжительности жизни, повышение уровня смертности при одновременном снижении показателей рождаемости, рост инвалидизирующих факторов на производстве), глобальных социально-экономических кризисных явлений, увеличения дифференциации доходов населения и расширение масштабов бедности и маргинализации населения, трансформации и девальвации ценности семейных и общественных отношений, возрастания динамики социальной жизни, усложнения профессиональных требований и соответственно – изменения структуры трудовой занятости и сущности трудовых отношений, возрастания рисков, связанных с трудом, снижения социальной защищенности населения (что, в свою очередь, влечет возрастание социальной напряженности и влияет на социальное самочувствие, качество и уровень жизни россиян) особое значение имеет модернизация системы российского социального страхования как одного из системообразующих механизмов социальной сферы.

В настоящий момент система обязательного социального страхования Российской Федерации включает несколько направлений страхования: пенсионное страхование работающих по старости, инвалидности и утрате

кормильца (страховщик – ПФР); страхование временной нетрудоспособности и обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (страховщик – Фонд социального страхования); обязательное медицинское страхование (страховщики – федеральный и региональные фонды ОМС) [8, С.4].

В настоящий момент Фонд социального страхования Российской Федерации является общегосударственной внебюджетной специализированной структурой, отвечающей за функционирование всей многоуровневой системы российского государственного социального страхования и обеспечение расходов по выплатам пособий на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, рождению и уходу за ребенком по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, выплаты на реабилитацию пострадавших на производстве и ряд других. К числу основных задач Фонда социального страхования РФ относится разработка и реализуются государственные программы по совершенствованию социального страхования, сохранение трудовых ресурсов путем сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также охраны здоровья работников [12].

Сегодня в отношении трудоспособного населения приоритетная позиция отводится такой составляющей общегосударственной системы социального страхования, как страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Рассматривая социальное страхование как явление социального порядка, необходимо учитывать общественную значимость разработки не только механизмов решения проблем охраны труда, но и оптимизации предоставления реабилитационных услуг пострадавшим на производстве, что выступает ведущей составляющей комплекса мер по социальной защите трудоспособной и экономически активной части населения от профессиональных рисков.

Кроме того, одним из приоритетов большинства стран, в том числе и России, выступает формирование системы обязательной медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве (включая меры материальной поддержки, предоставление возможности переобучения и подбора работы в соответствии с возможностями человека, а также создание широкой сети центров реабилитации) с целью сокращения их сроков нетрудоспособности и возвращения к активной трудовой деятельности [2]. Немаловажным фактором выступает и управленческая деятельность в вопросах реабилитации пострадавших на производстве, при этом необходимо согласиться с Н.Г. Шамшуриной, что «критерием эффективности управленческих решений является общественная результативность» [19].

Высокая социальная значимость реабилитации в контексте утраты работоспособности как формы социальной поддержки и социально-ориентированной деятельности находится в центре внимания проблемного поля социальной медицины, социологии, социальной работы, экономики, статистики, сфере общественного здоровья, юриспруденции. Правовой ландшафт в вопросах защиты работающих россиян от социальных рисков высокой степени опасности сформирован Федеральным законом от 24 июля 1998г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». В ситуации несчастного случая законом РФ предусматривается выплата пособий по временной нетрудоспособности единовременной и ежемесячной страховых выплат [9], которые индексируются с учетом уровня инфляции [6; 10], а также оплата дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного за счет средств социального страхования [11].

Вместе с тем, законодательная база, регулирующая вопросы реабилитации и восстановления трудоспособности пострадавших на производстве отличается противоречивостью. Так, А.В. Ан указывает, что «отдельные нормативные акты сформулированы в общем плане, содержащиеся в них статьи не конкретны, что создает условия для их расширительного толкования и применения», не указан четкий перечень мер по реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве, нет утвержденного порядка взаимодействия заинтересованных структур в рамках выполнения программ реабилитации пострадавших. Кроме того, он отмечает, что «в настоящий момент не используются все возможности комплексной реабилитации в период до установления степени утраты профессиональной трудоспособности и/или инвалидности» [1]. Таким образом, необходимость повышения качества, расширения спектра предоставляемых в системе в системе обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний услуг (в части профилактики, сохранения здоровья и реабилитации работающих), расширением временного интервала их предоставления, соответствия объемов компенсации экономических потерь пострадавших и членов их семей в ситуации полученного ущерба здоровью не вызывает сомнений.

И.М. Шейман считает, что в сложившихся условиях государство инициативно принимает на себя чрезмерный объем государственных гарантий, не имея реальной возможности для их социально-экономического обеспечения, что, с одной стороны – обуславливает дефицитарность системы социального страхования и социальной защиты, а с другой – подрывает доверие населения к государственным структурам [20]. То есть, по сути наблюдается тенденции догоняющего развития, или, по выражению В.А. Ядова, «модернизация вдогонку» социальной сферы, что, в принципе, является устойчивой характеристикой российской государственности [21].

Следует признать, что существующая сегодня система государственного социального страхования России не вполне отвечает

вызовам современности, темпы ее развития зачастую отстают от динамики общественных изменений демографического, экономического, социально-политического порядка. Наблюдается парадоксальная ситуация: Россия вышла на этап рыночных отношений, однако социальная сфера «осталась в советском прошлом», и ускорить темпы ее модернизации не представляется возможным из-за масштабности необходимых преобразований.

Действующая сегодня система социального страхования характеризуется тем, что до настоящего момента выполняет функции социальной защиты, социального обеспечения, государственного социального страхования и личного страхования (накопительная часть пенсии) [4], что является концептуальным препятствием для развития рыночного института социального страхования и, с точки зрения экономических законов, не имеет перспектив на развитие в дальнейшем.

Кроме того, в отечественной системе социального страхования, помимо тенденций страхового обеспечения функций социальной защиты, наблюдается серьезная финансовая разбалансированность, низкая эффективность управленческих методов и недостаточная практика частно-государственного партнерства в вопросах страхования, что, в целом, негативно влияет на эффективность социально-политической и экономической составляющей государственной стратегии. Помимо этого, объективная социально-экономическая потребностью государства в развитии добровольных и негосударственных форм социального страхования в настоящий момент реализована незначительно, в том числе из-за отсутствие эффективных механизмов мотивации россиян к участию в вопросах собственного страхования и обусловленным историческими, культурными и социально-психологическими предпосылками низким уровнем интереса населения к добровольному социальному страхованию. Заметим, что в развитой рыночной экономике система социального страхования представляет собой симбиоз государственных, общественных и частных

институтов страхования, совместная деятельность которых обеспечивает высокий уровень защиты застрахованных от социальных рисков.

Ряд авторов указывает, что российская система социального страхования все более корреспондирует с налоговой сферой, нежели со страховой: отчисления с доходов трудящихся направляются в Пенсионный и Фонд социального страхования и посредством механизма перераспределения направляются для решения проблем, связанных с социальными проблемами социально-незащищенных групп населения, преимущественно не имеющих прав на страховые выплаты [4; 16]. Кроме того, сегодня страховые выплаты рассматриваются в большинстве случаев как «помощь государства», что не соответствует страховой природе средств: застрахованный, выплачивая регулярные страховые взносы, по сути, передает этот финансовый «запас» в управление государству с гарантией их сохранения и выплаты при наступлении страхового случая – а значит, является собственником этих средств, а не иждивенцем государства [4].

Для сравнения: в западных странах вопросы социальной защиты решаются с помощью налоговых механизмов, а не страховых средств (имеющих четкую адресную направленность). Кроме того, инструментарий организации финансовых институтов социального страхования большинства стран включает такие индикаторы как уровень социального и профессионального риска, сопоставимость и полнота страховых взносов и выплат, наличие системы реабилитации пострадавших на производстве, эффективность которых подтверждается не только актуарными расчетами, но и позитивным восприятием страховых механизмов потребителями.

Действительно, сегодня в России потенциал института социального страхования используется фрагментарно, внедрены и действуют лишь отдельные страховые элементы и инструментарий, несформирована действующая инфраструктура управления системой социального страхования – все это не способствует эффективному осуществлению модернизационных преобразований.

Кроме того, среди основных недостатков современной российской системы социальной страхования – неразвитая инфраструктура управления системой социального

страхования, отсутствие оценки риска условий труда и индивидуального подхода к формированию тарифов страховых отчислений предприятий, несогласованность стандартов (тарифов) страховых выплат страховым рискам (понятия «профессиональный риск» и «управление профессиональными рисками» были введены в правовую практику лишь в 2011г.) [7], специфике профессии и региональным особенностям, а также недостаточность указанных выплат для восстановления здоровья и работоспособности и поддержания достойного уровня жизни застрахованных и членов их семей [17, с. 65]. Именно поэтому, сегодня в России основными приоритетами в сфере труда и занятости населения обозначены меры по переходу от компенсационной модели страховых выплат к внедрению на производстве механизмов управления профессиональными рисками, а также стимулирования работодателей к выявлению и оценке рисков, улучшению условий труда и защиты прав экономически активного населения.

Одновременно наблюдаются противоречивые претензии к содержанию стратегии развития системы обязательного социального страхования как со стороны государства – к низкой эффективности системы социального страхования как элементу экономической системы государства и институту социальной защиты населения, снижающему нагрузку на расходную часть бюджета по страховым выплатам, несоответствию качества и сроков предоставления реабилитационных услуг пострадавшим от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний международным стандартам; работодателей (страхователей) – к росту затрат на формирование современной системы безопасности и охраны труда, а также несоответствию объемов страховых отчислений уровню компенсационных выплат застрахованным, экономических потерь в ситуации несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний работников; работающих – к усложнению условий труда, повышению профессиональных требований, недостаточности мер по охране труда, отсутствию уверенности в достаточности страховых выплат для восстановления здоровья и работоспособности, компенсации экономических потерь от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Указанные противоречия обуславливают потребность в поиске новых социально-экономических путей, разработке методических подходов к оценке эффективности в сфере предоставления страховых услуг, а также необходимость совершенствования управления и организации предоставления государственных гарантий застрахованным лицам в системе социального страхования. При этом формирование окончательной модели российской системы социального страхования напрямую зависит от совершенствования законодательной базы в сфере социальной защиты и страхования, согласования объемов предоставляемых государством услуг по публичным обязательствам и уровня их оплаты; повышения эффективности управленческих мер в системе социального страхования, повышения объема и выработки механизмов участия граждан в страховых процессах [4; 8; 16].

Происходящие с настоящим момент в России модернизационные структурно-общественные, экономические и политические преобразования, направлены, в первую очередь, на формирование социальной политики государства в соответствии с мировыми практиками рыночных отношений, расширение возможностей доступа к современным системам образования, здравоохранения, социальной защиты и обеспечение эффективной системы государственных мер по поддержке населения, в том числе – посредством механизма социального страхования. Указанные модернизационные изменения во многом

обусловлены глобализационными тенденциями трансформации структуры трудовой занятости населения, необходимостью соответствия социально-трудовых отношений мировым практикам делового партнерства и рыночного взаимодействия.

Вместе с тем, признавая, что модернизация стратегии управления системой социального страхования отвечает общегосударственным, общественным и индивидуальным потребностям работников, нельзя не отметить «догоняющий» характер модернизационных преобразований в системе социального страхования современной России.

Библиографический список

1. *Ан А.В.* Медико-социальные основы заболеваемости, инвалидности и научное обоснование системы мер по повышению эффективности комплексной реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве: дисс ... д.м.н. – М., 2008.
2. Конвенция МОТ №121. О пособиях в случаях производственного травматизма. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.conventions.ru/view_base.php?id=299
3. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://constitution.kremlin.ru/>
4. Концепция совершенствования системы социального страхования в Российской Федерации (проект)/ Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2005. №13 (265) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.budgetrf.ru>
5. *Лушникова М.В., Лушников А.М.* Курс права социального обеспечения. - М., Юстицинформ, 2009.
6. О внесении изменений в некоторые законодательные акты РФ, связанные с осуществлением обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Федеральный закон РФ от 26.11.2002г. (№152-ФЗ).
7. О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации. Федеральный закон РФ от 18.07.2011г. (№238-ФЗ).
8. О реформировании системы обязательного социального страхования. Доклад Министерства труда и социального развития Российской Федерации. М., 2003. С.4.
9. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2007г. №3311-ЛГ «О порядке назначения и выплаты пособия в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием».
10. Постановление Правительства РФ от 02.02.2010г. №36 «Об установлении коэффициента индексации размера ежемесячной страховой выплаты по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».
11. Постановление Правительства РФ от 15.05.2006г. №286 «Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию

застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

12. Развитие системы социального страхования в России. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fss.ru>

13. Распоряжение Президента Российской Федерации от 12.05.2000г. №151-РП «О подписании Европейской социальной Хартии (пересмотренной)».

14. *Рожественская Е. Ю.* [Концепция баланса жизни и труда: уроки европейской социальной политики и российские перспективы](#) // Журнал исследований социальной политики. 2011. № 4. С. 439-454.

15. *Роик В.Д.* Основы социального страхования: Учебное пособие. – М.: Изд-во РАГС, 2004.

16. *Роик В.Д.* Социальная политика: какая модель распределения доходов нужна России? // Российский экономический журнал. 2002. № 8. С. 38-44.

17. *Роик В.Д.* Социальное страхование профессиональных рисков: Учебное пособие. – М.: Изд-во РАГС, 2005.

18. Социальная защита в странах Европейского союза. - М., 1996.

19. *Шамшурина Н.Г.* Индикаторы общественной результативности управленческих решений в здравоохранении // Сеченовский вестник. 2012. №2(8). С. 51-54.

20. *Шейман И.М.* Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2000. № 5,6/45. С. 47-55

21. *Ядов В.А.* Россия как трансформирующееся общество (резюме многолетней дискуссии социологов) // Общество и экономика. 1999. № 10-11. С. 64-72.

С.Н. Майорова-Щеглова,

Российский государственный гуманитарный университет,

Москва

ПОКАЗАТЕЛИ И ИНДИКАТОРЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ДЕТСТВА: ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОЛОГИИ

Детство определяется нами как выраженная в практиках и языке совокупность объектов, событий, процессов, социальных институтов и социальных практик в отношении людей, в возрасте, определяемом как не взрослый [1]. Этот социальный конструкт формируется и поддерживается обществом, а также постоянно возобновляется в процессе жизнедеятельности детей, осваивающих социальность и интегрирующихся в социум. Детство не обладает самостоятельным свойством самостабилизации и самоорганизации, не может без соответствующей коррекции и поддержки приспособиться и адаптироваться к сложившимся и динамично изменяющимся условиям его внешнего окружения. Актуальная проблема благополучия юных граждан в модернизирующемся обществе требует установления специальных показателей, индикаторов и на их основе социологического мониторинга здоровья и образа жизни детей, сохраняющего и укрепляющего это здоровье. Так постепенно происходит выстраивание нового социального конструкта «здоровьесберегающее детство».

Объективные показатели здоровьесберегающего детства в РФ разработаны на основе международных и учитывают историю и специфику нашей страны. Важнейшими объективными показателями в социальной политики России в области здоровья и безопасности детей являются:

1. Наличие нормативных условий для здорового развития каждого ребенка с рождения, обеспечение доступа всех категорий детей к качественным услугам и стандартам системы здравоохранения, средствам лечения болезней и восстановления здоровья.

2. Реализация надлежащих комплексных услуг и стандартов в сфере здравоохранения для детей.

3. Безопасность детства (индикатор – детская смертность от несчастных случаев и травм, на 100 тыс. детей и подростков в возрасте от 0-19 лет)

4. Поддержание устойчивой модели организации отдыха и оздоровления детей на принципах государственно-частного партнерства.

5. Обеспечение в соответствии с международными стандартами прав детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на воспитание в семьях, получение квалифицированной медицинской помощи, охрану здоровья и реабилитацию, доступную среду и др.

Эти показатели довольно успешно отслеживаются развитой системой ведомственной и государственной статистики. Неразрешенной проблемой остается сбор субъективных показателей здоровьесберегающего детства. Оценка состояние здоровья/нездоровья детей и достаточности/недостатка усилий общества по его (здоровья) сохранению может быть получена путем изучения мнения взрослых и мнения самих детей.

Мнение взрослых – родителей, педагогов, мед. работников, специалистов других профессий, сопряженных с процессом социализации-помогут отследить показатели:

1. Действие существующих международных стандартов обеспечения и защиты прав и интересов детей.

2. Удовлетворенность профилактическим медицинским обслуживанием, причины отказа от иммунизации

3. Причины детского травматизма и смертности по возрастам

4. Безопасная инфраструктура детства: риск для жизни и здоровья ребёнка в доме, на улицах, дворах, учреждениях, дорогах

5. Уровень насилия над детьми (включая, например, школьные перегрузки как педагогическое насилие)

6. Оценка стимулирования потребности в здоровом образе жизни (роль СМИ, книги, Интернета в формировании здорового образа жизни современных детей; детские и волонтерские

общественные организации и их роль в формировании ЗОЖ;
детский спорт и его роль в здоровьесберегающем детстве

Мнение самих детей относительно их поведенческих аспектов, связанных со здоровым, нездоровым образом жизни, на наш взгляд, возможно изучать специально адаптированными методами в дошкольном и младшем школьном возрасте, а с подросткового возраста (10-11 лет) возможно изучение ценностных ориентаций и установок на самосохранительное поведение и с применением анкеты.

В исследованиях детей социологи, на наш взгляд, должны сосредоточиться на следующих основных:

1. Интегральный показатель оценки собственного здоровья
2. Развитие медицины, клиник, дружественных к детям и подросткам
3. Удовлетворенность деятельностью учреждений, специалистов, волонтеров по социально-психологической поддержке детей
4. Регулирование участия детей в принятии решений, затрагивающих их интересы в сфере здоровья.
5. Аспекты рискованного поведения особенно подростков и юношества.

Дети и дошкольного и младшего школьного возраста вполне справляются с ответами на вопросы, косвенно демонстрирующими аспекты образа жизни: Завтракают ли они каждое утро? Едят ли горячую пищу, фрукты? Посещают ли врачей, соблюдают ли режим дня? Занимаются ли физкультурой, бывают ли на воздухе достаточное время? Много ли у них дополнительных занятий в ущерб отдыху и играм? и др.

Самая большая сложность в определении индикаторов субъективных показателей здоровьесберегающего детства. Например, оценка показателя оценки здоровья предполагает выявление доли подростков, оценивающих состояние своего здоровья как отличное и хорошее. Что принимать в данном

случае за некоторый норматив, позволяющий сделать сравнение? Зарубежные исследования восприятия подростками состояния своего здоровья показывают, что девочки оценивают его чаще как плохое, чем мальчики, и что эта разница увеличивается с возрастом. Девочки волнуются о том, как они выглядят, и в большей степени чувствительны к своему физическому и эмоциональному состоянию, но, вероятно, именно они подвергаются большему давлению родителей, врачей, СМИ. Брать ли некий международный показатель за эталон? В общем и целом, в настоящее время в большинстве стран Европы, за исключением Великобритании, приблизительно 80% подростков считают, что у них хорошее или отличное здоровье. Хуже всех оценивают своё здоровье подростки в России, уступая первое место только Литве (более 35% подростков) [2]. При этом уровень иммунизации, охвата врачами-педиатрами и прочие объективные показатели состояния детского здоровья и экспертное мнение констатируют средний (не низкий уровень) благополучия. На данную оценку влияют национальный менталитет, утвердившаяся установка на пессимизм и занижение психосоматического состояния.

Компоненты, включённые в поведенческие показатели риска (индикаторы –доля подростков, которые курят; находившихся в состоянии алкогольного опьянения более двух раз; употребляющих коноплю; имеющих сексуальный опыт и не пользующихся презервативами, участвовавших в драках, подвергавшихся реальному или виртуальному буллингу) требуют при исследовании создание особых процедур. Во многих работах социологи предлагают считать, что при таких опросах получается неполная усеченная картина. Мы придерживаемся иного мнения, ведь этот возраст ориентируется на групповую оценку, характеризуется негативизмом, а значит, велика вероятность получения данных, сдвинутых по шкале в сторону преувеличения девиаций [3].

Установление индикаторов здоровьесберегающего детства и формирование некоторых сравнительных нормативов являются актуальной

задачей современной социологической науки на пересечении полей социологии здоровья и социологии детства.

Библиографический список

1. *Майорова-Щеглова С.Н.* Диалог культур: поиск универсальных подходов к детству // Вестник РГГУ. Серия «Социология» №2. 2008. С.212-218.

2. Обзор благополучия в богатых странах (всесторонний анализ жизни и благополучия детей и подростков в экономически развитых странах) [Электронный ресурс]. - ЮНИСЕФ, Доклад Исследовательского центра «Инноченти», 2007. - №7. – с. 46 – Режим доступа: http://2010-2030.ru/files/images/Blagopoluchie_detei_v_bogatyh_stranah.pdf (дата обращения 15.06.2013)

3. *Щеглова С.Н.* «Социология детства» как элективный курс. Опыт преподавания.// Социол.исслед. 2003. №6. С.109-113; *Майорова-Щеглова С.Н.* Проективные методы исследования подростков //. Школьные технологии. 2008. №4. С.170-179.

А.С. Макарян, Д.И. Кича,
Российский университет дружбы народов,
Москва

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На фоне усиливающихся в отечественном здравоохранении процессов интенсификации вследствие программы модернизации в структуре народно-хозяйственного производства медицинская помощь все более и более проявляет зависимость от кадрового обеспечения. Обращает на себя внимание тенденция к сужению роли медицинских работников на фоне поступления высокотехнологичного медицинского оборудования, а также постарения медицинского корпуса лечебно-профилактических учреждений государственной сферы услуг здравоохранения.

Так как в настоящее время управленческие решения в сфере здравоохранения не могут быть приняты без учета состояния и потребностей в высококвалифицированных медицинских кадрах, то можно предположить возрастание их роли в развитии сектора медицинских услуг. Система здравоохранения и рынок медицинских услуг сегментируется на отрасли и медицинские специальности, развитие которых зависит от укомплектованности кадрами соответствующей возрастной и квалификационной категории.

Увлечение высокой технологичностью и информационной вооруженностью сферы здравоохранения происходит на фоне недоучета роли молодых и креативных медицинских кадров, являющихся важнейшим компонентом провозглашенной стратегии на технизацию, информатизацию и экономическую составляющую в производстве медицинских услуг.

Проведенные нами оценки показывают, что применительно к здравоохранению реалии общественного развития заключаются в том, что

производство «здоровья» составляет важнейшую основу фактического существования человеческого общества, является условием поступательного общественного развития в силу взаимовлияния экономики и здоровья. Неотъемлемым условием процесса производства материальных благ является наличие объективных условий для «производства здорового человека», независимо от социальных форм производства и ступеней социально-экономического развития общества [1, с. 71-78].

Несомненно, как считают специалисты и ученые, определяющим элементом любого производства, в том числе, медицинских услуг, является человеческий фактор: организаторы здравоохранения, врачи и медицинские сестры. Человеческий фактор в любой системе, особенно в системе здравоохранения, занимает особое место, это обусловлено тем, что медицинские работники, в лице которых этот фактор персонифицируется, работают с особым объектом : живым организмом, чего нет ни в одной другой сфере производства.

Считается, что постановка этих и других вопросов, неизбежно возникающих в ходе исследования современных тенденций в развитии человеческого фактора, определяет специфику новых подходов к этой непростой проблеме здравоохранения. При этом в соответствии с самим смыслом метастратегической концепции отношения человека с производственным пространством, рассматриваются в единстве с конкретно-историческими условиями реформирования здравоохранения.

На фоне интенсивных преобразований в отечественном и мировом здравоохранении происходят заметные и весьма контрастные изменения рынка медицинских услуг и рынка труда в производстве медицинских услуг. Ввиду этих условий, человеческий фактор, т.е. кадровый потенциал здравоохранения, становится ключевой компонентой развития интеграционных процессов, центральным объектом которых является уже новый медицинский работник – *homo medicus, informaticus, technicus* – способный адаптироваться к быстро меняющимся условиям производства,

как материальным, так и социальным, мобильный, компетентный, находящийся практически в любом регионе адекватные своим возможностям и способностям виды занятости и места приложения труда. «Утечка мозгов» в настоящих условиях приобретает более значимый внутренний контекст, чем внешний, т.е. не только межстрановая миграция специалистов медицины, но и внутривосточная межрегиональная. Суть этих процессов содержится в перетекании медицинских квалифицированных кадров из малых городов в более крупные города, из менее развитых регионов в более развитые, в нежелании молодых врачей работать в сельских районах.

Человеческий фактор в данном случае приобретает глубокий смысл обеспечения потребности населения, даже не в высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, а в первичной медико-санитарной помощи, порой в доврачебной.

Представленные здесь основные понятия изучаемых нами проблем человеческого фактора в здравоохранении позволяют подойти к оценке роли медицинского персонала в современной социальной рыночной среде. На этом основании станет возможным определить эффективность медицинского персонала и инвестиций в него при додипломной и последипломной подготовке. В программах первичной переподготовки организаторов здравоохранения и медицинских сестер, которые мы реализуем, отражаются эти вопросы и составляются симуляционные задачи для закрепления навыков и развития компетенций принятия управленческих решений. При этом делается акцент на то, что человеческий фактор в здравоохранении – это специфический ресурс, потребляемый в сфере производства медицинских услуг и сам при этом производящий социально значимый продукт – здоровье [2, с. 304].

Библиографический список

1. Могилевский И. М. Человеческий фактор в метастратегии // МЭиМО. — 1999. — № 6. — С. 71–81.
2. Тогунов И.А. Теория управления рынком медицинских услуг. — Владимир. — Собор. — 2007. 304с.

Н.Е. Мамонов,

Российская академия
предпринимательства, Москва

ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО И ДИЗАЙН: АНАЛОГИЯ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Сущностное содержание дизайна представляет собой специфический вид деятельности, направленной на создание, сохранение и распространение культурных ценностей (в широком смысле данного понятия). Особая значимость данной деятельности определяется не только социальной приоритетностью решаемых проблем, но и ее исключительно творческим, высокоинтеллектуальным характером [1].

В широком понимании дизайн - деятельность, связанная с проектированием объектов вещной (предметной) среды, окружающей человека, с целью формирования целостной, гармоничной, художественно-полноценной предметной среды, наиболее приспособленной для жизнедеятельности. Дизайн решает следующие основные задачи [2]:

- выявляет и формирует потребительские свойства изделий, определяет социальную адресность, функциональное совершенство, полезность, удобство и красоту товаров;
- формирует предметную среду жизни человека и тем самым организует процессы деятельности, протекающие в этой среде, создает условия для достойной жизни человека и общества;
- является источником выражения стиля жизни и поведения человека, его художественных вкусов и представлений;
- формирует культуру деятельности человека как субъекта деятельности, развивающей его творческие способности, желания и интересы.

В современном понимании дизайн – это, в первую очередь, проектная деятельность, неотъемлемыми чертами которой являются: комплексность подхода к задачам проектирования (системное проектирование); сочетание в

проектировании технико-экономических и иных критериев эффективности и эстетических требований (художественное конструирование); конечная ориентация на человека в совокупности его физиологических (эргономических) и духовных характеристик, разнообразных потребностей.

Необходимо учитывать реальную социальную адресность творческих результатов, обусловленную социальной и региональной дифференциацией людей. Следует иметь в виду, что революционно влияющая на качество жизни продукция может оказаться просто недоступной для большинства населения в силу своей стоимости, сложности использования и т.п. Поэтому, в социологическом смысле, возможна ситуация, когда, образно говоря, существует не один дизайн, а несколько дизайнов, по-разному влияющих на образ и качество жизни разных социальных слоев и групп российского общества.

В последние десятилетия неоднократно менялись парадигмы отдельных направлений (сфер) дизайна. Наиболее наглядные примеры демонстрирует адресованный широким массам потребителей промышленный дизайн, парадигмой которого примерно с 2000 г. стало «дизайн как вовлечение потребителя». Дизайн выпускаемой продукции стал символом, визуальной фиксацией потребительской ценности. Скорость реагирования дизайна на запросы производства обеспечивает, в частности, широчайшее использование новых материалов, произведенных химической промышленностью и т.п. Он стал играть ярко выраженную роль не просто объемно-функционального и художественного конструирования, но и источника инноваций [3].

Сопоставление содержания деятельности дизайнера и предпринимателя позволяет выявить ряд глубоких аналогий. В частности, характерные качества дизайнера по сути совпадают с позитивным обликом современного предпринимателя, характерными чертами которого должны стать [4]:

- ◆ адекватное ценностно-эмоциональное отношение к природе и обществу;
- ◆ наличие специфических знаний и умений;

♦ способность к творческой деятельности и креативному мышлению;

♦ готовность к комплексному связному анализу реальных экономических, технических и социально значимых проблем (социально-экономических, социально-экологических и т.д.) и выработке эффективных решений и т.д.

Отмечается и ведущая роль инноваций в обоих видах деятельности. Согласно взглядам выдающегося экономиста и социолога Й. Шумпетера, инновации осуществляются в двух основных формах — через рекомбинацию факторов производства для более экономичного производства старого блага или через открытие производства нового блага, либо поиск нового рынка для старого блага. Именно инновации являются движущей силой развития экономики и общественного прогресса в целом, и Й. Шумпетер раскрывает социальную роль предпринимательства как типа деятельности, разграничивая при этом новаторскую функцию и функцию капиталиста как владельца имущества.

В данном отношении можно отметить, что появление в числе основных направлений дизайна экодизайна [5] создает вполне реальные предпосылки возникновения нового социально значимого инновационного потока. Учитывая методологические и методические трудности с которыми сталкивается ныне развитие экодизайна, можно констатировать, что предпринимательская практика в данной области послужит неоценимым источником эмпирического материала, необходимого для осмысления теоретических проблем.

В то же время, детальный анализ показывает, что экодизайн имеет серьезную перспективу включения в число необходимых современному предпринимателю дисциплин (квалификаций), поскольку при наличии многих общих методологических основ, способен стимулировать воспитание у предпринимателя, например, таких личностных качеств как креативность, широта мышления и т.п.

Кроме того, социально значимым может оказаться и опыт деятельности предпринимателей в сфере продуцирования маркеров социальной позиции на

основе методологии экодизайна, поскольку подобные маркеры отражали бы не только позитивные эстетические ценности и т.п., но и ориентировали бы население на заботу о собственном здоровье, повышая приоритет здоровья в ценностных системах различных социальных слоев и групп.

Библиографический список

1. *Сосунова И.А.* Роль дизайна в формировании современного «вещного мира», ориентированного на повышение качества жизни / Дизайн и качество жизни. Труды ВНИИТЭ. Серия «Качество жизни». –М., 2011.
2. Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования. Коллективная монография. - М., 2000.
3. *Княгинин В.Н.* Промышленный дизайн Российской Федерации: возможность преодоления «дизайн-барьера». – СПб., 2012.
4. *Мамонов Н.Е.* Экосоциальный контекст современного предпринимательства / Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие. [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса/РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012 .
5. *Задесенец Е.* и др. Экологический дизайн как эффективная технология решения социально-экологических проблем // Менеджер-эколог. 2007. №11-12.

ДОВРАЧЕБНАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАРАДИГМЫ

В статье речь пойдет о становлении ранней медицины в России в "допрофессиональный" или "доврачебный" период, который условно можно обозначить временными рамками с конца IX по конец XVI века. Это время возникновения и формирования российского государства, принятия и распространения в стране христианства. Этот исторический этап недостаточно хорошо изучен в социологии медицины, хотя именно в это время закладывались определенные традиции и направления врачевания, которые и сегодня отличают медицину нашей страны: широкое использование натуральных средств лечения, языческая и христианская трактовка этиологии заболеваний. Сегодня большая часть социологических работ сосредоточена на более позднем историческом периоде, – времени институционализации врачебной профессии в России (за исключением некоторых работ, например, Сорокина 2009; Ярская-Смирнова 2011).

Отечественная медицина начиналась с традиционных народных практик лечения. Первые врачи с университетскими дипломами были приглашены в страну царем Иваном Грозным (1547-1584). С этого времени врачебная профессия начинает развиваться как специальность, которая основывается на актуальной для того времени научной базе и требует специализированного образования, а также аккредитации со стороны бюрократической государственной системы. Хотя, важно отметить, что на протяжении практически трехсот лет ранняя "профессиональная" (врачебная) медицина, основанная на университетском образовании, была тесно переплетена с традиционной. Развитие профессионального сектора медицины привело к понижению статуса и престижа лекарей без

специального медицинского образования. В то же время, сама традиционная медицина не потеряла доверия со стороны населения и была интегрирована в практику отечественных ортодоксальных врачей [5].

Представители различных культур и стран болеют отличающимися друг от друга заболеваниями, так как по-разному интерпретируют их и лечат [8]. Даже самые примитивные сообщества обладают своей "теорией болезни", которая позволяет выявить заболевания, классифицировать их и вылечить [14; 23; 18; 19]. "Теории болезни" меняются во времени, тем не менее, как пишет влиятельный антрополог Дж. Фостер, можно выделить общую модель базовых причинно-следственных отношений в сфере заболеваний, которые позволяют проводить межкультурный сравнительный анализ медицинских систем [14, с. 775-776]. Он рассматривает медицину как социально-культурную взаимосвязанную систему, в которой отдельный компонент здоровья или его отсутствия может быть правильно понят или проинтерпретирован только в рамках целостной медицинской системы, в которую он включен.

Согласно Дж. Фостеру, теории болезни можно разделить на две парадигмы: "персоналистическую" (personalistic) и "натуралистическую" (naturalistic). В первой парадигме причины заболевания видятся в действии колдунов, ведьм, привидений или духов предков. Сам термин «персоналистическое» воздействие указывает на активное и целенаправленное воздействие постороннего агента и представляет собой не свойственную индустриальным странам причинно-следственную интерпретацию болезней. Тогда как «натуралистическая» теория болезни объясняет состояние нездоровья дисбалансом в организме человека и использует обезличенные определения такие, например, как холод/тепло или Инь/Янь [14, р. 775]. Натуралистические теории болезни, включая современную научную медицину, объясняют болезнь в нейтральных системных терминах [14, с. 776].

Р. Шведер и его коллеги предлагают в целом схожую классификацию теорий болезни, при этом расширяя ее границы. Они выделяют три типа теорий болезни: "межличностный" (interpersonal), "этический" (moral) и "биомедицинский" (biomedical) [21, с. 127-129]. Точкой отсчета для данной классификации служит поиск причины возникновения заболевания. В "межличностной" теории болезнь трактуется как следствие целенаправленного разрушения здоровья в результате действия злой воли человека или сверхъестественных сил. В "этической" теории болезнь воспринимается как результат греховных поступков самого больного. В "биомедицинской" трактовке болезнь оценивается нейтрально, обезличенно, что схоже с Фостеровской "натуралистической" каузальностью. "Биомедицинская" трактовка Р. Шведера более узкое по содержанию понятие, так как не включает в себя такие обезличенные определения, как, например, Инь/Янь. Важно отметить, что все вышеперечисленные антропологи понимали, что описываемые теории болезни не существуют изолированно друг от друга, а часто соседствуют в рамках одной и той же культуры.

В дальнейшем в нашем анализе зарождения медицины в России мы будем использовать определения "персоналистической", "этической" и "натуралистической" медицины. Все эти три каузальных модели применимы для анализа ситуации в России в различных исторических контекстах.

Персоналистическая медицина и язычество

Все общества обладают собственными системами здравоохранения, если понимать их как набор верований, традиций и представлений о том, кто и каким образом должен заниматься защитой здоровья и излечением болезней. Первые племена, которые жили на территории нынешней России, видели причину болезней в сверхъестественных причинах. Общинная культура древних славянских сообществ регулировалась шаманами, которые передавали из поколения в поколение традиционные верования,

осуществляли ритуалы и оказывали элементарную медицинскую помощь [10]. Персоналистическая медицина и ритуалы неразрывно связаны. Первые "медики" использовали оккультные и практические практики, которые и составляли их экспертизу. Наглядным примером подобного совмещения мистических и практических функций шаманов можно считать иерархию божеств или идолов у древних славян, которые согласно фольклору, отвечали как за духовную жизнь людей, так и за их здоровье [20, с. 10-12]. Каждое божество отвечало за определенные функции организма и "требовало", чтобы заболевшие принимали те или иные травы, питались определенным образом и участвовали в ритуалах.

В отличие от Китая, в русской языческой традиции не только мужская и женская энергия были включены в регулирование здоровья людей⁶¹. На территории древней Руси были распространены языческие верования в божеств (идолов), которые, говоря современным языком, отвечали за нервную систему, за гормональный и жидкостный баланс, за костно-мышечную систему [10]. Наличие множества идолов помогало языческим жрецам и шаманам объяснять заболевания постоянными ссорами и враждой между ними, которые приводили в дисбаланс различные системы организма. Ритуалы были важны для восстановления здоровья, но недостаточны. Первые медики прописывали лечение травами, соблюдение комплекса требований по питанию и усилению или ограничению физических нагрузок. Каждый идол предпочитал те или иные травы, которые пациенты должны были принимать, чтобы угодить ему. Вкусы идолов могли меняться в зависимости от времени года. Отождествление с каждым из идолов определенного набора лекарственных трав позволяло достаточно тонко учитывать их влияние на организм человека.

Языческая персоналистическая медицина играла значимую роль в дохристианской Руси и породила устойчивую веру в травяное и растительное

⁶¹ Хотя некоторые исследователи проводят аналогию с китайской доктриной Инь/Янь, утверждая, что у древних славян языческое божество Перун и следовавший за ним в иерархии богов Велес символизировали мужское начало, а женское начало – Златая Мать (Сколов, Степанов 2001).

лечение, которое на протяжении многих веков использовалось в качестве основной терапии многих заболеваний. Христианская церковь поддерживала развитие траволечения и другие традиционные народные практики, которые появились позднее. В то же время, первые христианские священнослужители настаивали на том, что медицина должна избавиться от мистической интерпретации заболеваний.

Этическая медицина и церковь

В христианстве возник новый подход к пониманию здоровья и болезни, а также изменились медицинские парадигмы. Если язычники полагали, что нормальное функционирование организма может быть нарушено под воздействием злых божеств, то для христиан сам заболевший стал ответственным за возникновение болезни. Болезнь стала восприниматься как дисбаланс, который возникает в случае нарушения гармонии между телом, душой и духом в результате греховных поступков [2]. При этом заболевание стало рассматриваться как норма человеческой жизни, как результат нарушения правил Нового Завета и важный знак о том, что во внутренней жизни заболевшего что-то происходит не так, как должно. При этом болезнь перестала считаться "врагом", наоборот она стала своего рода "помощником", который информирует человека о его внутреннем несовершенстве [1, с. 12-13].

Проблема регулирования здоровья человека стала сферой интересов церкви и первых медиков или, как их называли в то время, "лечцов" (Зоберн 2003: 7). С введением христианства при первых монастырях возникали приюты и богадельни, где занимались лечением. В самых ранних письменных документах встречаются указания на лечцов, которые свои познания передавали из поколения в поколения в "семейных школах" [11]. Историки спорят о точной дате открытия монастырских больниц, но чаще всего речь идет о том, что они появились в Древней Руси одновременно с монастырями. Первое сохранившееся упоминание о монастырских

больницах относится ко времени княжения Владимира Святого в X веке: именно он, как свидетельствуют летописи, вместе с митрополитом Леоном установил своеобразную подать (налог) — так называемую десятину в пользу "нищих, сирот, сирых, больных и других" [7]. Больницы эти были общедоступными, так как в них медицинская помощь, оказываемая лечцами, была бесплатной, в отличие от помощи мирских или светских лечцов.

С момента принятия христианства аксиомой для его последователей становится то, что здоровье человека, гармоничное состояние его тела и души могут возникнуть только в церкви. В восточных религиозных системах врачи рассматривались как помощники, которые могут привести в состояние равновесия не только тело, но и умственное и душевное состояние человека. Ортодоксальная христианская церковь, напротив, запретила все практики, которые вмешиваются во внутренний мир человека — целительство, магию, колдовство и ритуалы, которые имели отношение к траволечению. Все языческие врачеватели — кудесники, волхвы, ведуны и ведуньи — объявлялись служителями темных сил и, как правило, подвергались преследованиям [11]. Восстановление здоровья должно было начинаться с посещения церкви и участия в ее ритуалах, таких, как исповедь, причащение, помазание и других [1, с. 6]. При этом лечение тела никогда не отрицалось церковью, просто оно сводилось к нормализации телесных функций организма, в то время как вмешательство во внутренний мир человека не допускалось.

На период христианизации Руси приходится время становления и роста новых традиционных форм медицины: апитерапии (использование пчел и пчелопродуктов для лечения), гирудотерапии (использование пиявок) и костоправства. Единственной восточной терапией, популярной на Руси того времени, стала Индо-тибетская медицина. Данное направление приобрело популярность в азиатской части нашей страны, в связи с распространением там буддизма [4, с. 51]. Помимо того русская версия Индо-тибетской медицины также использовала китайские практики, например, акупунктуру,

Персидскую и Непальскую медицину [10, с. 15]. Некоторые медики того времени использовали этические моральные модели объяснения болезни, тогда как многие другие по-прежнему основывались на моделях персоналистической медицины.

Христианизация языческой Руси осуществлялась медленно, во многом процесс этот был приостановлен татаро-монгольским игом, продолжавшимся более двух веков подряд (1234-1480 гг.). В этот период развитие традиционной медицины также было приостановлено в результате стагнации всей культурной жизни страны. После освобождения от ига церковь возобновила борьбу с пережитками язычества и персоналистической медицины, использованием амулетов, талисманов и колдовства. Были запрещены травы, настойки, средства минерального и животного происхождения, которые использовались в языческих ритуалах. Несмотря на запреты, первые медики продолжали писать книги о средствах народной медицины, которые копировались и тайно распространялись. Первые письменные копии "травяных книг" появились в начале XVI века. Архивная коллекция народных книг того времени по траволечению насчитывает около четырехсот книг [3, с. 13].

Церковь перестала преследовать подобного рода литературу по траволечению и другим народным методам лечения в конце XVI века, когда регулирование медицинских вопросов перешло в руки царской семьи и царского правительства [9], тогда как в юрисдикции церкви осталось наблюдения за больницами и госпиталями, прикрепленными к монастырям и церквям. Православная церковь оставалась крупной общественной и политической силой, не только духовной, но и светской. Монастыри имели свои земельные владения, обширные вотчины, и могли оказывать помощь больным и социально незащищенным. Масштабы этой помощи были достаточно велики [6, с. 40-41].

Натуралистическая медицина и государство

А. Клейнман утверждает, что все медицинское поле можно поделить на три сектора: "бытовой" (popular), "профессиональный" и "народный" (folk) [15, с. 50-59]. Бытовой сектор относится к непрофессиональной повседневной медицинской помощи, используемой обычными людьми в быту. Он включает в себя несколько уровней: индивид, семья, род и общие родовые представления и верования. Народный сектор – это сектор, в котором заняты медики, которые не являются специально обученными специалистами. Они не имеют отношения к организованной системе здравоохранения. Каждый сектор обладает собственной системой объяснения заболеваний, или, как Клейнман определяет ее, своей "объяснительной моделью". Она отвечает на вопросы о причине болезни, ее этиологии, времени возникновения симптомов, патофизиологии, степени ее серьезности, а также включает в себя представления о роли больного и способах лечения [15, с. 105].

Используя вышеприведенную модель А. Клейнмана, российская медицина к концу XVI века представляла собой два пересекающихся сектора: бытовой сектор самопомощи и народный сектор лечцов или врачей традиционной медицины [16]. Как уже было отмечено, первые медики использовали персоналистическую или этическую объяснительные модели возникновения заболеваний. Приглашение в страну первых зарубежных врачей послужило фундаментом развития "профессионального" сектора медицины. Западные специалисты привносят новую натуралистическую логику объяснения причин заболеваний, используя обезличенный системный подход, при этом моральная система координат отходит на второй план.

Важно отметить, что медицину начала XVII века можно только условно разделить на "профессиональную" научную сферу и "непрофессиональную" ненаучную. Первые приехавшие в нашу страну

зарубежные доктора, выпускники университетов, могли использовать научную риторику, ее некоторые средства и методы. Однако это не говорит о том, что их знания были теоретически обоснованы, эмпирически апробированы, систематизированы, проверены на уровне экспериментов и предсказуемы [22, с. 4]. Несмотря на наличие академических дипломов и знания наук того времени, первые врачи изготавливали яды, использовали астрологию для выбора способа лечения, утверждали, что могут предсказывать будущее, а кроме того использовали традиционные для непрофессионального сектора средства, такие, как кровопускание, пиявки и траволечение [9].

Первые врачи в стране работали в рамках «патронажной системы», по определению Т. Джонсона, такая ситуация складывается в том случае, если доминирующий платежеспособный спрос на профессиональные услуги исходит от малой унитарной группы клиентов, обладающей высоким властным ресурсом. Знатные клиенты понимали, что лучшими лекарствами следует считать не те, что были изобретены врачами с их научным образованием, а – лекарства, что были найдены народом и апробированы на протяжении нескольких веков. Даже царское правительство считало одной из своих главных задач вопрос внедрения и распространения народной медицины. Многие российские самодержцы уделяли серьезное внимание народной медицине, особенно траволечению. Даже в конце XIX века врачи не отказывались от использования проверенной временем народной медицины и использовали ее наряду с новыми техниками, такими, как вакцинирование, хинин и некоторыми хирургическими достижениями, такими, как анестезия и асептика [6].

В современном российском плюралистическом медицинском контексте все три обсужденные в статье теории болезни сосуществуют. Реформа

отечественной системы здравоохранения привела к расширению спектра предоставляемых лечебных услуг в коммерческом и государственном секторе. Медицинский монизм середины двадцатого века начал постепенно разрушаться, и в стране высокой популярностью вновь пользуется традиционная народная медицина – траволечение, гирудотерапия, апитерапия, водолечение и другие методы. В России рост популярности традиционной медицины происходил параллельно с процессом возрождения ортодоксальной православной традиции и ростом популярности этической трактовки заболеваний. В то же время, оставшаяся со времен язычества персоналистическая объяснительная модель этиологии заболеваний во многом способствовала популярности целительства, которое обещает избавить от негативного воздействия посторонних агентов («порча», «сглаз»). Сегодня целители составляют практически половину от всех российских традиционных специалистов [5, с. 25]. Что касается профессионального сектора медицины, самого медицинского сообщества, в нем по-прежнему доминирует натуралистическая трактовка заболеваний, объясняющая медицину в нейтральных обезличенных терминах.

Библиографический список

1. Григорян В. Жизнь ради жизни, Сыктывкар: Эском, 2002.
2. Жохов В. Христианское отношение к болезням и врачеванию. Интернет публикация. Доступно по адресу: <http://www.spasi.ru/biblt/bab.htm>, 2013 г.
3. Забылин М. Русский народ. Его обычаи, обряды, предания, суеверия и поэзия, М.: Автор, 1992.
4. Киселева Т.Л., Чепков В.Н., Карпеев А.А. Традиционные медицинские системы мира в России, М.: Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения, 2000.

5. Мансуров В.А., Юрченко О. В. Динамика статуса традиционной медицины в России: исторический ракурс // Ярская-Смирнова Е.Р. Традиционная медицина: политика и практика профессионализации, М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011.

6. Мирский М.Б. Медицина России XVI-XIX веков, М.: Росспэн, 1996.

7. Мирский М.Б. 'Монастырская медицина в Древней Руси' // Медицинский вестник. № 35 (504). 2009. Доступно по адресу: <http://medvestnik.ru/archive/2009/35/2682.html>, 2013 г.

8. Михель Д.В. [Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология: Уч. пос. для студентов](#) / Саратов: Новый проект, 2010.

9. Рихтер В. М. История медицины в России, М.: Университетская типография, 1820.

10. Соколов И. И., Степанов В. В. Народная медицина – наука и традиционное знание, СПб., Гидрометеиздат, 2001.

11. Сорокина Т.С. История медицины: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / 9-е изд., переработанное и дополненное, М.: Издательский центр "Академия", 2009.

12. Страшун И. Д. Русская общественная медицина в период между двумя революциями, М., 1964.

13. Ярская-Смирнова Е.Р. Традиционная медицина: политика и практика профессионализации, М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011.

14. Foster G. Disease etiologies in non-Western medical systems// American Anthropologist. 1976. 78 (4): 773-82.

15. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture, Berkeley: University of California Press, 1980.

16. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, in Currer C. and Stacey M. (eds) Concepts of Health, Illness and Disease: a Comparative Perspective, Oxford: Berg, 1993.

17. *Kotok A.* The History of Homeopathy in the Russian Empire until World War I, as Compared with other European Countries and the USA: Similarities and Discrepancies. Unpublished PhD thesis, the Hebrew University of Jerusalem, 2001.

18. *Pelto G.H. and Pelto P. J.* (eds) Research Methods in Nutritional Anthropology, Tokyo: UNU, 1989.

19. *Pilch J.* Beat his ribs while he is young' (Sir 30:12): a window on the Mediterranean world // *Biblical Theology Bulletin*. 1993. 23: 101-113.

20. *Rusmann D.* The spheres of medical // *Pharmedicum*. 1996. 1: 8-12.

21. *Shweder R.A., Much N.C., Mahapatra M., and Park L.* The "Big Three" of morality (autonomy, community, divinity) and the "Big Three" explanations of suffering, in *Brandt A.M. and Rozin P.* (eds) *Morality and Health*, New York: Routledge, 1997.

22. *Squires R. J.* Marginality, Stigma and Conversion in the Context of Medical Knowledge, Professional Practices and Occupational Interests. A Case Study of Professional Homeopathy in Nineteenth Century Britain and the United States. Unpublished PhD thesis, University of Leeds, 1985.

23. *Young A.* The anthropologies of illness and sickness // *Annual Review of Anthropology*. 1982. 11: 257-85.

И.А. Миненко,

ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России,
Москва

ПУЛЬСОГЕМОИНДИКАЦИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ

В Российской, как впрочем и в мировой, медицине процветает узкоспециализированный нозологический подход к терапии, когда пациента лечит или гастроэнтеролог, или эндокринолог, или стоматолог, при этом ни один из уважающих себя и медицину врачей не будет спорить, что “надо лечить не болезнь, а больного”, т.е. системно, что нельзя лечить один орган, игнорируя состояние и реакцию на лечение других органов и систем человека. Но, увы, продолжают лечить по старинке, так как по-другому лечить не обучены, продолжая подменять причину заболевания - функциональное состояние организма в целом следствием – конкретной нозологической единицей, что сродни стрельбе мимо цели. Болезнь начинает бродить по организму, а пациент от одного специалиста к другому, и так до логического конца, т.е. отрасль работает на воспроизводство своих клиентов.

В то же время, на основании функционального подхода, организм пациента рассматривается как целостная система, объединение взаимодействующих функций.

В случае патологии, одни из них вынуждены перенапрягаться, компенсируя возникшую дисфункцию, другие, оставаясь недогруженными, постепенно дегенерируют. Длительное подобное существование приводит к патологическому характеру компенсации, связывает необходимые ресурсы и лишает организм возможности адекватно реагировать на изменения своей физиологии.

В настоящее время более половины населения развитых стран страдает периодически повторяющимися болями в спине. Несмотря на, казалось бы, известные моменты патогенеза, наличие широкого спектра препаратов-анальгетиков и огромное количество предложенных методов лечения, многие пациенты и врачи остаются не удовлетворены качеством подобной терапии.

В большинстве случаев, тактика лечения и прогноз заболевания определяются на основании морфологической картины (по данным КТ, МРТ, и т. д).

Пульсогемоиндикация - это принципиально новый метод диагностики и терапии, позволяющий получить качественную и количественную оценку функционального состояния человека в целом, оценить адаптационные возможности организма, проводить анализ динамики состояния пациента в процессе лечения, а также создать оптимальный цикл лечения: диагностика-терапия-диагностика.

История рождения метода:

1755-1843 гг.	<u>Самуэль Ганеман</u>, Германия. — рождение гомеопатии, создание потенцированных фармакологических препаратов.
1924 г.	<u>Николай Павлович Кравков</u>, 1865 г.-1924 г. - русский фармаколог, основоположник советской фармакологии, член-корреспондент Российской АН (1920), академик Военно-медицинской академии (1914) СССР. — открытие и доказательство эффекта дистантного воздействия фармакологических агентов на вегетативные функции организма в остром эксперименте на животных. — в острых экспериментах доказал влияние на организм фармакологических агентов в огромных разведениях (до 10^{-23}). Посмертно (1926 г.) за работы присвоена высшая гос. награда — Ленинская премия. В 1924 году отечественным фармакологом, член-корреспондентом Российской академии наук Н.П.Кравковым был открыт дистанционный эффект взаимодействия объектов живой и неживой природы. В эксперименте на сосудистой модели изолированного уха кролика автор пропускал питательный раствор Рингера-Локка. Оказалось, что расположение вблизи сосудов уха металлов (медь, свинец и др.), а также растворов адреналина и других биологически активных веществ, приводили к изменению количества протекающей жидкости по сосудам. Регистрация ответа организма на такого рода аппликации препаратов (меди, свинца и др.) получила название <i>медикаментозного тестирования</i>. Это позволило производить диагностику состояния органов и систем. Так, если лёгкие положительно реагируют на тестируемый противотуберкулёзный препарат, то врач может с большой долей вероятности утверждать, что пациент страдает лёгочной формой данного заболевания, а этот препарат показан для приёма в качестве лечебного. Этот принцип лежит в основе рассматриваемого метода пульсогемоиндикации.

1953 г.	<u>Рейнхольд Фолль</u>, Германия. — подтвердил открытие Н.П.Кравкова. Доказал, что расстояние (организм - агент) при дистантном влиянии фармакологического агента может быть значительно
1954 г.	увеличено с помощью одножильного проводника; — разработал принципы медикаментозного тестирования потенцированных фармакологических препаратов ("дистантная аппликация препарата — ответ организма"), собственно диагностика. В нашей стране после многочисленных клинических испытаний метод Фолля получил право на клиническую практику в 1989 году (постановление Совета Министров СССР № 211 от 6 июня 1989 года) и в настоящее время включен в Перечень видов медицинской деятельности на территории России (Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности №270 от 01 июля 1996 года), действуют Методические рекомендации «Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии», утвержденные Минздравом РФ Приказом № 98/232 от 11 марта 1999 года, и Методические рекомендации Минздрава России №00\74 «Биорезонансная терапия».

1960-е г.г.	<u>Роман Маркович Баевский</u>, проф. Института медико-биологических проблем, СССР. — создал электрокардиографический метод мгновенной регистрации ответа организма человека на любые функциональные нагрузки, разработал метод оценки состояния вегетативной нервной системы и организма в целом путём регистрации и математического анализа variability сердечного ритма (8,9). Неоспоримое преимущество этого метода заключается в мгновенной регистрации ответа сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем на любой раздражитель (в том числе и лекарственный препарат), а компьютерные технологии позволили немедленно обрабатывать эти сигналы..
С 1996 г.	<u>Медико-технический институт "ФВД"</u>, группа авторов, Россия. — разработан и внедрён в практику метод диагностики и неспецифической терапии — пульсогемоиндикация. Метод вобрал в себя открытия и разработки по п.п. 1-7 и реализован в аппаратно-программном комплексе (АПК) "Асгард". В качестве мгновенного регистрирующего устройства разработан пятиканальный фотоплетизмограф.

Принципы пульсогемоиндикации:

- **Первый принцип** - использование препаратов, на которые выявлена индивидуальная реакция пациента при помощи медикаментозного теста.
- **Второй принцип** - лечение внутренних органов без хирургического вмешательства: то есть неинвазивно.

- **Третий принцип** – это современные компьютерные технологии, что позволяет снизить трудоемкость и сократить время процедур.

- **Четвертый принцип** - пошаговая информационная поддержка. В прибор, в виде программы обследования, занесены все те «шаги», которые должен сделать врач при проведении приема пациента для каждой конкретной патологии.

Несмотря на успехи компьютерной диагностики, схема самого диагностического поиска остаётся неизменной: пациент → врач → лаборатория → инструментальные методы → врач. Этот цикл повторяется до тех пор, пока не будет установлен диагноз и назначена адекватная терапия. Развитие симптоматики и методов обследования приводит к необходимости постоянного обновления базы диагностических методик, а сам процесс компьютерной диагностики не обходится без общепринятых лабораторных и инструментальных методов.

Самый короткий путь к назначению правильного лечения реализуется тогда, когда пациент имеет патогномичные признаки конкретного заболевания, которые тут же выводят врача на точный диагноз. Диагностический путь несколько удлиняется, если симптомы носят характер специфичных, но не патогномичных. Этот путь требует обязательного клинического инструментального обследования (до обследования) пациента.

Самый "долгий" и наиболее часто встречающийся путь к точному диагнозу, связан с наличием у пациента лишь неспецифических симптомов заболевания. Здесь от врача требуется выработка нескольких диагностических предположений с методичным, последовательным проведением дифференциально-диагностического поиска. Это путь "проб и ошибок". Причём, как правило, на первых этапах выбираются наименее травматичные диагностические приёмы и, в случае неудачи, процесс повторяется и затягивается, а сама диагностика становится всё более

травматичной. Она делается обременительной для пациента, врача и самого учреждения (снижение показателей оборота койки).

Следует отметить, что иногда путь к точному диагнозу лежит ещё и через диагностику пробным лечением (*ex juvantibus*). Этот метод используется относительно редко, ибо требует точного совпадения диагноза с назначенным *специфическим* лечением. И именно этот путь используется в методе пульсогемоиндикации как одна из разновидностей метода нагрузочной диагностики.

Так часто возникающие диагностические ошибки связаны с симптоматичностью некоторых диагнозов. Например, язва желудка — необязательно признак язвенной болезни. Часто язва является симптомом — т.н. симптоматические язвы. К ним относят язвы хронического стресса, лекарственные, язвы при некоторых эндокринных поражениях, при хронических интоксикациях (в том числе производственных), а также язвы, развивающиеся при некоторых заболеваниях внутренних органов. Так при хронической почечной недостаточности (как следствие пиелонефрита) или при сахарном диабете, язва желудка будет ригидна к терапии до тех пор, пока не удастся разрешить основное заболевание.

При холецистокардиальном синдроме, рефлекторная нервная иррадиация от желчного пузыря может вызывать боли в области сердца, привести к нарушениям ритма и обострению ишемической болезни сердца. Такие пациенты нередко госпитализируются в кардиологическое отделение даже с подозрением на острый инфаркт миокарда (4). Причём, в этих случаях холецистэктомия может полностью избавить пациента от кардиологической симптоматики. Таких примеров можно привести множество. Главное, что пульсогемоиндикация на первом же цикле тестирования расставит диагностические приоритеты и даже выявит доклинические, пока ещё функциональные, расстройства.

Для записи реакций сердечно-сосудистой системы на внешние раздражители (например, аппликации препаратов) в пульсогемоиндикации

используется принцип фотоплетизмографии. Технологии компьютерного анализа позволяют значительно снизить нагрузку на пациента за счёт сокращения времени тестирования: пульсогемоиндикация требует лишь двух секундной аппликации препарата для измерения реакции пациента на однократное тестовое воздействие.

Таким образом, по сравнению с аналогами, в пульсогемоиндикации реализованы следующие преимущества:

1) диагностические измерения производятся по заранее заданной и утвержденной программе (одной из рекомендованных для заданной нозологии) без участия врача и, тем самым, приобретают объективный характер;

2) датчики регистрируют две компоненты ответа организма на раздражители – сердечную (вариабельность ритма) и сосудистую (отклик вегетативной нервной системы), причём обе составляющие анализируются отдельно;

3) отсутствуют необратимые изменения в организме пациента, вызываемые как действием самой нагрузки, так и способом фиксации реакции на тестируемое воздействие: исключены химические, механические и электрические помехи;

4) сама процедура тестирования абсолютно необременительна для пациента;

5) совокупность перечисленного позволяет говорить о полной стандартизации сбора диагностической информации, об отсутствии возможности объективных и субъективных помех этому процессу.

Рабочее место врача, использующего метод пульсогемоиндикации.

Организация рабочего места врача определяется инженерными составляющими системы пульсогемоиндикации, основными из которых являются:

- аппаратно-программный комплекс «Асгард» (фото) со встроенным персональным компьютером, многоканальным фотоплетизмографом и селектором тестовых медикаментозных нагрузок;
- пальцевые датчики, используемые для фиксации реакций пациента на тестовые нагрузки;
- контурная антенна, через которую производятся кратковременные аппликации тестируемых препаратов.

Контурная антенна служит для аппликации препаратов на пациента и представляет собой специально изготовленный планшет со встроенным металлическим передающим контуром. Используется как для диагностического тестирования, так и для лечения пациента. Антенна может быть также стационарной или фокусирующей, используемой для «Вега-зонда» (вегетативно-резонансного зонда).

Пальцевые датчики фотоплетизмографа. Каждый из 5 датчиков имеет встроенный светодиод и улавливающий фотоэлемент. Изменения светового потока в пальцах пациента передаются в АПК «Асгард», в блок управления и расчёта плетизмограмм.

АПК «Асгард» является не только системой сбора и обработки информации, но также содержит блоки регистрации и управления плетизмограммами, включает устройство точного дозирования времени аппликации потенцированных препаратов из встроенного селектора медикаментозных нагрузок.

Технология процесса пульсогемоиндикации.

Главным электронным компонентом пульсогемоиндикации является селектор тестовых медикаментозных нагрузок, содержащий около 9 000 препаратов. Конечно, нет нужды учить этот перечень наизусть: препараты разбиты на классы и подклассы, в которых врач легко ориентируется. Кроме того, приборы пульсогемоиндикации содержат списки тестов и

исследований, из которых врач может выбрать (и/или) сформировать программу диагностического поиска для конкретного пациента с последующим тестированием в автоматическом режиме. Таких программ создано много, но врач может формировать и новые, адаптируя систему для своей работы.

Логика здесь довольно проста. Если диагноз неизвестен, как при скрининговых обследованиях, то запускается поисковый диагностический режим, по завершении которого система укажет на скомпрометированные органы или системы. Врач может ограничиться этими результатами и направить пациента к конкретному специалисту для инструментального или лабораторного уточнения диагноза, либо может провести уточняющую диагностику, например этиологическую.

Уже через несколько минут тестирования, у врача образуется картина наиболее "слабого звена" в организме пациента. И не пациент врачу, а врач пациенту может рассказывать о его проблемах. Если пациент приходит с готовым диагнозом, тогда программа подбора терапии вообще сокращается до минимума.

Итак, через антенну на пациента подаются нагрузочные препараты по программе обследования, которую выбрал врач, а с пальцевых датчиков тут же в память прибора снимается и обрабатывается ответ организма пациента в виде кривых плетизмограмм. Время такого цикла – 2 секунды. Столь короткое время аппликации препарата позволяет за один сеанс провести более двухсот тестов.

Учитывая, что, как правило, при массовых скрининговых обследованиях врача интересует диагностика по органам и системам (а не лечение), процесс значительно ускоряется. За 20-30 минут исследования система формирует список скомпрометированных систем, ранжированный по степени клинической значимости. По сути, этот документ определяют направление к врачам узких специальностей и на лабораторно-инструментальные методы исследования.

В диагностическом аспекте метод пульсогемоиндикации выгодно отличается тем, что, по сути, является методом диагностики пробным лечением — *ex juvantibus*, ибо диагноз ставится на основании характера ответа организма на тестируемый препарат. Т.е. осуществляется кратчайший путь диагностического поиска (см. рис.1). При этом время диагностики одного препарата сокращено до 2 секунд. Этот временной показатель позволяет за 20-30 минут работы с пациентом протестировать не менее 200 препаратов. Как показывает опыт, этого вполне достаточно даже для утончённой диагностики, а пропускная способность одного прибора составляет 12-15 пациентов за 7-часовой рабочий день. В приложении приведен пример обследования пациента.

Поликлиническая пульсогемоиндикация.

За годы существования, пульсогемоиндикация очень хорошо зарекомендовала себя при использовании в большом количестве медицинских центров. И все это время проводилась огромная методическая работа по разработке объективных методов функциональной терапии и диагностики.

На базе этих разработок созданы специализированные поликлинические методики пульсогемоиндикации. Основная идея этих подходов заключается в полной автоматизации некоторых направлений работ. Например, в направлении врач может лишь указать название диагностикой методики и отправить пациента к медсестре-оператору прибора пульсогемоиндикации. Та усаживает пациента в кресло и запускает указанную программу. После нескольких десятков минут пациент с напечатанным отчётом возвращается к врачу. По результатам просмотра отчёта врач выбирает (утверждает) вид лечения, коррекции или профилактики, или направляет пациента на традиционные анализы и/или к узким специалистам с уже сформулированным диагнозом.

Автоматизированные программы поликлинической пульсогемоиндикации значительно сокращают время и трудозатраты врачей-

специалистов. Например, сегодня известен центр, оснащённый четырьмя параллельно работающими приборами пульсогемоиндикации, которые эксплуатируют один врач и одна медсестра.

Показания к применению пульсогемоиндикации.

Как и другие методы неспецифической терапии, пульсогемоиндикация имеет неограниченный круг показаний к проведению лечения. Они диктуются самим методом в процессе диагностики и могут касаться всех органов и систем пациента. Кроме того, огромный список препаратов в справочнике прибора позволяет корректировать течение, например, вирусных и инфекционных заболеваний. Ускорение репаративных процессов методом пульсогемоиндикации может использоваться в ближайшем послеоперационном периоде, что увеличивает показатель оборота койки. Метод используется в травматологии, хирургии, гинекологии, проктологии, урологии, в лечении внутренних болезней – кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, при болезнях ЛОР-органов, в стоматологии, офтальмологии и др. Пульсогемоиндикация может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами терапии. Она позволяет выявлять патологические компенсаторные связи и разрушать их, "перенастраивая" акценты функционирования организма. Метод позволяет проводить раннюю диагностику заболеваний на стадии доклинических проявлений, определение характера, степени и локализации нарушений в различных органах и тканях (острые, хронические, дегенеративные), создает возможность выявлять влияние эндемических и техногенных факторов, контролировать сезонные вирусные заболевания, осуществлять подбор препаратов для коррекции обнаруженных изменений, формировать рекомендации по диете и др.

Противопоказания к проведению лечения:

- грубые нарушения периферического кровообращения;
- психические заболевания, сопровождающиеся возбуждением;

- злокачественные новообразования (приказ Минздрава);
- травматические или воспалительные процессы, препятствующие закреплению датчиков;
- период беременности (из-за отсутствия наблюдений за последствиями воздействия на плод);
- язвенная болезнь (пенетрирующая язва с угрозой острого кровотечения);
- терминальная стадия цирроза печени с портальной гипертензией;
- терминальные стадии заболеваний реаниматологических больных (угроза провокации ускорения "ухода пациента" с полным отсутствием энергетических резервов Vis vitalis "жизненной силы");
- брадиаритмия с частотой сердечных сокращений менее 40 в минуту.

Некоторые из перечисленных противопоказаний являются относительными.

Таким образом, с появлением пульсогемоиндикации в медицинской практике появился инструмент эффективного управления здоровьем населения. Врач получил возможность: быстро и просто, достоверно и безопасно, воспроизводимо и наглядно, с высокой степенью дифференциации получать полную информацию о состоянии и функции органов и систем пациента. Тем самым решены задачи контроля и мониторингования терапии, и другие актуальные проблемы диагностики и лечения каждого конкретного пациента и появилась возможность проведения медико-социологического мониторинга населения целом.

Библиографический список

1. Божко С.А., Бекетов Ю.А., Миненко И.А., Смекалкина Л.В., Шевцов С.А., Зилов В.Г. Сочетание нелекарственных методов при лечении пациентов с неврастенией // Валеология, 2012, №2, С. 78-84

2. Кобзарь Ю.В., Сафоницева О.Г., Миненко И.А. Новые диагностические технологии и методы нелекарственной реабилитации детей с нарушением интеллектуального развития. //Журнал «Вестник восстановительной медицины», № 3.- Москва, 2011. - С. 42-46.

3. Миненко И.А., Воронков А.А. Возможности нелекарственных методов лечения в восстановлении здоровья при стрессовых расстройствах.//Мат.Конференции «Медицинская реабилитация лиц опасных профессий», М.,2007,С. 56-59.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ПРОГРАММЫ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЕМНЫХ РАБОТНИКОВ

Достижение высокой производительности труда без особых материальных вложений в производство и интеллектуальных затрат является основной задачей современных акционеров промышленных предприятий в России. Реализация подобных стратегических планов происходит за счет экономии на создании и улучшении условий труда, максимального использования человеческих ресурсов, сопровождающегося расширением круга обязанностей каждого сотрудника, выполнением сверхурочной работы, отказом от полноценного отдыха. По мнению социологов, «вкалывание» является «типичной стратегией среднего российского работника, поощряемая работодателем» [1, с. 117].

Результативность профессиональной деятельности наёмных работников во многом обусловлена уровнем их физического, психического и социального здоровья. Существующие стратегии интенсификации труда приводят к снижению трудоспособности работников, ограничению физических возможностей, интеллектуальной и творческой активности; влияют на качество производимого продукта и не могут способствовать развитию предприятия и гарантировать стабильное положение организации в конкурентной среде.

Разработка и реализация действенных, целенаправленных здоровье сберегающих программ на промышленных предприятиях являются основными условиями сохранения и развития человеческого потенциала работников. Достижение указанной цели невозможно без знаний в области здоровья наемных работников, без учета особенностей профессиональной

деятельности различных групп работников, а также факторов, участвующих в его формировании.

Для решения данной проблемы нами было проведено социологическое исследование на трех крупных промышленных предприятиях Ульяновской области, занимающих ключевые позиции в отраслях самолетостроения, машиностроения и производства строительных материалов. Общий объем выборки составил 780 человек. Репрезентативность выборки обеспечена по нескольким критериям: пол, возраст, сфера деятельности, род деятельности. С целью выявления особенностей профессиональной деятельности наемных работников нами также было проведено нестандартизированное глубинное интервью «Влияние условий и содержания профессиональной деятельности на здоровье наемных работников», в котором приняли участие работники с различным социально-профессиональным статусом и характером труда. Получены следующие результаты.

Наиболее информативным показателем здоровья является его комплексная самооценка. Оценивая собственное здоровье, человек учитывает не только существующие или диагностированные заболевания, но и психоэмоциональное состояние, а также имеющиеся в данный момент времени недомогания, которые могут служить симптомами еще не выявленных болезней. В результате многочисленных социологических исследований было установлено, что совпадение самооценки с объективными (медицинскими) показателями значительна, следовательно «методика проведения опросов населения может использоваться для оценки общей заболеваемости и получения структуры заболеваний различных категорий пациентов» [2, с. 10].

Более половины (52%) опрошенных нами наемных работников имеют нестабильное состояние здоровья – не здоровы и не больны; треть (30%) опрошенных работников дали высокую оценку собственному здоровью и указали на то, что «практически здоровы»; оставшаяся почти пятая часть (18%) отметила серьезные отклонения в состоянии здоровья – «хронические

и частые заболевания», «инвалидность». Наиболее неблагоприятные показатели здоровья наемных работников были выявлены в группе работников преимущественно умственного труда: среди представителей служащих и ИТР всего 15% дали высокую оценку собственному здоровью, среди руководителей – 19%. Более 20% опрошенных работников умственного труда имеют постоянные проблемы со здоровьем и «подвержены частым заболеваниям». Показатели здоровья в группе рабочих оказались значительно выше: здесь более трети (35%) работников оказались «практически здоровыми», менее половины (47%) испытывают «временные расстройства здоровья».

В ходе исследования мы предложили респондентам определить наиболее существенные факторы, негативно воздействующие на состояние их здоровья. Отвечая на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, оказывает наиболее сильное влияние лично на Ваше здоровье?», наемные работники оказались близки к научной трактовке факторной модели здоровья: 46% ответили, что это «образ жизни и условия труда»; 20% – «система здравоохранения»; 17% – «экологическая среда»; 17% – «наследственность».

Роль условий труда как фактора здоровья наемных работников значительна. Основной проблемой в оценке влияния условий профессиональной деятельности на здоровье наемных работников остается низкая диагностируемость профессиональных заболеваний, связанная с трудностями в поиске этиологического источника болезни, «в установлении связи между изменениями в организме и производственными факторами, особенно, когда необходимо установить суммарный эффект различных факторов, воздействующих на организм» [3, с. 201].

Одной из задач проведенного нами исследования было определение основных аспектов профессиональной деятельности, негативно воздействующих на состояние здоровья наемных работников. Лидирующие позиции среди всех отрицательных сторон трудовой деятельности занимают «психологические перегрузки»: на них указала половина опрошенных

работников (50%). Однако среди руководителей (75%) и служащих (78%) отметивших данный фактор оказалось в два раза больше, чем среди рабочих (37%).

«Организация труда» на предприятии приводит в состояние стресса две трети (75%) опрошенных нами руководителей. Ненормированный рабочий день (отметили 88% опрошенных руководителей), регулярное выполнение работы, не входящей в круг обязанностей (29%), отсутствие времени на отдых и обеденный перерыв в течение трудового дня (27%), постоянная интеллектуальная и творческая активность влияют на нормальное функционирование нервной системы работников с высоким профессиональным статусом, способствует появлению психосоматических расстройств.

Использование метода свободного интервью позволило выявить, что отличительной особенностью профессиональной деятельности работников указанной группы является высокий уровень ответственности. *«Руководитель отвечает за весь завод, а работник все-таки за свое рабочее место».* (Интервью №5, рабочий) *«Традиционно у работника с высоким статусом более высокий уровень ответственности».* (Интервью №7, ИТР). Ответственность оказывает неблагоприятное влияние на психическое и физическое здоровье руководителей. *«В мои обязанности входит работа по охране труда, защите работников. Я ответственно отношусь к этому. Я человек, который прошел Афганистан, работал во вредных условиях труда, получил 2 производственные травмы, но так как сейчас никогда плохо не выглядел».* (Интервью №7, руководитель). *«Любой руководитель отвечает за своих подчиненных, в том числе за жизнь и здоровье. Принятие тех или иных решений может способствовать ухудшению здоровья, создавать риски для человека или наоборот улучшить его состояние. Но я постоянно думаю о работе, переживаю за сотрудников, выполняющих опасные виды работ».* (Интервью №18, руководитель).

Низкий уровень заработной платы, отсутствие отпусков (49%), возможность быть уволенным (43%) являются основными причинами возникновения стресса среди работников умственного труда. Каждый пятый (20%) служащий (ИТР) считает, что его профессиональные способности остаются недооцененными, и стремится сменить профессию.

Почти половина опрошенных рабочих (49%) полагает, что снижение уровня здоровья происходит в результате несовершенства «технологии производства» и больших «физических нагрузок», что свидетельствует об отсутствии модернизации производства, обновления техники, ремонта производственных помещений. Каждый третий рабочий, непосредственно участвующий в процессе производства, отметил, что на состояние его здоровья существенное влияние оказывают «неэкологичность производства» (32%), «плохие условия труда» (35%). Представителям данной профессиональной страты нередко приходится работать в условиях неблагоприятных для здоровья: повышенного шума, запыленности, вибрации, в темных или закрытых помещениях цехов. Следует отметить, что 41% опрошенных нами рабочих возникновения стресса связывают с воздействием вредных условий (шума, химических веществ и другое).

Социологи отмечают, что высокая заболеваемость среди работников промышленных предприятий во много обусловлена сочетанным воздействием производственных и непроизводственных факторов. Выбор стратегии самосохранительного поведения может способствовать усилению влияния неблагоприятных факторов труда на здоровье. «Так, для группы работников, регулярно (несколько раз в месяц или чаще) употребляющих алкогольные напитки, значимость связи заболеваний органов пищеварения и стажа работы выше, чем для тех, кто вообще спиртные напитки не употребляет» [4, с. 80].

Согласно результатам проведенного нами исследования каждый четвертый (27%) наемный работник промышленных предприятий не придерживается здорового образа жизни. Среди основных условий для

повышения стремления вести здоровый образ жизни были названы: «наличие финансовых средств» – 49%, «личное желание» – 40%, «наличие свободного времени» – 29%, «ухудшение здоровья» – 7%.

Снижение степени воздействия негативных факторов труда на здоровье наемных работников, а также улучшение их образа жизни возможно благодаря социальной ответственности бизнеса, разработке программ, направленных на сохранение здоровья, созданию необходимых условий на предприятиях и в регионе.

Крупные промышленные предприятия, как правило, выполняют все обязательства перед работниками, предусмотренные Трудовым Кодексом и другими законодательными актами: работники имеют ежегодный оплачиваемый отпуск (отметили 100% опрошенных работников), всегда производится оплата больничных листов (100%) и возмещение расходов на командировку (87%) и др.

В рамках коллективных договоров работники промышленных предприятий также имеют право на получение дополнительных льгот и гарантий. Среди наиболее популярных респондентами были отмечены: организация регулярных медицинских осмотров (92%), наличие на предприятии медицинских пунктов с возможностью оказания профилактической помощи (73%), комнат отдыха (71%), получение медицинской консультации или проведение диагностики (47%), бесплатные путевки в дома отдыха для детей работников (41%), бесплатный санаторно-курортный отдых (39%), дополнительные средства на оплату питания (39%) и др.

Тем не менее, не все работники имеют возможность воспользоваться перечисленными благами. Как правило, собственники экономят на выделении денежных средств, достаточных для обеспечения всех сотрудников коллектива: всего 13% работников за время профессиональной деятельности получали бесплатные путевки на санаторно-курортное лечение. Наименьшее число работников, добивавшихся бесплатного направления на

отдых, было выявлено в группе с невысоким статусом (рабочие – 9% от общего количества опрошенных; служащие – 15%) и небольшим стажем работы (до 10 лет – 6%).

На промышленных предприятиях создаются мало затратные здоровьесберегающие программы: их реализация происходит в форме проведения соответствующих мероприятий. Среди них можно отметить: регулярные спортивные соревнования (74%), исследования здоровья работников (52%), организация корпоративного досуга (42%), «полезные» публикации в корпоративных СМИ (35%).

Однако наличие программ еще не обеспечивает их эффективность. Более половины опрошенных наемных работников (60%) не участвуют в мероприятиях, проводимых на их предприятиях, лишь треть (31%) принимает посильное участие в них. Пятая часть (20%) опрошенных сотрудников считает мероприятия эффективными, половина (49%) – неэффективными. Как правило, проводимые мероприятия ориентированы на многочисленную группу работников с невысоким профессиональным статусом, поэтому рабочие (28%) и служащие (31%) чаще отмечали существование условий для сохранения здоровья, чем руководители (лишь 7%).

Социальная политика промышленных предприятий, направленная на улучшение условий труда, в настоящее время не может компенсировать тот ущерб, которые наносят неблагоприятные производственные факторы, психическому и физическому здоровью наемных работников. Здоровьесберегающие программы разрабатываются без учета потребностей занятых на производстве людей, характера их труда и особенностей профессиональной деятельности.

Качественное исследование методом свободного интервью показало: предприятие может сохранить жизнь и здоровье сотрудников благодаря эффективным программам, участию в формировании здорового образа жизни каждого работника. Реализация здоровьесберегающих стратегий требует

больших вложений, но со временем приносит работодателю большие ресурсы.

Полная или частичная оплата санаторно-курортного лечения сотрудников может компенсировать недостаток денежных средств – основную причину отказа от здорового образа жизни. *«Вернуть социальную сферу. Санаторно-курортный отдых, профилакторий. Да просто оплачивать половину путевки – полную стоимость путевки сейчас оплатить, наверно, не может никто».* (Интервью № 9, ИТР) *«Необходимо давать путевки на санаторно-курортное лечение, чтобы каждый работник, даже с низкой заработной платой, мог отдохнуть и поправить здоровье. Раньше в структуру предприятий входил профилакторий, где работники и их дети могли подлечиться. Вы не представляете, как там кормили детей: давали все самое лучшее и вкусное. Но сейчас этого нет. Все предоставлены сами себе. А ведь на нашем предприятии большинство таких, кто не может позволить себе даже поездки на море».* (Интервью № 26, ИТР)

Социальная ответственность работодателя должна проявляться в обеспечении сотрудников и членов их семей страховкой по добровольному медицинскому страхованию. Как правило, для работников с высоким профессиональным статусом ДМС является инновационным видом поощрения за квалификацию, образование, компетентность и профессионализм. *«Для улучшения самочувствия предприятие может распределять прибыль на социальной вещи: отдых оплачивать, обеспечивать дополнительной страховкой – это тоже стимулирование».* (Интервью № 26, ИТР) По мнению социологов, ДМС пока не стало общепринятым защитным мероприятием на вредном производстве, а служит лишь привлекательным бонусом для некоторых работников [5, с. 295].

Эффективным способом сохранения здоровья наемных работников может стать содействие предприятия в формировании здорового образа жизни. *«Предприятие может сделать многое. Вот, например, на некоторых предприятиях организуют для работников походы в бассейн. Для этого*

прямо на предприятии проводят медицинский осмотр, делают справку. Мне, для того чтобы получить эту справку, нужно отсидеть целую очередь в поликлинике в рабочее время. Это очень сложно». (Интервью № 6, ИТР) *«Все методики сохранения здоровья уже разработаны в Советское время. Их просто нужно внедрять и адаптировать для современности. Предприятие должно стимулировать ЗОЖ, например, оплачивать или частично оплачивать абонементы на теннис, в бассейн и др».* (Интервью № 20, руководитель) Адресное предоставление льгот с учетом потребностей работников способствует преодолению таких барьеров на пути к здоровому образу жизни, как недостаток времени и отсутствие личного желания.

Тем не менее, сохранение здоровья, по мнению большинства наемных работников, возможно только благодаря полной модернизации производства, (46%), а также общего улучшения существующих условий труда (44%) и «усовершенствования технологий труда» (30%), заключающиеся в уменьшении роли человека в выполнении травмоопасных работ во вредных условиях.

Работники, непосредственно участвующие в процессе производства, задействованных на опасных и вредных участках производства, а также руководители, несущее ответственность за сотрудников данной категории, в своих ответах на вопрос «Что, на Ваш взгляд, может делать предприятие для улучшения здоровья и самочувствия своих работников?» указывали на наиболее неблагоприятные стороны своей профессиональной деятельности. Многие из опрошенных работников не имеют даже самого необходимого для безопасного и комфортного труда, что является нарушением конституционных прав человека и недопустимо в условиях производства. *«Изменить условия труда: обеспечить всех средствами для индивидуальной защиты хорошего качества, снизить вредное воздействие».* (Интервью № 2, рабочий). *«Создавать больше комиссий по технике безопасности, медосмотры проводить».* (Интервью № 1, рабочий). *«Сделать мойку для автомобилей. Знаете, как тяжело мыть грузовые автомобили зимой со*

шлангом. А ведь от нас собственник требует, чтобы машины были всегда чистыми, и имидж не портился». (Интервью № 3, рабочий)

Итак, формирование здоровья наемных работников происходит под воздействием объективных и субъективных факторов. Неблагоприятные условия труда в сочетании с неправильным образом жизни и негативной стратегией самосохранительного поведения приводят к возникновению серьезных отклонений в здоровье, к раннему появлению профессиональных и хронических заболеваний, влияют на качество и продолжительность жизни значительной части экономически активного населения России. Между тем высокий уровень физического, психического и социального здоровья является необходимым условием качественного выполнения профессиональных задач – основной функции социальной группы наемных работников в российском обществе.

Сохранение здоровья представителей указанной группы возможно благодаря созданию эффективных здоровьесберегающих программ. Перед собственниками промышленных предприятий, заинтересованных в увеличении трудового и человеческого потенциала работников, стоит важная задача, заключающаяся в разработке и реализации здоровьесберегающих стратегий: создании благоприятных условий труда, обеспечении действенными льготами и гарантиями, участии в формировании здорового образа жизни каждого сотрудника. Немаловажным фактором развития социально ориентированного бизнеса является государственная поддержка на федеральном и региональном уровне.

Библиографический список

1. Климова С.Г., Абрамов Р.Н. Современный работник: концептуализация и эмпирическая проверка// Мир России. 2010. Т. XIX. № 2. С.98 – 117.
2. Решетников А.В., Ефименко С.А. Медико-социологический мониторинг как инструмент современных технологий в управлении

здоровьем пациентов//Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности: сборник статей по материалам Интернет-конференций. – М.: «ИПЦ «Маска».2008. 220 с.

3. *Маркович Д.Ж.* Социология безопасности труда/Д.Ж. Маркович – М.: Издательство РГСУ, 2008. 368 с.

4. *Лебедева-Несевря Н.А.* Социология здоровья/ Н.А. Лебедева-Несевря. Пермь. 2011. 238 с.

5. *Назарова И.Б.* Здоровье занятого населения. М.: Макс Пресс, 2007.С. 528

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Введение

С древних времен физическая и психическая недоразвитость человека считалась либо даром, либо наказанием за грехи в прошлой жизни. Нередко людей с подобного рода недостатками уничтожали физически либо изолировали их от общества, либо превозносили до уровня посланников богов [1]. Современное общество тем и отличается на сегодняшний день от древнего мира, что оно стало более демократичным и эмпатийным по отношению ко всем своим членам, независимо от их состояния здоровья. Мы не можем с полной уверенностью утверждать, что все современные люди проявляют по отношению к тем же самым лицам с ограниченными возможностями сострадание, сочувствие, желание помочь и поддержать их, но, несмотря на это сегодня, практически все государства придерживаются той политики, которая предусматривает равноправие всех граждан и обеспечивает защиту их прав.

Лица с умственной отсталостью являются такой же частью нашего общества, как и все обычные здоровые люди. Несмотря на свое особенное состояние здоровья люди из этой категории продолжают доказывать, что они могут добиваться успеха на различных поприщах не хуже здоровых людей. Но, все же, главной остается проблема социальной интеграции большинства лиц с умственной отсталостью в общество, в котором они живут. В данной статье мы не будем говорить о медицинской составляющей реабилитации этой категории лиц, которая так или иначе позволяет на какую-то долю улучшить мозговую деятельность и повысить интеллектуальные способности этих людей. Важным является то, каким образом общество стремится (или не стремится) создавать условия, при которых людям с нарушенными

интеллектуальными способностями будет комфортно жить, работать, творить в современных условиях жизни. Ведь не секрет, что современный человек все больше становится рабом меркантильности, тщеславия, желания обогатиться и добиться высокого социального положения, часто не задумываясь о том, что окружающие люди, не обладающие подобными амбициями, не могут составить ему конкуренцию ввиду состояния здоровья, и надеяться хоть на какую-то поддержку со стороны более сильных.

Описание исследования

Для изучения процесса социальной интеграции лиц с умственной отсталостью в г. Казани и некоторых районах Республики Татарстан было проведено исследование с использованием метода полуструктурированного интервьюирования специалистов работающих с умственно отсталыми детьми и родителями этих детей.

Основной контингент исследования составили руководители специальных коррекционных школ VIII вида, школ-интернатов, общая численность которых составила 20 человек. А также в исследовании были проведены беседы с родителями умственно отсталых детей различного возраста (18 родителей детей школьного возраста, 8 родителей детей дошкольного возраста).

Вопросы интервью условно можно разделить на четыре тематических блока: 1. Роль семьи, школы в адаптации, интеграции ребенка к условиям общества. 2. Социальная помощь, социальная защита семьи воспитывающей умственно отсталого ребенка. 3. Отношение участников интервью к процессу создания условий для инклюзивного образования в России. 4. Пожелания, опасения, мечты родителей и взгляд специалистов на дальнейшее будущее детей с умственной отсталостью.

Результаты исследования

Для начала приведем анализ результатов интервью с родителями умственно отсталых детей. На вопрос о том, как родители занимаются реабилитацией ребенка, ответы были разнообразны. Так, выяснилось, что

четырнадцать из родителей занимаются реабилитацией уже с рождения ребенка, посещают реабилитационные учреждения. Причем при анализе ответов родителей, выяснилось, что та реабилитация, которая проводится у нас в стране и за рубежом отличается очень сильно. Например, Татьяна из Германии рассказала: «В Германии к реабилитации ребенка приступают немедленно после рождения: специальная Войта–Терапия (Vojta-Terapie), усиливающая мышечный тонус ребенка, пробуждающая внимание. Затем к году ребенка переводят на Bobat–Терапию. Подключается Центр раннего развития, который часто посещает на дому. Каждые полгода ребенка показывают ведущим специалистам в Социально-педиатрическом центре, которые полностью осматривают ребенка и дают дальнейшие руководства детскому лечащему врачу. В садике (школе) ребенок получает лечебную гимнастику, плавание, логопеда, иппотерапию (собачью терапию)». Родители же, которые проживают в России, рассказали лишь о том, что в основном реабилитация их детей заключается в посещении коррекционных групп, а сами родители под реабилитацией в основном понимают создание для своих детей таких условий, при которых они бы хоть как-то развивались. И эта деятельность заключается в играх с ребенком, в походах, занятиях музыкой, занятиях на дому самих мам с своими детьми. Так мы видим, что реабилитация в Германии как пример зарубежного опыта, происходит на высшем уровне, сразу и с предоставлением полного комплекса программ и услуг. Думаю, в нашей стране было бы полезно перенять зарубежный опыт в реабилитации детей-инвалидов.

Думаю одним из вопросов, который вызвал у родителей практически однозначную реакцию, был ответ на вопрос «изменилось ли что-то в вашей семье после появления Вашего ребенка?». Ответы всех родителей можно выразить словами одной из мам: «Мы стали лучше! Мы научились ценить и любить человека не за что то (образование, интеллект, карьера), а просто так. И это так здорово!». И это действительно здорово, так как практически каждый из родителей сказал, что с рождением ребенка жизнь изменилась в

лучшую сторону, появился позитив, который сменил негатив и разочарование.

Родители рассказали об организациях, которые специализируются на оказании помощи умственно отсталым детям. Как правило, это коррекционные школы и детские сады, а также реабилитационные центры. Кроме того, родители отметили, что часто общаются на форумах, социальных сетях с другими родителями и там также обмениваются опытом и информацией, что дает им новые возможности для работы с ребенком.

Особенно в данном исследовании заинтересовал вопрос о том, достаточно ли родители и в целом их семья социально защищена. Из всех опрошенных только один родитель ответил: «Да, прекрасно защищена. Я уверена и спокойна за будущее моего сына с синдромом Дауна». К сожалению, остальные родители, а ими оказались именно те, кто проживает в нашей стране, ответили, что социальная защита находится на очень низком уровне и выражается она лишь в виде социального пособия, пенсии по инвалидности на ребенка-инвалида, которое тоже не вечно и выдается лишь до определенного возраста или до наступления определенных обстоятельств. Ни один из родителей не сказал, что есть и была возможность свозить ребенка в санаторий, на отдых. Это очень странно, так как детям-инвалидам, у которых нарушения связаны с опорно-двигательным аппаратом, слухом и зрением такие возможности предлагаются больше, так как сама была свидетелем этого при прохождении производственной практики в органе социальной защиты г. Казани. Вообще в течение всего времени проведения исследования напрашивался такой вывод — дети с умственными отклонениями дискриминируются среди других детей-инвалидов. Отношение к ним совсем другое, нежели, например, к детям с ДЦП. Это очень печальный факт, который требует срочного решения и изменения ситуации.

На вопрос «Посещает ли Ваш ребенок образовательное учреждение или детское дошкольное учреждение и каковы его взаимоотношения с

окружающими?» и «Испытывали ли Вы трудности при его устройстве?» опять же хотелось бы выделить ответ Татьяны из Германии, которая рассказала, что у них в стране дети (даже лежащие) обязаны посещать школу (получать образование на дому) с 6 лет. И как следствие проблем при устройстве в эти учреждения практически никогда не возникает. Ситуация же с нашими российскими родителями обстоит совсем по иному. Одна из мам сказала, что «... при устройстве проблем никаких не возникло, но сам процесс обучения в спец.школе просто не пошел, так как обращение и общения с подобными детьми с стороны персонала там был просто ужасным и поэтому обучение через пол года продолжили на дому». Также отдельно хотелось бы сказать о ситуации Евгении: «Дочка ходит в детский сад и общается со всеми детьми.... Было сложно пройти психолого-медико-педагогическую комиссию, которая дает направление в детские сады. Запись на комиссию за месяц, а в день тестирования ребенка специалистами что угодно может случиться, например, у ребенка нет настроения, он отказался общаться, и залез под стол...». Таким образом, с помощью данного вопроса выяснилось, что устроить ребенка с независимо каким нарушением здоровья, в образовательное учреждение весьма проблематично и родителям приходится через многое пройти для решения этой проблемы.

На вопрос о том «Как Вы относитесь к внедрению инклюзивного образования в нашей стране и к возможности обучения умственной отсталых детей в одних классах с здоровыми сверстниками» большинство родителей единогласно ответили, что не считают эту идею положительной, так как нельзя человека с более низким интеллектом требовать наравне усваивать программы обычной школы. А если даже программы будут подкорректированы под них, то это негативно может сказаться на отношении и успеваемости здоровых одноклассников.

Заключительным, и возможно одним из самых интересных, был вопрос о том, каким родители видят будущее своего ребенка и что они планируют предпринять для этого. Как оказалось главное опасение родителей

заключается в том, как будет жить их ребенок после того как родители умрут и он останется один, ведь какие бы не были хорошие родственники, они не будут заботиться о нем так как родители. А если говорить о государственной помощи как дом-интернат, то здесь родители просто опасаются за жизнь своего чада, ведь в редко каких учреждениях этого типа уход и обращение отличаются любовью, добротой и лаской. Кроме того, некоторые родители детей подросткового возраста сказали, что опасаются того, что их сын в период полового созревания может потерять контроль и нанести вред окружающим, а именно девушкам. Родителям сложно объяснить ребенку, как себя контролировать в такой период полового созревания, а в школах умственно отсталых детей этому не учат.

Далее приведем анализ интервью с специалистами коррекционных школ города Казани и районов Республики Татарстан. В беседе, как с представителями коррекционных школ, так и детских садов мы узнали, что главной проблемой во всех учреждениях является недостаточное материально-техническое оснащение. Многие скажут, что эта проблема всех дошкольных, школьных учреждений страны, но мы считаем, что это не так. В 2011 – 2012 годах в Республике Татарстан прошли программы по капитальному ремонту школ и детских садов. Но, что же, мы увидели – ремонту и оснащению подверглись школы и детские сады общеобразовательные, где учатся здоровые дети. При этом следует отметить, что учреждения были отремонтированы, но, опять же, без учета доступности среды для детей с ограниченными возможностями. Это все к вопросу об инклюзивном образовании, ведь законопроект о внедрении данного вида образования для здоровых детей и детей с ограниченными возможностями вступил в силу совсем недавно, буквально в декабре 2012 года. И судя по всему обычные общеобразовательные школы будут не готовы к приему детей-инвалидов и потребуются дополнительные финансовые затраты на оборудование школ пандусами, подъемниками, поручнями и пр.

В ходе общения с специалистами коррекционных школ ими была предоставлена возможность посетить их швейные и столярные мастерские, в которых занимаются дети, начиная с 5 класса. Но хотелось бы сразу оговорить тот момент, что к работе в таких мастерских допускаются не все умственно отсталые дети, а те, чьи умственные нарушения носят менее выраженный характер. Наиболее эффективная работа строится с детьми с легкой формой умственной отсталости, именно они могут освоить трудовые навыки, которые в дальнейшем могут им помочь трудоустроиться в взрослой жизни. Именно на это, со слов специалистов, и направлена деятельность сотрудников школы – дать ребенку с умственными отклонениями небольшую путевку в жизнь. У некоторых школ есть договоренность со средними специальными учебными заведениями, на базе которых, дети проходят производственную практику, а в дальнейшем и принимаются на дальнейшее обучение.

Кроме того специалисты рассказали о том, что умственно отсталых детей хоть и считают слабыми как физически так и психически, это далеко не так. Во всех школах были продемонстрированы дипломы, кубки, почетные грамоты победителям спортивных олимпиад среди детей с нарушениями развития. Как оказалось, ежегодно в крупных городах республики устраиваются подобные спортивные соревнования, в которых иногда принимают различные команды детей – из коррекционных школ и обычных общеобразовательных. И, как говорят сами специалисты, был уже не один случай, когда ребята из коррекционных школ занимали призовые места, обыгрывая своих здоровых сверстников.

На вопрос о том, как специалисты относятся к внедрению инклюзивного образования в России, из 20 опрошенных только 4 выразили позитивный настрой к данному процессу. Вот, например, некоторые ответы: «...внедрение инклюзивного образования стало было прекрасной возможностью для развития толерантности, доброжелательности и просто лучшей социализации детей с ограниченными возможностями в среду

нашего общества», а также, что «...было бы замечательно, если бы интегративные классы открыли в нашей стране. За рубежом такой опыт уже давно практикуется, а нам до него видимо еще очень далеко». Остальные специалисты выступили против данной реформы: «Ввести интегрированное образование решили чиновники и депутаты, которые сидят и на бумаге только знают каково это работать с такими детьми – то есть вообще не имеют представления как с ними работать. Для них легко просто создать условия, чтобы инвалиды могли приходить в обычные школы, а вот как преподавателям учить и обычных детей и детей, например, с умственным недоразвитием – об этом никто не думает. Поэтому считаю идею с инклюзивным образованием не совсем удачной».

Таким образом, из интервью с специалистами специализированных коррекционных школ для умственно отсталых детей мы смогли убедиться, что в данных учреждениях делается все возможное чтобы находящиеся здесь на обучении дети могли усвоить все элементарные и необходимые социальные навыки, развиваться и адаптироваться к жизни в обществе. Сами родители отмечают, что их ребенок в коррекционной школе развивается больше, чем в обычной школе. Ведь здесь он находится среди своих ребят, и они говорят на одном языке.

Выводы

В заключении хотелось бы подвести итог проведенного исследования. Одной из главных проблем родителей остается проблема материального обеспечения, так как некоторые из родителей высказывали мысли о том, что не получают социальную помощь в необходимом объеме. Надо отметить, что умственно отсталые дети практически нигде не рассматриваются как отдельная социально уязвимая категория, они идут в рамках понятия ребенок-инвалид. Законодательно, эти дети защищены Декларацией о правах умственно отсталых лиц (принята Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1971 г.), Декларация о правах инвалидов (принята резолюцией Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1975 г. без голосования), Закон Российской

Федерации «Об образовании» от 10.07.1992 № 3266–1 (с изм. от 17.06.2010), Федеральный закон от 2.06.1999 г. «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)», Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181 – ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Федеральным законом от 2 августа 1995 г. № 122 – ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 № 124 – ФЗ, Федеральный закон «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» от 19 мая 1995 г. № 81 – ФЗ [5], Постановление Кабинета Министров РТ от 31 декабря 2010 г. № 1184 «Об утверждении Концепции развития системы профилактики инвалидизации и реабилитации инвалидов в Республике Татарстан на 2011 – 2013 годы», Постановление Кабинета Министров РТ от 16 июня 2008 г. № 401 «О порядке воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и дополнительных мерах социальной поддержки по обеспечению доступа инвалидов к получению образования», Закон Республики Татарстан от 13 ноября 2006 года № 69 – ЗРТ «О социальном обслуживании населения в РТ» [3], Долгосрочная республиканская целевая программа «Программа активного включения детей-инвалидов и их семей в социальную жизнь по месту жительства в целях улучшения качества и профилактики инвалидного стиля жизни» на 2009-2011 годы (утв. постановлением КМ РТ от 22 июня 2009 г. № 412). Мы видим, что законодательно дети-инвалиды и их родители защищены, но проблема возникает при реализации этих законов, когда на местах родителям отказывают в получении какой-либо услуги. Таких случаев не много, но все же, и они имеют место быть.

Открытой остается проблема внедрения инклюзивного образования в нашей стране. Без сомнения эта реформа нацелена на максимальную интеграцию детей с ограниченными возможностями в условия здорового населения, но не является ли этот шаг слишком поспешным и непродуманным. Во-первых, готовы ли образовательные учреждения

принять «особых» детей в свои стены. Во-вторых, готовы ли здоровые дети и просто обычные педагоги принять и строить общение с детьми, имеющими явные физические и психические нарушения здоровья.

Но как бы много мы не говорили о проблемах этой категории лиц, важным остается тот факт, что условия для их адаптации и интеграции в нашем обществе созданы и реализуются, хотя возможно не в том достаточном объеме, который хотелось бы видеть. Умственно отсталые люди могут получать образование, пусть в основном дошкольное и школьное, они могут трудоустраиваться после обучения в школах и средних специальных учебных заведениях, и просто могут быть полноценными членами общества.

Библиографический список

1. *Зайцев Д.В.* Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. – Саратов: Научная книга, 2006. – 255 с.
2. Кабинет Министров Республики Татарстан. Постановление [Электронный ресурс]. «Об утверждении республиканских социальных программ»: Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 22.06.2009 г. № 412. – Электрон. дан. – Режим доступа: / / www.garant.ru, свободный.
3. Республика Татарстан. Закон [Электронный ресурс]. «О социальном обслуживании населения в РТ»: Закон РТ от 13.11.2006 года № 69. – Электрон. дан. – Режим доступа: [http: / / www.garant.ru](http://www.garant.ru), свободный.
4. Республика Татарстан. Закон [Электронный ресурс]. «Об адресной социальной поддержке населения Республики Татарстан»: Закон РТ от 08.12.2004 № 63. – Электрон. дан. – Режим доступа: [http: / / www.garant.ru](http://www.garant.ru), свободный.
5. Российская Федерация. Закон [Электронный ресурс]. «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»: Закон РФ от 19.05.1995 г. № 81. – Электрон. дан. – Режим доступа: [http: / / www.garant.ru](http://www.garant.ru), свободный.

К.М. Морозов, И.И. Соловей, М.Р. Гасанов,
ГБУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ, Москва
Т.В. Сухарева,
Королев

СИСТЕМНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ ДЛЯ АСУРЗ

Системное управление рисками играет глобальную роль в идентификации содержания рисков и управлением этими самими рисками. Данный инструмент в своей основе предполагает регуляторную функцию взаимоотношений между лечебным учреждением и больным, заключающуюся в сбалансировании интересов, каждой из сторон, принимающих участие в оказании медицинских услуг. Для формирования устойчивости организации обратного ответа к происшествиям, несчастным случаям, финансовым потерям была сформирована концепция управления рисками. Она позволяет выявить скрытые источники опасности и выработать меры противодействия им. Хотя система контроля качества медицинской помощи в РФ разработана и утверждена, литературные источники свидетельствуют о неблагополучии в части причинения вреда здоровью пациентов вследствие различных инцидентов, а в ряде случаев и казусов, происходящих в процессе лечения [20; 21].

Очевидно, что с развитием структуры управления, данное направление будет совершенствоваться, детализироваться, получая все новое наполнение. Однако во многих работах отмечено, что в настоящий момент, нет инструментов, способных оценить уровень реализации управления рисками. Следовательно, одной из ключевых позиций, является разработка инструмента для оценки качества управления рисками в медицинских учреждениях различного профиля и уровня подчиненности.

Актуальность подобных разработок, можно продемонстрировать на примере расчета экономической составляющей эффективной тромбопрофилактики, вопросы, которые, во многих развитых странах мира, практически являются ключевыми. Очевидно, что имея в арсенале лекарственных средств огромный выбор, проблема назначения необходимого объема медикаментозной поддержки, вроде бы не должна вызывать трудностей. Но в решении этой проблемы большую роль играют экономические вопросы, баланс интересов экономии денежных средств и затрат на обеспечение безопасности пациентов полон внутренних противоречий. Если пациент и непосредственно лечащий врач заинтересованы в неограниченном финансировании, то муниципальный уровень более заинтересован в экономичном расходовании финансовых средств, с другой стороны интересы государства, вынужденного содержать человека по инвалидности после наступления осложненного течения заболевания. Очевидно, что создавшаяся ситуация только подчеркивает эти противоречия. Проведенное исследование «Территория безопасности» не дает полной картины проблемы, акцентируясь на глобальности, и не учитывает многих аспектов. Анализируя экономическую составляющую необходимо учитывать все уровни взаимоотношений больного и государственной системы здравоохранения, а именно – прямые затраты на профилактику осложнения, дополнительные расходы на лечение осложнения (если оно наступило), включая увеличившийся койко-день, штрафные санкции страховых компаний, накладываемые на медицинское учреждение при наступлении осложнения.

Цель исследования: проанализировать экономическую составляющую рациональной профилактики ВТЭО и рецидива ЖКК, на муниципальном уровне здравоохранения. Граничное условие – стоимость оказанной услуги в соответствии с МЭС не учитывается.

Применительно к рациональной тромбопрофилактики - согласно приложению №10, к договору на оказание и оплату медицинской помощи -

основания для отказа в оплате медицинской помощи: необоснованный отказ застрахованным лицам в соответствии с программой ОМС, повлекший причинение вреда здоровью – штраф в размере 500%; ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий, приведших к удлинению сроков лечения – снятие 100% стоимости, превышающих сроков лечения; приведших к ухудшению здоровья - снятие 100% стоимости, возмещение расходов на лечение, штраф в размере 100%, приведших к инвалидизации – снятие 100% стоимости и штраф 200%; приведших к летальному исходу – снятие 100% стоимости и штраф в 500%.

Прямые расходы рассчитываются по формуле (рек. ЦФЭИ 2012) = стоимость профилактики в группе высокого риска X на процент встречаемости в данной группе + стоимость профилактики в группе умеренного риска X на встречаемость в данной группе. Средние показатели прямых расходов, направленных на профилактику ВТЭО от 1700 р. до 1900 р. на пациента. Средняя стоимость лечения ВТЭО 83000 р. МЭС на лечение флебита бедренной вены – 23564, с макс. койко-днем 26. При развитии ПТФС – 23500 р, курсы два раза в год, длительностью до 24 койко-дня. Сутки пребывания в общей палате при не осложненном течении основного заболевания – 1000 р., при развитии ВТЭО и переводе в БИТ – 6000 р (до 10 суток, с прогрессивным увеличением стоимости койко-дня), последующее лечение в кардиологическом отделении – 3000 р, длительность пребывания до 18 суток. При условии штрафных санкций страховых компаний, без учета инвалидизации больного (снятие 100% стоимости и штраф в размере 100% размера норматива финансового обеспечения, для рассматриваемого ЛПУ – 10000 р.), прямые потери составят около 100000 р. Таким образом на затраченные деньги можно было бы провести эффективную профилактику у 56 больных [19]. При сравнении стоимости некоторых показателей применительно для абдоминальной патологии (в соответствии с приложением №7 к Генеральному тарифному соглашению), язва желудка – оплата около 31 000 руб., язва желудка с прободением – около 42 000 руб.,

желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) – около 51 000 руб., рецидив ЖКК 51 000 + 10 000 руб. сутки в ОРА. Что бы ни перегружать данную работу вычислениями, подробные расчеты мы приводить не будем. Но очевидно, что, учитывая все вышесказанное, потери ЛПУ, будут весьма ощутимы.

Даже поверхностный анализ создавшейся ситуации, позволяет сделать вывод об актуальности проблемы управления рисками в здравоохранении, как регулирующего инструмента.

Постановка задачи для создания автоматизированной системы управления рисками в процессах диагностирования и лечения заболеваний (АСУРЗ), не возможно без анализа мирового опыта.

Анализ литературных данных

Риски, особенно в практическом здравоохранении, применительно к конкретному лечебно-профилактическому учреждению, имеют огромную практическую ценность [16]. Разработки и внедрение современных методов лечения порождают огромное количество проблем, ассоциированных с оценкой их необходимости и качества выполнения. С одной стороны повышаются возможности, с другой стороны повышается и риск ошибки. Риск ошибки и наступления неблагоприятного исхода для конкретного пациента играет ключевую роль в оценке безопасности оказываемой медицинской услуги [15].

Управление Риска включают не только медицинскую составляющую, но и юридическую, что при развитии медицинского права имеет огромное значение, так как регулирует, не только вопросы финансирования, но и правовые вопросы, непосредственно связанные с юридической ответственностью [7; 18].

Клиническое управление риска, по своей сути, является специфической формой управлением рисками в здравоохранении, акцентирующей свое внимание именно на работе с конкретным больным. Следовательно, клиническое управление рисками следует определять, как совокупность

событий, происходящих с пациентом, включающим как диагностические, так и лечебные процессы. Внутри каждого процесса существуют как инструментальные, так и медикаментозные составляющие [7; 18].

Из вышесказанного вытекает решение вопроса о финансировании лечебного учреждения [6; 17]. Однако в ряде работ отмечено противоречие между всей системой здравоохранения и потребностью конкретного пациента [4].

Безусловно, больницы всегда во главу угла, оценки своей эффективности, ставят безопасность пациента [11]. Реализация концепции безопасности пациента, в глобальном смысле, не может строиться на анализе ошибок отдельного учреждения, отсюда логично вытекает необходимость взаимообучения, на примерах анализа ошибок, допущенных в других учреждениях системы здравоохранения [2; 12; 14]. На национальных и международных уровнях, было инициировано несколько исследований, в этом направлении [1; 9].

Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения разработаны во многих странах мира и закреплены законодательно, это такие как - CEN/TS 15224:2005 - «Health services. Quality management systems. Guide for the use of EN ISO 9001:2000» - Медицинские услуги – Системы менеджмента качества – Руководство по применению EN ISO 9001:2000; CEN/TR 15592:2007 - «Health services. Quality management systems. Guide for the use of EN ISO 9004:2000 in health services for performance improvement» – Медицинские услуги – Руководство по применению EN ISO 9004:2000 для непрерывного улучшения медицинских услуг; HB90.8-2000 - «Healthcare Services. Guide to ISO 9001:2000» – Здравоохранение. Руководство по ISO 9001:2000. Стандарт Австралии по применению требований ISO 9001:2000 в организациях здравоохранения; IRAM 30200:2004 - «Guia para la interpretacion de la norma ISO 9001:2000 en organizaciones de salud» - Руководство по применению ISO 9001:2000 к

организациям здравоохранения. Стандарт Аргентины по применению требований ISO 9001:2000 в медицинских организациях.

За рубежом широта внедрения систем управления рисками, регулирования внутри отдельных учреждений, и их взаимосвязь с национальными интересами, очень высока [3]. Показателен пример организации работы больниц в Швейцарии. Следует отметить, что Швейцарские больницы управляются автономно, 26-тью кантонами, хотя и остается небольшое национальное регулирование [10]. Следовательно, многие тактические приемы диагностического алгоритма и тактики лечения, являются достаточно самостоятельными [5]. В рамках разработанной программы, были выработаны критерии соответствия местных и общегосударственных мер, направленных на уменьшении рисков для пациента. Системный анализ проблемы управления рисками свидетельствует о её комплексности, причем причины возникновения ошибок имеют большой человеческий фактор и системный компонент [13]. Исследования показали, что человеческий фактор играет важную роль в возникновении дефектов, частота ошибок персонала варьирует от 30 до 80% [8].

Анализируя все вышесказанное, определяются ключевые задачи, решение которых позволит спланировать создание единой системы управления рисками в практическом здравоохранении.

Описание задач, решения которых необходимы для создания автоматизированной системы управления рисками в процессах диагностирования и лечения заболеваний (далее АСУРЗ).

Цель АСУРЗ – формирование прозрачной среды интерактивного взаимодействия пациента, лечебно-профилактического учреждения (далее ЛПУ) и страховой компании для снижения степени влияния рисков всех участников при диагностировании и оказании медицинской помощи пациенту.

Область применения АСУРЗ

АСУРЗ может быть использована в процессах диагностирования заболевания и последующего лечения, а также при проведении анализа и выбора эффективного и финансово доступного для пациента лечебно-профилактического учреждения и приемлемо рискованного с точки зрения страховой компании.

Границы использования АСУРЗ

АСУРЗ может применяться для управления рисками в процессах диагностирования и последующего лечения пациента в ЛПУ, а также при анализе рисков пациентом и страховой компанией и последующем выборе соответствующего ЛПУ.

Пользователи АСУРЗ

Пользователями АСУРЗ могут быть:

Врачи – при выборе стратегии и тактики лечения, при принятии решения об изменении тактики лечения;

Научные медицинские работники – при определении перспективных научно-технических разработок необходимых для снижения рисков и их последствий в конкретных, смежных или слабо зависимых областях медицины;

Пациенты – при выборе эффективного и финансово доступного ЛПУ;

Страховые компании – при определении финансового риска как при выборе ЛПУ, так и при изменении тактики лечения пациента.

Термины и определения

Риск – неопределенное/возможное событие или условие, которое в случае возникновения имеет положительное или отрицательное воздействие на поставленные цели

Процессы работы с рисками - процессы, относящиеся к планированию управления рисками, их идентификации и анализу, реагированию на риски и мониторингу

Управление риском – взаимодействие управленческой деятельности (функций управления) с процессами работы с рисками

АСУРЗ - автоматизированной системы управления рисками в процессах диагностирования и лечения заболеваний

Пилотные заболевания – заболевания, выбранные в качестве пилотных при разработке АСУРЗ

Типовые риски – известные риски, выявленные в процессе анализа пилотных заболеваний

Обнаруженные риски – риски, выявленные в процессе лечения пациентов и не вошедшие в состав типовых рисков

НМД – нормативно-методическая документация

Стандартная методика лечения – методика лечения утвержденная государственными органами (например, Министерством здравоохранения)

Лечебный процесс – последовательность врачебных действий направленных на изменение состояние пациента в соответствии с назначенной методикой или утвержденной стандартной методикой лечения

Зрелость лечебного процесса - это степень, с которой конкретный лечебный процесс удовлетворяет требованиям определенности, результативности, управляемости, измеримости и контролируемости (в переработанном виде определение взято из ISO/IEC TR 15504-CMM)

Состав задач, решение которых необходимо для достижения целей АСУРЗ

Планирование разработки АСУРЗ по стадиям и этапам возможно выполнить на основе ГОСТ 34.601 – 90 Автоматизированные системы. Стадии создания.

Заключение

Таким образом, определяются следующие ключевые задачи:

Задача 1 - «Построение АСУРЗ, как элемента системы менеджмента качества лечебных процессов». В обязательном порядке должны быть проанализированы международные и национальные стандарты.

Задача 2 - «Обоснование необходимости создания АСУРЗ», включая: выбор заболеваний, рассматриваемых, в качестве пилотных для разработки АСУРЗ.

Задача 3 - «Разработка Технического задания (далее ТЗ) на АСУРЗ», включая.

Задача 4 – «Выбор средств проектирования АСУРЗ».

Задача 5 – «Разработка формализованного описания процессов диагностики и лечения пилотных заболеваний».

Задача 6 – «Классификация типовых исков», включая классификацию рисков:

«характерные риски - R_x » – риски, отражающие современное состояние медицинской науки и техники в процессах диагностики и лечения пилотных заболеваний; «страновые риски - R_c » - риски диагностики и лечения пилотных заболеваний, характерные для современного состояния и возможностей медицинской науки и техники в Российской Федерации; «региональные риски – R_p » - риски отражающие возможности конкретного региона при диагностике и лечения пилотных заболеваний; «местные риски - R_m » - риски отражающие возможности диагностики и лечения пилотных заболеваний в масштабах города/поселения; «риски ЛПУ - R_l » - риски отражающие возможности диагностики и лечения пилотных заболеваний в конкретном ЛПУ; «риски связанные с состоянием пациента (психологическим, реактивностью на препараты, процедуры и т.п. - R_n)».

В известных случаях (например, в городе/поселении существует одно ЛПУ) риск R_l равноценен риску R_m . Риск R_x будем считать риском объективным, т.е. риском связанным с мировым состоянием медицины для

выбранных пилотных заболеваний. Все остальные виды рисков представляют собой субъективные виды рисков связанные с состоянием здравоохранения в соответствии с территориальной иерархией и конкретным ЛПУ. Разделение рисков на объективные и субъективные дает возможность понять истинные причины неудовлетворительного качества диагностики и лечения пилотных заболеваний и принимать соответствующие решения. Все перечисленные виды рисков представляют собой соответствующие множества рисков, каждое из которых должно быть описано его элементами.

Задача 7 – «Влияние рисков на принятие решения по методике лечения пациента?».

Задача 8 – «Аналитическая обработка рисков».

Задача 9 – «Управление рисками», включая разработку методики построения «куба управления рисками» (куб управления рисками – это графическое представление системы управления рисками).

Для каждой стадии/этапа лечения пациента может быть построена матрица управления, каждая клетка которой означает применение выбранной функции управления к конкретному процессу работы с рисками. Так, отмеченная клетка «А», например, может означать применение функции «Мотивация» к процессу работы с рисками «Идентификация рисков» на стадии «Диагностика заболевания». Таким образом, Куб управления – это множество матриц управления рисками распределенных по стадиям процесса лечения пациента, каждая из которых (матрица) заполнена в соответствии с задачами, решаемыми на стадии/этапе.

Задача 10 – «Моделирование процесса принятия решений».

Задача 11 – «Технические требования к АСУРЗ».

Задача 12 – «Разработка предложений по созданию стандарта оценки зрелости лечебных процессов в ЛПУ».

Задача 13 «Разработка рабочей документации на АСУРЗ и ее части».

Задача 14 «Разработка или адаптация программных средств».

Задача 15 «Подготовка БЛПУ к вводу АСУРЗ в действие».

Задача 16 «Проведение испытаний АСУРЗ в БЛПУ».

Задача 17 «Проведение опытной эксплуатации».

Эксплуатация и Сопровождение АСУРЗ

Работы по эксплуатации и сопровождению АСУРЗ должны выполняться с учетом положений изложенных в документах ГОСТ Р ИСО/МЭК 12207-2010 Информационная технология. Системная и программная инженерия. Процессы жизненного цикла программных средств и ГОСТ Р ИСО/МЭК 1476-2002 Информационная технология. Сопровождение программных средств. Также, должны быть приняты к вниманию документы и положения БЛПУ, относящиеся к процессам эксплуатации и сопровождения. В конкретных ЛПУ должна быть разработана и утверждена соответствующая НМД для выполнения этих процессов.

Библиографический список

1. *Allegranzi B., Storr .J, Dziekan G., Leotsakos A., Donaldson L., Pittet D.* The first Global Patient Safety Challenge "Clean care is safer care": From launch to current progress and achievements. The Journal of hospital infection 2007, 65(Suppl 2):115-123.
2. *Barach P., Small S.D.* Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems. British Medical Journal 2000, 320(7237):759-763.
3. *Card A.J., Ward J., Clarkson P.J.* Successful risk assessment may not always lead to successful risk control: A systematic literature review of risk control after root cause analysis // Journal of Healthcare Risk Management. - 2012. - V. 31., № 3. - P. 6-12.
4. *Corrigan J.M., Donaldson M.S., Kohn L.T, Maguire S.K., Pike .KC.* Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001. Misson JC: A review of clinical risk management. Journal of quality in clinical practice 2001, 21(4):131-134

5. FMH AQd: Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung: Aufwand und Nutzen. [Quality management and certification of medical services: costs and benefits]. Schweizerische Ärztezeitung 2008, 89(20):838-844.
6. *Hale A., Baram M.*: Safety Management: The challenge of change. Oxford: Pergamon; 1998. Waring A: Safety management systems. London etc.: Chapman & Hall; 1996.
7. *Hennke M., Schikora O.* Risiko Krankenhaus: Praktische Tipps zur Minimierung von Risiken im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes. Hospitals as a risk: Practical recommendations to minimize risks with an integrative approach. In Strategie Risikomanagement: Konzepte für das Krankenhaus und die integrierte Versorgung. Edited by Hellmann W, Ehrenbaum K. Stuttgart: Kohlhammer; 2006:51-74.
8. Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: a 1-year prospective study / Bracco D. et al. // Intensive Care Med. - 2001. - V. 27. № 1. - P. 137-145.
9. Joint Commission: National Patient Safety Goals: Accreditation program: Hospital. In . The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2008:30 .
10. *Kocher G., Oggier W.* Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012: eine aktuelle Übersicht. 4th edition. [The Swiss healthcare system 2010-2012: a current overview]. Bern: Huber; 2010.
11. *Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S.* To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 1999.
12. *Leape L.L.* Reporting of adverse events. The New England journal of medicine 2002, 347(20):1633-1638.
13. *Reason J.* Human error: Models and management. British Medical Journal 2000, 320:768-770

14. *Secker-Walker J., Taylor- Adams S.* Clinical incident reporting. In Clinical risk management: Enhancing patient safety. 2nd edition. Edited by Vincent C. London: BMJ Books; 2001:419-438.

15. *Vincent C.* Patient safety. Edinburgh etc.: Elsevier Churchill Livingstone; 2006.

16. *Weick K.E., Sutcliffe K.M.* Managing the unexpected. Resilient performance in an age of uncertainty. 2nd edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.

17. *Wilpert B., Fahlbruch .:* System safety: challenges and pitfalls of intervention. Amsterdam: Pergamon; 2002.

18. *Young P.C., Tomski M.* An introduction to risk management. Physical medicine and rehabilitation clinics of North America 2002, 13(2):225-246.

19. *Морозов К.М., Жихарева Л.В., Игнатьев В.Ф., Сухарева Т.В.* Экономическая составляющая рациональной тромбопрофилактики на муниципальном уровне здравоохранения. В чем проблема? // Клиническая гемостазиология и гемореология в сердечно-сосудистой хирургии – 2013 – с.264-265

20. *Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н.* Проблема разработки качества оказания медицинской помощи и пути ее оптимизации // Экономика здравоохранения. - 2011. - № 11-12. - С. 50-56.

21. *Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н.* Роль индикаторов в оценке качества фармакотерапии и оказания медицинской помощи // Вестник Санкт Петербургского университета. Сер. 11. - 2011. - № 4. - С. 103-112.

А.М. Мухаметзянов, Н.Х. Шарафутдинова,
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ГОРОДА ОТ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Введение

В настоящее время в городах России проживает 103,8 миллиона человек, или 73,1% от общего числа россиян. По удельному весу городского населения Россия стоит в одном ряду с высокоразвитыми государствами мира. Среди причин смертности в России, как и в большинстве развитых стран мира, ведущее место занимают болезни системы кровообращения (БСК), из них основными остается ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни. В последние годы, несмотря на снижение показателей, как среди мужчин, так и среди женщин, смертность от БСК у нас в стране остается существенно выше, чем в странах Евросоюза (573 на 100 тыс. мужчин против 81 и 173 на 100 тыс. женщин против 28, соответственно) [1].

Уфа является крупным культурным, просветительно-образовательным и промышленным центром не только Республики Башкортостан, но и России. Население города на 01.01.2011 г составляло 1074942 чел., в том числе трудоспособного населения – 665317 чел. Город стал миллионным в 1980 г. [2].

Анализ демографических показателей в г. Уфе, проведенный М.Ю. Шарафутдиновой (2013 г.) показал, что за межпереписной период (2002-2010 годы) показал, что смертность снизилась на 7,1% (с 1269,9 до 1180,8 на 100 тыс. населения), в основном за счет умерших от внешних причин (на 37,1%) и болезней органов дыхания (на 22,6%). Однако в структуре общей смертности населения г. Уфы в 2010 г. по сравнению с 2002 годом доля БСК возросла с 56,2% до 59,0% [3].

Цереброваскулярные заболевания наносят огромный ущерб национальной экономике, учитывая расходы на лечение, медицинскую реабилитацию, потери в сфере производства. В Российской Федерации ежегодно случается около 500 тысяч инсультов. В отличие от многих других заболеваний эта патология имеет тяжелейшие последствия. Из этих полумиллиона лиц умирают почти половина. Анализ распространенности цереброваскулярных болезней (ЦВБ) в конкретных социальных условиях дает возможность совершенствовать подходы к профилактике и лечению [1].

Описание исследования

В ходе исследования проведен анализ смертности населения города Уфа от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) и острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), входящих в структуру ЦВБ, за 2003-2010гг. по данным отчетной по формы С51 Башкортостанстата.

Результаты исследования

Анализ выявил рост показателя смертности от ЦВБ населения г. Уфы с 283,5 в 2003 г. до 341,8 на 100 тыс. населения в 2010 г., среди мужчин – с 227,4 до 263,0, среди женщин – с 330,5 до 406,9 на 100 тыс. соответствующего населения. Более выраженный темп прироста показателя смертности отмечался среди женщин, чем среди мужчин (23,1% против 15,7%, $p=0,0001$).

За анализируемый период наблюдалось уменьшение доли ОНМК в структуре ЦВБ с 51,0% до 11,8%, причем с 2003 г. до 2008 годы доля ОНМК колебалась незначительно (от 61% до 49,9%), а в 2009г. и 2010г. значительно снизилась, составив соответственно 29,5% и 11,8%.

Вместе с тем, увеличилась доля заболеваний, относящихся к группе других цереброваскулярных болезней с 49,0% до 88,2%, что объясняется внедрением с 2009г. высокотехнологичных методов диагностики, дающие возможность визуализировать не только зону повреждения мозга, но и

особенности кровоснабжения и функционального состояния, что позволило значительно улучшить диагностику инсульта.

Анализ динамики смертности населения г. Уфы от ОНМК за 2003-2010гг. выявил снижение показателя в 3,5 раза (с 144,6 на 100 тыс. населения в 2003г. до 41,2 в 2010г.).

Показатель менялся разнонаправленно: отмечено два периода подъема смертности – в 2004 и 2008 гг. до 170,4 и 161,5 на 100 тыс. населения. Значительное снижение произошло в 2009 и 2010 гг. до 94,5 и 41,2 на 100 тыс. населения соответственно. Такая динамика обусловлена открытием в январе 2009 года Регионального сосудистого центра на базе ГБУЗ БСМП №22 г. Уфы и первичного сосудистого отделения на базе МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы.

Изучив уровень смертности по полу, было установлено, что у мужчин за все года наблюдения показатели смертности от ОНМК оказались ниже, чем у женщин. Показатель колебался с 123,7 на 100 тыс. мужчин в 2003 году до 38,6 в 2010 году (снижение в 3,2 раза), и с 162,2 на 100 тыс. женщин до 41,6 (снижение в 3,9 раза). Среднегодовой показатель у мужчин был достоверно ниже, чем у женщин ($117,6 \pm 10,3$ против $149,7 \pm 11,2$; $p=0,034$).

Смертность от ОНМК среди лиц трудоспособного возраста снизилась в 1,7 раза, с 21,0 на 100 тыс. соответственного возраста в 2003г. до 12,5 – в 2010г., в том числе среди мужчин в 2,0 раза (с 31,1 до 15,3), среди женщин в 1,3 раза (с 11,7 до 8,8). Более выраженное снижение показателя было среди лиц старше трудоспособного возраста – в 4,4 раза, с 710,3 до 161,1, в том числе среди мужчин в 3,7 раза (с 839,7 до 224,9), среди женщин в 4,8 раза (с 655,2 до 136,6).

За период наблюдения большую долю умерших от ОНМК составили лица старше трудоспособного возраста, показатель колебался от 80,7% до 90,7%, в том числе, среди мужчин от 72,2 до 82,6% и среди женщин от 87,3 до 95,6%. Среди мужчин доля умерших лиц данной возрастной группы

оказалась несколько меньше, чем среди женщин, среднегодовой показатель составил 79,1% против 94,1% ($\chi^2=86,3$; $p<0,001$)

Для элиминирования возможного влияния различий возрастного состава населения по годам наблюдения на уровень показателей смертности, были вычислены стандартизованные показатели, рассчитанные на республиканский стандарт.

Стандартизованные показатели смертности от ОНМК за период наблюдения снизились в 4,0 раза, среди мужчин в 3,7 раз, среди женщин в 4,3 раза.

Почти во всех возрастных группах уровень смертности от ОНМК был выше у мужчин, чем у женщин, кроме возрастной группы 15-19 лет, где показатель оказался выше у женщин, чем у мужчин (0,8 против 0,6). Наибольшая разница в показателях смертности среди мужчин и женщин оказалась в возрастной группе 20-25 лет (5,7 раза), наименьшая – в 70 лет и старше (1,2 раза). Однако в целом уровень смертности среди женщин был выше, чем у мужчин (164,6 против 124,9 на 100 тыс. соответствующего населения; $p>0,274$).

В ходе исследования был рассчитан средний возраст наступления смерти от ОНМК за 2003-2010гг., который составил $72,8\pm0,3$ года. Данный показатель оказался статистически ниже у мужчин, чем у женщин ($69,2\pm0,5$ против $75,2\pm0,4$; $t=8,2$; $p<0,001$).

В структуре ОНМК анализировались три основных типа мозговых инсультов (МИ): ишемический (инфаркт мозга), геморрагический (внутримозговое и нетравматическое внутричерепное кровоизлияние в мозг) и субарахноидальное кровоизлияние (прорыв крови в подпаутинное пространство и желудочковую систему головного мозга). Кроме этого в группу ОНМК входит инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (код по МКБ 10– I64). Другие виды кровоизлияний – субдуральные и эпидуральные гематомы, являющиеся в большинстве случаев травматическими, обычно не описываются как МИ.

Были выявлены различия в структуре смертности от МИ в 2003 и 2010гг. Так, в 2003г. среди причин смерти от ОНМК инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт, составил 78,0%, геморрагический инсульт – 11,0%, инфаркт мозга – 10,1%, субарахноидальное кровоизлияние – 0,9%.

В 2010г. каждый второй случай смерти от ОНМК был по причине инфаркта мозга (54,5%), каждый третий (31,3%) – по причине геморрагического инсульта, 9,3% составил инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт, 4,9% – субарахноидальное кровоизлияние ($\chi^2=142,2$; $p<0,001$). Статистически значимое изменение структуры смертности от ОНМК за восьмилетний период объясняется медико-организационными аспектами, в частности улучшением диагностики МИ с использованием новых методов исследования.

В структуре смертности от ОНМК по среднегодовым данным умершие от инфаркта мозга составили 56,4%, от инсульта, не уточненного как кровоизлияние или инфаркт, – 24,5%, от внутримозгового кровоизлияния – 15,7%, субарахноидального кровоизлияния – 2,2%. Структура смертности от ОНМК по причинам в зависимости от пола различалась. Первое ранговое место, как у мужчин, так и у женщин, занял инфаркт мозга (52,4 и 59,0%), второе место у мужчин заняло внутримозговое кровоизлияние (21,6%), у женщин – инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (26,3%), третье место у мужчин занял инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (21,4%), у женщин внутримозговое кровоизлияние (11,8%) ($\chi^2=18,6$; $p<0,001$).

Анализ среднегодовых показателей структурообразующих причин смертности от ОНМК показал, что смертность от инфаркта мозга встречалась достоверно чаще, чем от геморрагического инсульта (17,6 против 15,4 на 100 тыс. населения; $\chi^2=40,4$; $p<0,001$).

Установлено также, что лица трудоспособного возраста, как мужчины, так и женщины, чаще умирали от геморрагического инсульта (8,8 на 100 тыс. соответствующего возраста), чем от инфаркта мозга (2,3; $\chi^2=82,7$; $p<0,001$).

Среди мужчин уровень смертности от геморрагического инсульта составил 11,8 на 100 тыс. мужчин, от инфаркта мозга – 3,6, среди женщин – 6,0 и 1,3 на 100 тыс. женщин.

У лиц старше трудоспособного возраста более частой причиной смерти был инфаркт мозга, чем геморрагический инсульт (106,2 против 65,9; $\chi^2=36,4$; $p<0,001$), как у мужчин (136,4 против 101,4 на 100 тыс. соответствующего населения), так и у женщин (93,9 против 51,0).

Смертность населения г. Уфы от ОНМК за 2011г. углубленно изучили по данным автоматизированного регистра смертности. Выяснилось, что от мозгового инсульта умерло 855 человек.

Случаи смерти изучены в зависимости от места смерти, нозологических форм, времени года и суток. В 70,4% случаев больные умирали дома, в 27,3% – в стационаре, в 0,2% – машине скорой помощи, в 2,1% – в другом месте.

Наибольший показатель сезонности случаев смерти от ОНМК лиц трудоспособного возраста оказался в феврале (192,3%), марте (111,7), апреле (115,4), наименьший – в осенние месяцы соответственно 76,9 в сентябре, 74,4 в октябре и 64,1 в ноябре.

Показатель сезонности лиц старше трудоспособного возраста наибольший был в апреле (115,4), июне (109,0), июле (119,4), наименьший также в осенние месяцы 81,7, 88,4, 94,6%. Это связано, главным образом, с началом работ на приусадебном участке, что приводит к чрезмерной физической нагрузке лиц пожилого возраста. Кроме того, в июле – самые высокие среднемесячные показатели температуры воздуха. Все это в совокупности с медико-биологическими факторами риска способствует развитию ОНМК.

Выводы

Проведенный анализ свидетельствует, что, несмотря на позитивные изменения в динамике смертности, острое нарушение мозгового кровообращения остается значимой медико-социальной проблемой,

требующей дальнейшей оптимизации системы оказания специализированной медицинской помощи больным с уже свершившимся инсультом, а также организации эффективных профилактических мероприятий.

Библиографический список

1. *Суслина З.А.* Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / под ред. З.А. Суслиной, М.А. Прадова. М.: МЕД пресс-информ, 2008. 288с.
2. *Шарафутдинова М.Ю.* Социально-гигиеническая характеристика показателей естественного движения населения в г. Уфе // Медицинский вестник Башкортостана. 2011. № 3. С. 29-33.
3. *Шарафутдинова М.Ю.* Динамика показателей естественного движения населения в условиях крупного города /М.Ю. Шарафутдинова, З.М. Султанаева //Электронный научно-образовательный вестник «Наука и образование в XXI веке». 2012. Т 14. № 3. С. 40.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: ПРЕЗЕНТАЦИЯ В ИНТЕРНЕТ ПРОСТРАНСТВЕ

Краткая версия

Сегодня в России действует значительное число профессиональных сообществ в сфере оказания медицинской помощи(услуг) и охраны здоровья. Помимо основных функций, свойственных профессиональному сообществу – коммуникации (лично или виртуально) с целью обмена опытом и практиками, выработки знаний и поиска новых, более эффективных подходов к решению поставленных перед ними профессиональных задач [1], появились и другие функции, зависящие от статуса профессиональной организации (ассоциации, сообщества, общества, партнерства). В свою очередь статус организации и соответствующие ему виды деятельности презентуются сообществом во внешней среде, формируя представление как об организации в целом, так и о ее основных характеристиках и участниках.

Основные виды деятельности и особенности презентации профессиональных организаций во внешней среде – интернете определены в результате контент анализа 84 информационных ресурсов головных организаций, прежде всего тех, сведения о которых внесены в Единый государственный реестр юридических лиц на 22 мая 2013 и дополнительно тех, сведения о которых не внесены в реестр, но информация о которых имеется в интернете. Помимо собственных интернет-ресурсов организаций, анализировались интернет-ресурсы партнерских организаций, на которых размещена информация ассоциаций или об ассоциациях, а также новости, статьи, интервью экспертов и другие материалы, находящиеся в открытом доступе.

Типичность и особенности презентации профессионального сообщества в публичном пространстве соотносится с основными характеристиками профессионалов: *образование* (занятость на основе применения навыков, базирующихся на теоретическом знании; специализированное образование и обучение профессиональным навыкам; особая компетентность и их документационное подтверждение); *профессиональная этика* (наличие определенного кодекса поведения, обеспечивающего профессиональную идентичность); *профессиональная деятельность* (исполнение профессиональных обязанностей на благо общества) и *членство в профессиональной организации* [2].

Членство в профессиональных организациях

Типология общественных организаций в сфере медицинской помощи и здравоохранения в России можно определить в соответствии с юридическим статусом, и законодательством, которое закрепляет положение о том, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание на добровольной основе *профессиональных некоммерческих организаций*, которые в свою очередь могут формироваться в соответствии с критериями:

1) принадлежности к медицинским работникам или фармацевтическим работникам;

2) принадлежности к профессии (врачей, медицинских сестер (фельдшеров), провизоров, фармацевтов);

3) принадлежности к одной врачебной специальности [3].

В России общественные объединения в сфере медицины могут объединять физических лиц, прежде всего специалистов релевантной области знаний, видов деятельности и (или) юридических лиц: другие ассоциации, научно-образовательные учреждения, поликлиники, больницы, производителей и поставщиков диагностической и лечебной аппаратуры для медицины и косметологии т.д.

Профессионалы в сфере медицины и охраны здоровья объединяются по разным уровням, признакам и юридическому статусу (некоммерческая медицинская организация, общественное медицинское объединение (организация), ассоциация, некоммерческое партнерство, движение):

Объединение специалистов по профессиональному признаку, по медицинской специальности (например, Ассоциация сосудистых хирургов) и по дополнительному ключевому признаку:

юридический статус по отношению к деятельности: некоммерческие организации (Некоммерческая Профессиональная ассоциация андрологов России); негосударственные профессиональные и правозащитные организации, («Независимая психиатрическая ассоциация России»); ориентирующиеся на научную деятельность (Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов"), религиозные организации (Общественная и религиозная организация общественная организация "Российское научно-медицинское общество терапевтов", Общероссийской общественной организации «Общество православных врачей России»)

Ассоциации медицинских практических организаций (например, Ассоциация частных многопрофильных клиник);

Ассоциации производителей (например, Ассоциация Росмедпром);

Объединение профессионалов (физических и юридических лиц) по принадлежности к медицинской профессии, независимо от специальности:

ассоциации общественных объединений, медицинские общества, (например, «Общество врачей России» - профессиональное объединение, в которое вошли врачи разных специальностей из разных субъектов РФ уже объединенные в рамках ассоциаций по специальности (такие как «Российское общество хирургов»):

некоммерческие партнерства (например, «Национальная Медицинская Палата» является некоммерческой организацией, основанной на членстве и объединяющей некоммерческие медицинские организации и общественные медицинские объединения (общероссийские, межрегиональные, региональные, местные), а также иные некоммерческие организации и общественные объединения, целью которых является деятельность в области медицины и здравоохранения);

акционерные общества (Российское акционерное медицинское общество РАМО).

Кроме этого к профессиональным организациям в системе здравоохранения можно отнести организации, оказывающие услуги и выпускающие медицинскую продукцию.

Если рассматривать медицинские профессиональные организации с точки зрения закона о "О саморегулируемых организациях", то большинство общественных объединений медицинских и фармацевтических работников являются субъектами профессиональной деятельности (физические лица, осуществляющие профессиональную деятельность).

Включение профессионалов в союз может быть различных типов и косвенно отражать степень их открытости (закрытия):

- 1) условно без ограничений - всех специалистов, имеющих медицинское образование или работающих в системе здравоохранения и не имеющих медицинского образования, но работающих в системе здравоохранения;
- 2) с ограничением: по гражданству, убеждениям, специальности, стажу работы.

Идущие процессы дифференциации профессионалов по специализации подтверждают общемировые тенденции необходимости объединения «однородных» профессионалов. А процессы интеграции разных специалистов в единую организацию – потребность в самоорганизации на общероссийском уровне.

Ассоциации могут иметь горизонтальную и вертикальную структуры, создавая как секции (комитеты) по направлениям деятельности, так и региональные организации (филиалы).

По наличию интернет ресурсов информации об организации в открытом доступе, ассоциации условно можно отнести к трем основным типам: 1) ассоциации располагают собственным интернетресурсом; 2) ассоциации размещают информацию на интернетресурсе другой организации (прежде всего, релевантного научного института, университета, центра), либо создают совместный ресурс и как правило, директор института (центра) одновременно является руководителем ассоциации; 3) ассоциации не располагают интернетресурсом и информацию в открытом доступе практически не найти.

Информация адресована основным потребителям - врачам и пациентам. В некоторых случаях члены ассоциации имеют возможность пользоваться большим объемом информации: просмотр полных текстов статей, методических рекомендаций, разработок ведущих специалистов, получение консультаций у ведущих специалистов и т.д. (см., например, Российская ассоциация функциональной диагностики).

Интернет-ресурсы могут включать следующие виды информации в той или иной комбинации: основная информация об ассоциации, документы организации (Устав, положение), история организации, информация о партнерах (в том числе международных партнерах), методические материалы (НМП), информацию о повышении квалификации, издательской деятельности (в том числе печатная продукция и архивные материалы), конгрессной деятельности, лицензировании и аккредитации.

Создание организации связано с идеей лидера (лидеров) в соответствующей области знания, профессиональной деятельности или производства соответствующей продукции. История организации во многих случаях рассматривается не с момента объявления на съезде о ее создании, а включает все элементы институционализации как непосредственно организации, так и деятельности профессионалов в рамках своей профессии и специализации. Основными элементами институционализации деятельности профессионалов в части своей самоорганизации можно рассмотреть как развитие академической деятельности специалистов в области медицины, так и организационной основы объединения специалистов.

Деятельность профессиональной организации соответствует миссии, целям создания организации, уставным целям и задачам.

В соответствии с законодательством некоммерческие профессиональные организации медицинских и фармацевтических работников создаются в целях [4]:

- реализации и защиты прав медицинских работников и фармацевтических работников;
- развития медицинской деятельности и фармацевтической деятельности;
- содействия научным исследованиям;
- решения иных вопросов связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников и фармацевтических работников.

Цели, направленные на решение иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью, в некоторых случаях формулируются профессиональными организациями достаточно широко и включают или пересекаются с обоснованиями объединения профессионалов в союз и (или) миссией:

- по причине сложности профильного заболевания и его лечения; распространенности профильного заболевания;
- в силу необходимости: 1) развитие специальности; 2) консолидации и решения совместных вопросов; 3) профессиональной поддержки (не только правовая, но и направленная на развитие члена ассоциации – повышение квалификации, стажировка, участие в научных мероприятиях, методическая поддержка и т.д.); 4) совершенствования системы охраны здоровья населения России; 5) развития эффективного партнерства с институтами государственной власти и гражданского общества; консолидации с пациентами и поддержка пациентов.

Библиографический список

1. Иванов И., Карлюкова О. Профессиональные сообщества в России: количественный анализ <http://hr-portal.ru/article/professionalnye-soobshchestva-v-rossii-kolichestvennyy-analiz>
2. Millerson G.L. The Qualifying Association. L. Virago. 1964.
3. Статья 76 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1)
4. Статья 76 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЛМЫКИЯ: АНАЛИЗ 2000-Х ГГ.⁶²

В последние годы в Калмыкии, как и в целом по России отмечается улучшение демографических показателей – растет продолжительность жизни и рождаемость, уменьшается смертность населения. Уровень рождаемости остается достаточно высоким и превышает среднероссийский показатель на 16,9% (Российская Федерация 12,4). Величина показателя общей смертности республики ниже, чем в среднем по Российской Федерации (в 2011 г. на 22,3%). За десятилетний период (2002-2011 гг.) общая смертность населения снизилась на 18,3% (2002 г. 1234,1). Наблюдаемая в последние годы положительная динамика показателей рождаемости и смертности обусловила благоприятную тенденцию к увеличению коэффициента естественного прироста населения республики. Так, коэффициент естественного прироста населения за последние десять лет увеличился с 0,4 в 2002 году до 4,5 в 2011 г. Продолжительность жизни населения республики увеличилась с 65,4 лет в 2000 г. до 68,6 лет в 2011 г., на уровне показателя в среднем в Российской Федерации (2009 г. 68,7 лет) [2].

Однако состояние здоровья населения региона не изменилось к лучшему. Отмечается рост заболеваемости детей (0-14 лет) с 1240,7 на 1000 детского населения в 2000 г. до 1579,8 в 2011 году. В возрастной группе 15-17 лет заболеваемость составила в 2011 году 1193,6 на 1000 населения соответствующего возраста. Уровень заболеваемости взрослого населения Республики Калмыкия составил в 2011 г. 419,0 на 1000 населения. В

⁶² Статья подготовлена в рамках Программы фундаментальных исследований Президиума РАН «Фундаментальные проблемы модернизации полиэтнического макрорегиона в условиях роста напряженности» (проект КИГИ РАН «Демография народов Калмыкии (конец XX-начало XXI вв.)»)

структуре зарегистрированных заболеваний у взрослого населения на первом месте регистрируются заболевания органов дыхания 23,7%, , второе место занимают болезни мочеполовой системы 13,9%, на третьем месте травмы и [отравления](#) 10,7% [2].

За последние три года заболеваемость злокачественными новообразованиями в республике выросла до [224,9](#) случая на 100 тыс. населения в 2011 году против [213,3](#) в 2009 году, рост составил 5,1%. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2011 г. на первом месте зарегистрирован [рак молочной железы](#) 20,8%, на втором месте рак легкого 14,0%; на третьем месте [рак кожи](#) 10,2%.

Эпидемическая [ситуация](#) по туберкулезу в Республике Калмыкия продолжает оставаться неблагоприятной. Об этом свидетельствует высокий уровень основных эпидемиологических показателей. Показатель общей заболеваемости туберкулезом по республике снизился по сравнению с 2009 годом на 21% и составил в 2011 году 87,9 на 100 тыс. населения (2009 г. [111,1](#)) данный показатель остается выше российского (2010 г. 77,4).

Растет заболеваемость населения республики психическими расстройствами и расстройствами поведения. В 2011 г. [показатель общей заболеваемости](#) психическими заболеваниями в сравнении с 2010 г. увеличился на 11% и составил [243,3](#) больных на 100 тыс. населения против [181,6](#) в 2009 г. (РФ [358,3](#)).

По данным Регионального сегмента Государственного регистра больных сахарным диабетом по состоянию на 01.01.2012 г. среди взрослого населения состоит на учете 5992 больных, в т.ч. 17 детей в возрасте от 0 до 17 лет. В [течение](#) последних трех лет [количество](#) больных СД в республике увеличилось на 18% или [918](#) пациентов.

Эта картина, свидетельствующая об ухудшении здоровья по многим параметрам, наблюдается несмотря на активную законотворческую деятельность, на недавно принятый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на утверждённую

Правительством РФ «Государственную программу развития здравоохранения РФ», на осуществляемый с 2006 г. Национальный проект «Здоровье», благодаря которому медицина оснастилась современным оборудованием, части врачей повышена заработная плата.

Министерство здравоохранения и социального развития Республики Калмыкия на протяжении ряда лет также реализует региональную Программу модернизации. Ее приоритетными направлениями являются: улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам и детям, в том числе детям с инфекционными заболеваниями и туберкулезом; мероприятия, направленные на повышение качества оказания первичной специализированной медицинской помощи, включая в первоочередном порядке оказание медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в межрайонных центрах, расположенных в сельской местности. В рамках реализации Программы модернизации в республике вводятся новые объекты здравоохранения, внедряются новые методы диагностики и лечения, выделяются денежные средства на модернизацию материально-технической базы учреждений здравоохранения, на обеспечение стандартов оказания медицинских услуг и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, на информатизацию здравоохранения [3].

Известный отечественный социолог, специализирующийся на исследовании проблем здоровья, И.В. Журавлева, в одной из своих статей отмечает: «Как известно, среди факторов, влияющих на здоровье, доля здравоохранения оценивается в 10-15%. Но и в массовом, и индивидуальном сознании здоровье привычно ассоциируется, прежде всего, с медициной. Тогда как на здоровье человека влияют ещё условия труда, жилищные условия, особенности досуга, наличие образования, воспитания, поведения» [1, с. 166].

Отечественной и региональным системам здравоохранения необходимо перестраивать свою деятельность в связи с тем, что ВОЗ поставила перед

всеми странами задачу пересмотра государственных политик в области охраны здоровья с целью возложения ответственности за здоровье народа не на органы здравоохранения, а на правительство в целом при активном участии населения. В связи с этим возрастает потребность в эффективной системе анализа и оценки состояния здоровья населения с помощью мониторинга. Значимость его актуализирована после изменения ВОЗ основного критерия успешности социальной политики – перехода от ориентации на расходы, выделяемые на нужды здравоохранения, к ориентации на здоровье конкретного человека (популяции).

Анализ содержания Концепции развития здравоохранения Республики Калмыкия до 2020 г. обнаруживает её сугубо медицинскую направленность, связанную прежде всего с лечением людей, а не с формированием и сохранением их здоровья. Исследователи отмечают, что «в России сегодня здравоохранение ориентируется исключительно на больных людей, адресуя им почти все социальные и медицинские ресурсы. Социальная политика в сфере здоровья направлена в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного сознания, включая экологическое, не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов (семьи, образования, СМИ, досуга и т. п.) в сфере здоровья» [1].

В указанной Концепции не обнаруживаем ни одного упоминания понятий профилактики, самосохранительного поведения, т.е. всего того, что направлено на сохранение здоровья. Весьма затруднителен поиск информации о результатах диспансеризации населения, количества здоровых людей в республике на сайтах горполиклиники г. Элисты, министерства здравоохранения и социального развития РК. Складывается впечатление, что термин здоровье у нас понимается не как «правильная, нормальная деятельность организма», а прежде всего как его болезненное состояние. В рассматриваемой Концепции в Главе 2.2. Показатели [состояния](#) здоровья

населения республики дается анализ состояния заболеваемости населения, отдельные данные приведены в начале нашей статьи.

Совершенно справедливо утверждение исследователей о том, что «сегодня в России объектом социальной политики в сфере общественного здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженные им. Здоровый человек и здоровое население находятся вне сферы внимания здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся заболевания. И чем серьезнее и тяжелее будут заболевания, тем больший интерес, экономический и научный, они будут представлять для здравоохранения, так как деньги выделяются только на лечение больных и на изучение болезней [1, с.166].

В анализируемой Концепции утверждается, что реализация всех ее направлений к 2020 г. позволит создать систему здравоохранения Республики Калмыкия, позволяющую оказывать доступную и качественную медицинскую помощь на основе единых требований и подходов с учетом передовых достижений научно-технического прогресса, которая будет являться залогом устойчивого социально-экономического развития республики в долгосрочной перспективе. Таким образом, доминирует ориентация исключительно на медицинские ресурсы. Остается без внимания здоровье здоровых людей. Проведенный нами анализ и исследования в области социологии здоровья показал, что нужен принципиально иной взгляд на общественное здоровье.

Библиографический список

1. Журавлева И. В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии РАН. Электронный журнал. 2013. №6.
2. О проекте Концепции развития здравоохранения Республики Калмыкия // Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Калмыкия (Минздравсоцразвития РК) от 31 августа 2012 г. N 846пр URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/kalmyk/422290/> (дата обращения 12. 05. 2013)
3. URL: www: // medicinarf.ru/journals/703/8442/ (дата обращения 12. 02. 2013).

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Введение

Одной из важнейших медико-социальных проблем современности является проблема сахарного диабета. Неуклонный рост заболеваемости диабетом наблюдается во всём мире: по данным ВОЗ, в 2012 г. насчитывалось 280 млн. больных диабетом, в том числе 480 тыс. детей [1; 2]. В специальной литературе описана взаимосвязь сахарного диабета и стоматологического здоровья. Многочисленные данные о неблагоприятном влиянии сахарного диабета на развитие кариеса зубов и его осложнений, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта [3; 4; 5]. Доказана двусторонняя связь между сахарным диабетом и пародонтитом. С одной стороны, высокая концентрация глюкозы в десневой жидкости у больных сахарным диабетом способствует размножению микроорганизмов и развитию заболеваний пародонта (у 51%-98% больных диабетом), а пародонтопатогенная микрофлора, в свою очередь, обуславливает повышение резистентности тканей к инсулину, вследствие чего ухудшается метаболический контроль гликемии. С другой стороны, заболевания пародонта при сахарном диабете приводят к развитию системного воспаления и повышению вероятности атеросклероза, рисканефропатии, инфаркта и инсульта [6; 7; 8].

В рекомендациях по организации стоматологического лечения больных сахарным диабетом подчеркивается важность контроля уровня глюкозы, так как из-за стресса стоматологических процедур могут развиваться метаболические нарушения. Кроме того, медикаменты, назначаемые стоматологами, способны влиять на результаты диабетологической терапии.

Следовательно, при лечении пациентов с сахарным диабетом необходимо взаимодействие стоматолога и эндокринолога, а также хорошая комплаентность больных в отношении выполнения рекомендаций врачей [9]. В связи с этим, **целью** настоящей работы было изучение комплаентности больных сахарным диабетом и воспалительными заболеваниями пародонта по данным социологического исследования.

Описание исследования

Работа была выполнена в категориальном поле социологии медицины в соответствии с рекомендациями по проведению социологических исследований [10; 11]. Провели анкетный опрос 152 пациентов пародонтологических кабинетов стоматологических поликлиник Волгограда и 106 практикующих врачей-стоматологов. Для проведения опроса были разработаны авторские анкеты для обеих групп респондентов, включавшие открытые и закрытые вопросы. Кроме специальных вопросов, респондентам предлагалось сообщить некоторые сведения о себе (возраст, пол, сведения о трудовой деятельности и др.).

Анкета для пациентов была направлена на выяснение наличия у респондентов сахарного диабета и заболеваний пародонта, определение уровня знаний о связи диабета и заболеваний пародонта, оценку приверженности пациентов к выполнению рекомендаций стоматолога и др. (всего 13 вопросов). Анкета для врачей-стоматологов включала 16 вопросов о количестве первичных пациентов, сборе анамнеза, назначаемом лечении, взаимодействии с врачами-эндокринологами и др.

Анкетирование пациентов пародонтологических кабинетов и врачей-стоматологов и проводилось на добровольной и анонимной основе. Полученные данные были обработаны с применением стандартных методов математического анализа.

Результаты исследования

Среди опрошенных пациентов пародонтологических кабинетов стоматологических поликлиник преобладали женщины (127 женщин и 25 мужчин), что отражает общую тенденцию гендерных различий в частоте посещений врачей.

Большинство респондентов находились в возрасте 45-64 лет (45-54 года – 32,9%; 55-64 года – 32,9%), реже пациенты пародонтологических кабинетов были в молодом (25-34 года – 11,2%; 35-44 года – 16,4%) или пожилом возрасте (старше 65 лет – 7,2%). Возрастной состав респондентов-пациентов был обусловлен распространенностью воспалительных заболеваний пародонта, которая имеет четкую возрастную динамику.

Активной трудовой деятельностью занимались 60,5% пациентов пародонтологических кабинетов, временно не работали – 6%, находились на пенсии – 28,9%, на инвалидности – 4,6%, что подтверждает высокую потребность в лечении заболеваний пародонта, прежде всего, трудоспособного населения, в меньшей степени – лиц пенсионного возраста.

Пациенты пародонтологических кабинетов, как правило, знали о наличии у себя сахарного диабета (63,8% ответов) и находились на учете у эндокринолога. Не считали себя больными диабетом 12,5% пациентов, а 23,7% выбрали ответ «не знаю». Однако лишь 16,5% пациентов сообщили о намерении выполнить рекомендации врачей и посетить эндокринолога с целью обследования на наличие сахарного диабета, а 19,7% считали, что в таком обследовании нет необходимости.

Все пациенты пародонтологических кабинетов проходили лечение по поводу воспалительных заболеваний пародонта. На вопрос: «Как давно Вы страдаете заболеванием дёсен?», около трети (32,2%) респондентов сообщили, что заболевание дёсен у них было всегда, 36,8% – свыше 10 лет, 20,4% – 5-10 лет. Так как взаимосвязь сахарного диабета и воспалительных заболеваний пародонта хорошо известна, можно было предположить, что столь длительный период воспаления десен был поводом для врачей-

стоматологов проводить опрос пациентов на наличие сахарного диабета и направлять пациентов на эндокринологическое обследование.

Однако ответы респондентов-пациентов на соответствующий блок вопросов выявили иную картину. На первичном стоматологическом приеме только 39,5% респондентов сами сообщили врачу о своём заболевании, а 23,7% – лишь после соответствующих вопросов врача. Более трети (36,8%) пациентов сообщили, что врачи-стоматологи не спрашивали о наличии у них эндокринных заболеваний.

Нас интересовало, рекомендовали ли врачи-стоматологи пациентам с хроническими заболеваниями дёсен пройти обследование у эндокринолога, и как пациенты выполняли эти рекомендации. В результате установили, что 39,5% пациентов считали, что они уже обследованы эндокринологом, 36,8% сообщили, что не получали направлений на консультацию эндокринолога, 16,4% опрошенных, получив направление, к эндокринологу не обратились, и только 7,2% респондентов впервые обратились к эндокринологу именно по рекомендации врача-стоматолога. При этом на вопрос: «Если бы сегодня стоматолог порекомендовал Вам обследоваться у эндокринолога, выполнили бы Вы его рекомендации?», – только 23,7% опрошенных пациентов ответили утвердительно. Большинство (59,0%) респондентов выбрали ответ «если бы нашли свободное время», а 16,4% дали отрицательный ответ. Полученные данные, с одной стороны, отражают недостаточный уровень знаний врачей-стоматологов и больных воспалительными заболеваниями десен о наличии взаимосвязи сахарного диабета и заболеваний пародонта, с другой стороны, показывают недостаточный уровень комплаентности пациентов в отношении выполнения рекомендаций врачей-стоматологов.

Ответы на следующие вопросы подтвердили правильность данного предположения. Всего 56% пациентов знали, что эндокринные заболевания ухудшают состояние полости рта, и лишь 11% считали, что стоматологические заболевания утяжеляют течение эндокринных заболеваний. «Не видели связи» между эндокринными и

стоматологическими заболеваниями 16,5% респондентов, такое же количество (16,5%) затруднились с ответом, что подтверждает недостаточную осведомленность населения в этом вопросе. В то же время, 48,6% пациентов отмечали улучшение состояния дёсен при снижении содержания глюкозы в крови, 14,6% «не замечали» либо «не обращали внимания» на подобные изменения своего состояния, а 36,8% не контролировали уровень сахара в крови.

Среди пациентов, принявших участие в анкетировании, был выявлен низкий уровень приверженности к поддержанию своего пародонтологического здоровья. Лишь 14,6% респондентов не ждали обострения заболевания дёсен и обращались к врачу регулярно, для профилактических поддерживающих курсов лечения, 44,7% посещали стоматолога нерегулярно, «только если находили свободное время», а 40,7% опрошенных являлись на стоматологический приём от случая к случаю, так как сами «знали, какие препараты назначит врач». Таким образом, полученные данные говорят о невысоком доверии пациентов к рекомендациям врачей-стоматологов.

Результаты изучения данных опроса врачей-стоматологов выявили следующую картину. Все стоматологи сообщили, что регулярно принимали первичных пациентов: не менее 1-5 первичных пациентов в неделю – 42,4% ответов, 5-10 пациентов – 49,0% ответов, более 10 первичных пациентов – 8,6%. Пациенты с заболеваниями пародонта в практике респондентов встречались достаточно часто. По мнению 44,3% врачей-стоматологов, все их пациенты имели заболевания пародонта, выраженные в той или иной степени. О приеме в течение недели более 5 больных с заболеваниями пародонта сообщили 7,0% респондентов, 3-5 пациентов в неделю – 16,9%, менее 3 пациентов – 24,5%. Редко принимали пациентов с заболеваниями пародонта всего 7,0% респондентов. Таким образом, все врачи на практике имели возможность встретить больных с сахарным диабетом и заболеваниями пародонта.

При проведении исследования нас интересовала активность врачей-стоматологов в выявлении у пациентов эндокринных заболеваний, в том числе сахарного диабета. В результате установили, что вопрос о наличии эндокринной патологии многие (40,5%) врачи задавали только больным с заболеваниями пародонта, забывая, что сахарный диабет может способствовать развитию кариеса зубов и заболеваний слизистой оболочки рта, вызывать неврологическую патологию, неблагоприятно влиять на течение инфекционных и воспалительных заболеваний полости рта, исходы хирургических вмешательств [12; 13; 14; 15].

Только 24,5% респондентов-стоматологов ответили, что всегда при сборе анамнеза интересовались наличием у пациентов эндокринных заболеваний. Почти треть (32,0%) респондентов задавали пациентам вопросы о наличии сахарного диабета редко («если есть время на приёме» или «уточняли, если пациент сам говорил об этом»), а 3,0% стоматологов – никогда.

Между тем, большинство врачей-стоматологов признавали, что наличие у больных сахарного диабета значительно утяжеляет течение стоматологической патологии. Однако лишь 36,8% врачей знали, что стоматологические заболевания, особенно патология пародонта, также неблагоприятно влияют на течение сахарного диабета, затрудняя гликемический контроль заболевания. По-видимому, недостаточность знаний о проблеме сахарного диабета, о возможном неблагоприятном влиянии стоматологического лечения на течение диабета, объясняет тот факт, что врачи-стоматологи редко планировали и проводили терапию с учетом рекомендаций эндокринолога.

По данным социологического исследования только 6,7% врачей-стоматологов рекомендовали пациентам консультацию эндокринолога и строили план стоматологического лечения больных в зависимости от результатов эндокринологического обследования.

Почти половина (44,3%) врачей-стоматологов направляли пациентов с заболеваниями пародонта к эндокринологу, однако стоматологическое лечение назначали самостоятельно, в соответствии с клинической картиной заболеваний в полости рта, не учитывая эндокринологическую ситуацию. Более трети (36,8%) респондентов-стоматологов только советовали пациентам посетить эндокринолога и не планировали стоматологическое лечение в соответствии с эндокринологическим статусом своих пациентов. Нередко, врачи-стоматологи вообще не направляли своих пациентов на эндокринологическое обследование, сразу приступая к лечению заболеваний полости рта (12,2% ответов).

Сравнивая ответы врачей-стоматологов и пациентов можно видеть, что обе группы респондентов имели недостаточный уровень знаний о взаимосвязи и взаимовлиянии сахарного диабета и воспалительных заболеваний пародонта. Однако даже в тех случаях, когда врачи-стоматологи проявляли активность в выявлении сахарного диабета и мониторинге метаболического контроля общего заболевания, пациенты были недостаточно комплаентны в выполнении рекомендаций стоматолога. Так, большинство врачей-стоматологов ответили, что направляют, рекомендуют или советуют пациентам пройти эндокринологическое обследование (87,8% ответов). Между тем, только 23,7% больных были согласны выполнить эти рекомендации сразу, 59,0% считали, что можно отложить выполнение рекомендаций стоматологов на неопределенный срок, до появления свободного времени, а 16,4% пациентов не считали нужным выполнять рекомендации врачей.

Заключение

На основании выполненного социологического исследования можно считать, что больные сахарным диабетом и воспалительными заболеваниями пародонта имеют низкую комплаентность, что обусловлено, в первую очередь, недостаточными знаниями населения и врачей-стоматологов о

проблеме диабета и его влиянии на состояние полости рта, о неблагоприятном влиянии воспалительных заболеваний пародонта на течение сахарного диабета.

Анализ полученных данных позволяет считать, что последипломное обучение врачей-стоматологов и врачей эндокринологов должно включать вопросы взаимодействия и взаимовлияния сахарного диабета и заболеваний полости рта, особенности стоматологического лечения больных сахарным диабетом. Кроме того, пациентам в «Школах диабета» следует давать необходимые знания о риске заболеваний полости рта при развитии сахарного диабета, о значении стоматологического лечения в поддержании гликемического контроля.

Библиографический список

1. Дедов И.И. Сахарный диабет — опаснейший вызов мировому сообществу // Вестник РАМН. – 2012. – №1. – С.7-13.
2. IDF Diabetes Atlas. – 5th ed. – Update 2012.
3. Bakhshandeh S., Murtomaa H., Vehkalahti MM. et al. Dental findings in diabetic adults // Caries Research. – 2008. – Vol. 42. - №1. – P.14-18.
4. Chandna S. Diabetes Mellitus – A risk factor for periodontal disease // Internet J Family Prac.- 2010. - Vol. 9. - №1. - P.181-184.
5. Ship J.A. Diabetes and oral health: an overview // JADA. – 2003 Oct;134 Spec No: 4S-10S.
6. Grossi S.G., Genco R.J. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship // Ann Periodontol 1998. - №3. – P.51-61.
7. Бородина В.И., Замятина О.В., Поварова О.Ю., Сухачёва А.П., Бородина М.А. Сахарный диабет. Клиника, диагностика, поздние

осложнения, сахароснижающая и метаболическая терапия // Учебно-методическое пособие.- М.: ИД «МЕДПРАКТИКА – М». – 2009. – 60 с.

8. *Ship J.A.* Diabetes and oral health: an overview // *JADA*. – 2003 Oct;134 Spec No: 4S-10S.

9. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – С.111 – 123.

10. *Решетников А.В.* Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 863 с.

11. *Решетников А.В., Ефименко С.А.* Проведение медико социологического мониторинга: Учебно-методическое пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.

12. *Al-Khabbaz A.K., Al-Shammari K.F.* Diabetes Mellitus and periodontal health: dentists knowledge // *Med Princ Pract* 2011. – Vol. 20. – P.538-544.

13. *Miralles L., Silvestre FJ., Hernández-Mijares A. et al.* Dental caries in type 1 diabetics: influence of systemic factors of the disease upon the development of dental caries // *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. – 2006 May 1. – Vol. 11(3):E256-60.

14. *Carda C., Mosquera-Lloreda N., Salom L. et al.* Structural and functional salivary disorders in type 2 diabetic patients // *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. – 2006 Jul 1;11(4):E309-14.

15. *Pedersen A.M.L.* Diabetes Mellitus and related oral manifestations

//Oral Biosci Med 1. - 2004. - Nr. 4. - Seite 229-248.

А.А. Никонова,
Казанский государственный медицинский университет, Казань

РАЗНООБРАЗИЕ МОДЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

Исторически сложившаяся структура инвалидности, прежде всего, связана с моделями или подходами к определению ее значения. На протяжении продолжительного времени эти модели менялись в связи с трансформацией общества, изменением направления его развития. Те факторы, которые обычно влияют на подобные изменения, обычно влияют и на социальные явления и факты, из которых складывается общество.

Исходной, первоначальной моделью инвалидности, которая восходит к эпохе Просвещения – это моральная или религиозная модель инвалидности. Существование подобной модели определялось религиозными представлениями и стереотипами, которые определяют инвалидность как наказание, кару за «грехи отцов» или свои собственные. Чаще всего итогом подобного отношения было исключение человека с инвалидностью из общины и ее жизни. Однако бывали случаи, когда вместе с инвалидом изолировалась от общества и вся семья. Подобное решение воспринималось как плата или искупление за совершенные ранее «проступки». Несмотря на то, что сейчас этот подход считается устаревшим, в некоторых культурных традициях инвалидность все еще связывают с грехом, за совершение которой человек должен расплачиваться. Порой это даже не зависит от религиозных представлений народа. Например, в Танзании, дискриминация альбиносов стала результатом их многочисленных убийств в давние времена [4, с. 449]. Боязнь, отвращение, жалость – вот те чувства, которые наиболее ярко характеризуют моральную модель инвалидности. Подобный подход наиболее обременителен и суров, поскольку изолирует человека с инвалидностью от

общественной жизни, от возможности реализовать свой жизненный потенциал, не позволяя применить свои возможности на практике.

К середине 1800-х годов появляется иной подход к инвалидности, предполагающий не моральное объяснение причин инвалидности, а научное и практически доказанное [4, с. 449]. Такой подход называется медицинской или индивидуальной моделью. Инвалидность в рамках медицинской модели рассматривается как отклонение или болезнь, от которой можно излечиться, прибегнув к помощи профессионалов. Все внимание в данном случае сосредотачивалось на «аномалиях» человеческого тела, расстройству функций или неполноценности, а также на том, что именно является причиной функциональных ограничений или «инвалидности» [1]. К концу 60-х годов определение повреждения («инвалидности») расширилось и стало включать в себя «анатомические, физиологические или психологические нарушения и дефекты», например, отсутствие ног, рук, слепота, глухота и другие хронические заболевания. Главной задачей специалисты считали лечение и реабилитацию инвалидов, а также оценки их выздоровления, по трем основным позициям [1]:

- оценка повреждений / нарушений (т.е. оценка недостающей части конечности (органа или системы организма) либо ее (их) полное отсутствие);
- оценка трудоспособности / нетрудоспособности (т.е. оценка снижения или полная потеря функциональных возможностей);
- оценка увечья (оценка ограничения деятельности, причина которой – инвалидность).

Однако основной проблемой в этом подходе было отсутствие внимания к степени социальной защищенности инвалидов как людей и граждан.

Экспертная (профессиональная) модель инвалидности (expert/professionalmodel) является ответвлением медицинской модели инвалидности. Инвалидность с этой точки зрения рассматривается также как медицинская проблема. Правда, в этом случае в качестве специалистов привлекаются не только медики, но и специалисты других профилей. Кроме

того, она предполагает принятие необходимых мер для улучшения жизни инвалидов. Человек с инвалидностью рассматривается в данном случае как пассивный объект.

Экономическая модель инвалидности предполагает смежный с медицинской и экспертной моделями подход. Суть его в том, что в государстве происходит перераспределение доходов между гражданами таким образом, чтобы малообеспеченные слои населения не испытывали крайней нужды из-за неспособности заработать на достойную жизнь. Для инвалидов причиной такой «неспособности» становится нарушение функций организма или «дефект». Таким образом, отношение к инвалидам как к физически или психически неполноценным людям, не способным выполнять на работе ту же нагрузку, что и «здоровый» человек, привело к политике ограничения на некоторые виды занятости и отношение к нему как к обузе [6, с.7].

Благотворительная (или трагедийная) модель инвалидности (charity/tragedymodelofdisability) рассматривает человека как жертву обстоятельств, заслуживающей жалости, а саму инвалидность как жизненную трагедию, требующей сострадания. Использование подобного подхода наглядно продемонстрировано в телевизионном благотворительном марафоне «Дети в беде», проводимом каналом BBC. Несмотря на то, что ежегодный сбор денежных средств составляет несколько десятков миллионов фунтов стерлингов, которые используются для приобретения оборудования и предоставления некоторых услуг, но на которые не выделяются государственные средства, многие инвалиды относятся к подобным мероприятиям довольно скептически, поскольку детей-инвалидов, таким образом, ставят в один ряд с детьми, действительно (!) нуждающимся в материальной поддержке, таких как дети, испытавшие насилие, голод и другие негативные жизненные обстоятельства. Набил Шабан, иорданско-британский актер и писатель, создатель театра, в представлениях которого участвуют люди с инвалидностью, высказался относительно подобных

мероприятий следующим образом: «Самая главная наша проблема, то есть тех, у кого есть инвалидность, – это те, у которых инвалидности нет и которым удобно рассматривать нас как объекты для сочувствия и жалости».

Таким образом, благотворительная модель выстраивает в обществе отношение к людям с инвалидностью как к беспомощным, нуждающимся в заботе и защите, а значит, данный подход основывается лишь на добродетельном начале и милосердии, а не на принципах справедливости и равенства [2, с. 2]. Тем самым, инвалиды исключаются из практически всех социальных механизмов. Некоторые исследователи считают, что благотворительная модель оправдывает исключение инвалидов из системы образования и занятости [2, с. 3]. Соблюдение гражданских и человеческих прав заменяется временными, хотя и систематическими мерами по облегчению «участи» инвалидов посредством государственной или спонсорской помощи.

С конца 1960-начала 1970-х годов все большее распространение получает социальная модель инвалидности [5]. Новый подход, который стал результатом исследований достаточно влиятельной группы инвалидов-активистов, был опубликован в 1966 году в труде «Стигма: опыт инвалидности». Это было собрание сочинений шести мужчин и шести женщин-инвалидов, которое позволило изменить понимание инвалидности. Теперь на первый план выходят не биологические факторы, повлиявшие на нее, а социальные. Распространение данный подход получил после 1981 года (Международного года инвалидов). Ближе к 90-м годам XX века оценка инвалидности стала включать в себя не только оценку возможности деятельности, но и других сторон жизни [6, с. 8-9]. Ограничение жизнедеятельности – не просто проблема инвалида, но и общества, которое создало условия и барьеры, из-за которых он (инвалид) не может использовать свой жизненный потенциал полностью. Именно по этой причине предполагает не только персональную ответственность, но и коллективную [6, с. 9]. Социальная модель стала альтернативой медицинской

парадигме и стала решением тех проблем и избавлением от тех барьеров, которые мешают нормальному функционированию инвалидов.

Продолжением социальной модели инвалидности стала британская концепция независимой жизни. Эта концепция повлияла на развитие социальной политики во многих европейских странах, например, в Швеции и Великобритании. Она предполагает деинституционализацию, то есть отказ от специализированных учреждений, в которых обычно проживали инвалиды, а также развитие различных форм услуг и сервисов для поддержки инвалидов [6, с. 9]. Данная концепция создает абсолютно нового человека с инвалидностью – человека самостоятельного, независимого, имеющего равные права с другими гражданами государства.

История инвалидности, описанная в моделях и концепциях, показывает, насколько значимы и значительны общественные взгляды на возможности самореализации инвалидов. Каждая из моделей представляет собой очередной период в развитии теории инвалидности и не является единственно верной. Именно поэтому ученые-социологи продолжают изучать эту тему и сегодня.

Библиографический список

1. Barnes C. et al. Exploring disability: A sociological introduction. – Cambridge : Polity Press, 1999.
2. Bhanushali K. Changing Face of Disability Movement: From Charity to Empowerment //Changing Face of Disability Movement: From Charity to Empowerment (February 20, 2007). – 2007.
3. DRC: Michigan Disability Rights Coalition / URL:<http://www.copower.org/models-of-disability/178-tragedycharity-model-of-disability.html>
4. Lum D. Culturally competent practice: A framework for understanding diverse groups and justice issues. – Thomson Brooks/Cole, 2010.
5. Shakespeare T. Disability Reader: Social Science Perspectives. – Continuum, 1998.
6. Думбаев А. Е., Попова Т. В. Инвалид, общество и право //Алматы: ТОО «Верена. – 2006.

И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов,
ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И.Разумовского Минздрава России, Саратов

САМООЦЕНКА СТАТУСА И ПРЕСТИЖА РАБОТЫ ВРАЧА КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

На всех этапах преобразований здравоохранения одной из самых существенных проблем выступают вопросы подготовки и эффективного использования медицинских кадров. Традиционно большое и заслуженное внимание уделяется изучению роли и статуса врача, рассматривая его не только как «предоставителя» медицинских услуг, профессионала и, таким образом, необходимый ресурс здравоохранения, но и признавая его социальную значимость как носителя определенных знаний, ценностей и норм. Изучение личности врача, проблем его социального статуса и условий эффективной деятельности в условиях повышения требований к медицинской профессии является крайне важным для понимания сути «производственных» медико-организационных процессов и формирования стратегий дальнейшего развития. Фигура врача-специалиста клинической больницы медицинского вуза как особой группы медицинского сообщества изучена недостаточно.

В целях выявления роли социально-экономических и организационно-психологических факторов при решении проблем кадрового обеспечения деятельности клинических больниц медицинских вузов проведено социологическое исследование мнения врачей клинической больницы медицинского вуза по проблемам особенностей статуса и формирования престижа работы.

Клинические больницы федеральных образовательных и научно-исследовательских медицинских организаций выступают существенным ресурсом отрасли здравоохранения в целом. В основном сосредоточенные в

столицах и крупных городах, обладающие мощной материально-технической базой и кадровым потенциалом клиники вместе с выполнением образовательных и научно-исследовательских программ предназначены для оказания населению специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи. В таких условиях формируется специфичная организационно-психологическая среда, оказывающая существенное влияние на деятельность врача и результативность оказываемой медицинской помощи.

О.В. Озерова,
Сектор социологии здоровья Социологического Института РАН,
Санкт-Петербург

ФАКТОРЫ СТАНОВЛЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ В РОССИИ

Период глубокого кризиса здоровья, и резкого взлета рискованных для здоровья типов поведения приходится на первую половину пореформенного десятилетия, окончательного распада СССР, и становления новой российской реальности. Финансовый кризис, падение курса рубля, отсутствие товаров даже первой необходимости, безработица, поставили россиян перед новыми социальными и экономическими проблемами.

В начале процесса трансформации россияне испытали глобальный психосоциальный слом - произошел не просто крах государства, но и крах обыденной жизни, где все было понятно и предсказуемо. Люди потеряли уверенность в своих силах и в завтрашнем дне. Определенная стабильность уклада, достигнутая во времена СССР, была потеряна безвозвратно [1].

В таких обстоятельствах государство не могло больше эффективно выполнять сложившийся на протяжении десятилетий социальный контракт, многие социальные обязательства оказались отложенными или неисполненными. Это поставило людей перед лицом принятия многочисленных самостоятельных решений в различных сферах жизни, при этом ресурсы, на которые обычно можно было с уверенностью рассчитывать, оказались существенно сокращены, или и вовсе более не существовали. Это спровоцировало рост стрессовых нагрузок и депрессий, выражавших аномию общества [2].

Одним из основных факторов, не позволявших эффективно справляться с возросшими нагрузками и стрессами, стало то, что патернализм Советской системы, отучил людей от принятия индивидуальных решений, в частности, решений, связанных со здоровьем [3; 4]. В советское время, той небольшой автономии, которая была у индивида, было,

безусловно, недостаточно для свободного избрания стиля жизни, и его последующей поддержки, вне устоявшихся социальных норм [5]. Например, социализация мужчин почти всегда вращалась вокруг деструктивных типов поведения - потребления алкоголя и сигарет, став своеобразной, но привычной нормой, от которой не следовало отходить.

В стремительно меняющихся день ото дня условиях, контроль над своей жизнью, будущим, и в частности здоровьем, стал иллюзорен для миллионов людей. На этом историческом фоне, в условиях все более масштабной и ширящейся нестабильности, отход людей в зону деструктивного поведения «для снятия стресса» и «общения» стал практически закономерен [1; 6]. Наряду с повышением употребления алкоголя, имеющим традиционно высокие показатели, возможно, даже большей угрозой стало массовое вовлечение россиян в курение.

Это стало возможным по нескольким причинам.

Сложившаяся историческая и экономическая ситуация словно специально сформировала поистине идеальные условия для полноценного вторжения табачных компаний в бывшие республики Союза. Транснациональные табачные гиганты осознавали, что Советский Союз – третий по величине сигаретный рынок в мире, после Китая и США. Признанные эксперты табачной отрасли и владельцы табачного бизнеса отзывались об этом времени, как о «золотой возможности», «самых удивительных и захватывающих временах за последние 40 лет», - т.е. фактически за всю историю развития современного табачного бизнеса, описывали открывшиеся рынки как «практически бесконечные» и «плодородные» [7; 8].

Распад Союза повлек за собой и распад табачной промышленности региона. Мощнейшая табачная индустрия, рассредоточенная по пятнадцати республикам, теперь оказалась не единым целым, а обломками бывшей монополии. Без поддержки централизованной системы управления, многочисленных государственных субсидий, межреспубликанских торговых

отношений и связей, а также механизмов распространения, советская табачная индустрия не могла больше эффективно работать.

Для входа на российский рынок табачные компании предпринимали практически одни и те же продуманные и впоследствии оказавшиеся весьма высокоэффективными, шаги: создание массированного импорта сигарет, увеличение производства в России, посредством лицензирования заводов, и создания совместных предприятий [7; 9].

Система государственных монополий на табак исчезла в 1992 году. К моменту распада Советского Союза, местное производство сигарет было на очень низком уровне, и международные табачные компании стремились наводнить страну своей продукцией. Вскоре, доля импорта достигла 45% от всего рынка табака [8]. Высокий уровень импорта был временным, т. к. впоследствии государственные табачные компании были преобразованы в независимые совместные компании, и приватизированы. Эта схема позволила транснациональным табачным компаниям достичь своих целей быстро и без поражений. Вскоре все ниши табачного рынка были заполнены совместными российско-международными предприятиями. Темпы производства хорошо иллюстрируют статистические данные: в период с середины 1990-х до середины 2000-х, производство сигарет увеличилось более чем в три раза: - с 141.1 миллиарда штук в 1995 году, до 414 миллиардов штук в 2006г. Уже к 2005 году, доля импорта составляла всего 1,5% от всех потребляемых сигарет [9].

Удельный вес иностранных инвестиций в табачный сектор между 1992 и 2000 гг., достиг более чем 1.7 миллиарда долларов, что составило около 8% от всех иностранных инвестиций в страну. В это же время, во владение к иностранным инвесторам перешли 11 крупнейших табачных фабрик России. При этом табачные компании получили почти 60% доли табачного рынка, и практически в четыре раза увеличили производственную мощь своих новых фабрик [9]. Это приводило к укрупнению бизнеса, и монополизации табачной отрасли.

Постепенно произошла и консолидация каналов распространения сигарет: большинство крупных производителей организовали собственные системы дистрибуции - напрямую через розничные сети, или через ограниченный круг посредников.

Одной из характерных черт дистрибутивной стратегии табачных гигантов явилось то, что вход иностранных табачных компаний на прежде закрытый российский рынок сопровождался массированными рекламными кампаниями.

Население России оказалось неподготовленным к такому всплеску рекламной активности, и к тому влиянию, которое эта реклама оказывала. По оценкам специалистов, в середине 1990-х гг., 50% всех рекламных щитов в Москве, и 75 % полиэтиленовых пакетов размещали рекламу табака. Вскоре табак стал самым широко рекламируемым продуктом в стране, а три самые крупные транснациональные табачные компании, ведущие «завоевание Востока», - BAT (British American Tobacco), Philip Morris (PMI) и Japan Tobacco International (JTI) - тремя самыми крупными рекламодателями в новой России. В 2000 году, расходы табачных компаний на рекламу достигли 44 миллионов долларов, а к 2004 году, индустрия тратила 60 миллионов долларов на рекламу ежегодно [9].

Масштабные рекламные кампании рекламировали сигареты не как всем известный товар, а как новый западный продукт, совершенно другую философию курения, как неотъемлемую часть «западного стиля жизни», теперь доступного всем, как символ независимости и свободы.

Осознав возможность «агрессивной эксплуатации возникающих рынков», для воплощения идей своей экспансии табачным компаниям потребовалась «твердая и агрессивная стратегия и планы захвата» особых рынков сбыта. Определенные группы потребителей являлись, в понимании табачных компаний, ключевыми для установления лояльности к определенным брендам сигарет. Привлечение к курению прежде мало курящих женщин и подростков, судя по рыночным прогнозам, было

стратегически приоритетным направлением маркетинга: это сулило огромную долгосрочную прибыль для табачных корпораций. Поэтому, табачные компании были заинтересованы в разработке механизмов эффективного влияния на эту аудиторию потребителей.

Чтобы рекламировать продукт в полной мере, и добиваться при этом максимальной эффективности, табачным компаниям предстояло учитывать некоторые особенности паттернов курения в России, и в частности, их гендерную составляющую.

В советское время, поведение риска, в частности, курение, было в большой степени культурно детерминировано, и связано с моральными устоями общества. По сравнению с мужчинами, женщины в советское время курили намного меньше. Распространенность женского курения, по данным эпидемиологических исследований, не превышала 5-15%, и была значительно ниже, чем у женщин в других странах мира [10]. Более медленный рост женского курения относят за счет принятого в тот период в обществе социального порицания и неодобрения курящих женщин, и их заведомо более низкого социально-экономического статуса.

Однако социальные нормы, замедляющие распространение привычки к курению среди женщин, постепенно стали исчезать, и эта тенденция прослеживалась по всему миру. Стереотипы советской эпохи, устаревая год от года, особенно ослабли в 1980-е годы, а с распадом Союза и становлением новой российской реальности, и вовсе стали неактуальны. Тотальное разочарование в насаждаемой годами идеологии привело к аномии общества, неверию в политические и социальные институты, а, вместе с тем, и в морально-нравственные нормы прошлого.

Смещение и замена патриархальных устоев отжившей общественной морали сыграли важную роль в становлении столь масштабной картины женского курения в России. Обеспечение гарантированного влияния на жительниц России, в которой происходили процессы экономического роста, трансформировались культурные устои и нормы, расширились

образовательные возможности, стало стратегически важным для международного табачного бизнеса. Настало время, когда культурные запреты затмил агрессивный маркетинг табачных корпораций.

Огромную роль в увеличении рынков сбыта играл и территориальный фактор – табачным гигантам необходимо было вовлечь в курение новой табачной продукции все больше регионов России.

По признанию табачных компаний, стратегия рекламирования и распространения международных брендов сигарет с фильтром в России, была прицельно разработана для женской аудитории, и молодежи, населяющих крупные города. Первоначально, «завоеывая» со своей продукцией крупнейшие города России, табачным компаниям удалось поднять показатели курения на небывалый уровень - в период с 1992 по 2003 гг., распространенность курения среди женщин возросла более чем в два раза. После прицельной атаки на федеральные центры культурной и политической жизни, мгновенно впитавшие влияние западной культуры - Москву и Санкт-Петербург, а затем и на крупные города, по свидетельству внутренних документов табачных корпораций, было решено сосредоточить основные усилия на завоевании более традиционных и консервативных областей страны - сел и деревень. Так, женщины и молодежь из крупных городов стали естественными ролевыми моделями, распространителями не только «западного» стиля жизни, но и не менее ценимого, «городского», на менее крупные города и сельскую местность.

Резюмируя, можно отметить, что табачные компании быстро и эффективно выстраивали свою маркетинговую политику, при этом не встречали никакого сопротивления. Огромную роль сыграло то, что на определенном этапе интересы государства и табачных компаний совпадали. Правительство в значительной степени стимулировало и поощряло приход транснациональных табачных компаний в регион. В обмен на импорт международных брендов власти просили табачные компании помочь в модернизации табачной индустрии страны, именно поэтому табачные

компании были очень заинтересованы в высоких объемах импорта: не опасаясь возможных рисков инвестирования в экономически нестабильный регион, они были уверены, что потенциал страны обеспечит быстрый возврат вложенных средств.

Приход на российский табачный рынок транснациональных табачных компаний в значительной мере сформировал политику ограничения курения в России, и регулировал ее по своему усмотрению. Табачные компании, сумев организовать влиятельное табачное лобби в России, на протяжении долгих лет противодействовали всем попыткам контроля и ограничения деятельности табачной промышленности, предпринимаемых в России [11].

Жажда общественных изменений вкупе с незрелым законодательством нового государства, не содержащим четко прописанных анти - табачных мер, делали провал табачных компаний просто невозможным. Постепенно возникающее антитабачное законодательство не было таковым по сути, и даже позволяло табачной индустрии делать свой маркетинг еще более успешным, и характеризовать атмосферу в России как «очень благоприятную для бизнеса» [7; 8].

Полученные данные являются ярким доказательством успеха планомерного воплощения стратегии табачных компаний. С помощью эффективных тактик распространения сигарет, вовлечения в курение ранее некурящих социальных групп, успешной рекламы, капитализации изменившихся моральных и общественных устоев, транснациональные табачные корпорации внесли значительный вклад в становлении табачной эпидемии в России.

Библиографический список

1. *Brainerd, E. & Cutler, D. Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union// Journal of Economic Perspectives.2005. 19. 1.Pp.107-30*

2. *Pietila, I., & Ryttonen M. Coping with Stress and by Stress: Russian Men and Women Talking About Transition, Stress & Health*// Social Science & Medicine. 2008. 66. 2.Pp.327-38
3. *William C. Cockerham, M. Christine Snead, Derek F. Dewaal. Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage*//Journal of Health and Social Behavior.2002. Vol. 43 (March). Pp. 42-55
4. *William C. Cockerham. Health Lifestyles in Russia*// Social Science & Medicine 51. 2000. Pp.1313-1324
5. *Brian P. Hinote, William C. Cockerham & Pamela Abbott. Post-Communism and Female Tobacco Consumption in the Former Soviet States*// Europe –Asia Studies. 2009.61. Pp. 1543-1555
6. *Pusca, Anca (2007) ‘Shock, Therapy and Postcommunist Transitions’.* Alternatives: Global, Local, Political 32(3): 341-60.
7. Moving East: how the transnational tobacco industry gained entry to the emerging markets of the former Soviet Union- part I. A.B. Gilmore, M. McKee. Tobacco Control. 2004, 13: 143-150
8. Moving East: how the transnational tobacco industry gained entry to the emerging markets of the former Soviet Union- part I. A.B. Gilmore, M. McKee. Part II. Tobacco Control. Downloaded from tobaccocontrol.bmj.com on April 8, 2013 - Published by group.bmj.com
9. *Ross HZ, Shariff S, Gilmore A. Economics of Tobacco Taxation in Russia.* Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2008
10. *Камардина Т.В., Глазунов И.С., Соколова Л.А., Лукичева Л.А. Распространенность курения среди женщин России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002. №1.С. 7-12*
11. *Francesca Perlman, Martin Bobak, Anna Gilmore, Martin McKee. Trends in the Prevalence of smoking in Russia during transition to a market economy.* Tobacco Control 2007; 16: 299-305

В.В. Орлова,
Сибирский государственный медицинский университет, Томск
А.В. Ларионова,
Томский государственный университет систем управления и
радиоэлектроники, Томск

ПРОБЛЕМА ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ МЕДРАБОТНИКОВ

На сегодняшний день внимание государства к проблеме сохранения и укрепления здоровья нации отразилось в проведении приоритетных национальных проектов, мероприятий, направленных на решение взаимосвязанных проблем здоровья общества, формирование ценности здоровья и здорового образа жизни. Общеизвестно, что эффективность формирования здорового образа жизни напрямую связана с повышением субъектной включенности самого человека в здоровьесберегающий процесс, формированием активной позиции по отношению к собственному здоровью. На наш взгляд, формирование такой позиции будет также способствовать развитию профессиональных компетенций специалистов, работающих в сфере охраны здоровья.

Ценность здоровья, по мнению Л.И. Баяновой, характеризуется рядом критериев таких как: знания о состоянии физического здоровья, следование режиму дня, занятость в спортивных кружках и секциях, собственное отношение к своему здоровью, к показателям психического здоровья автор относит: психологические установки на здоровый образ жизни, комфортное осознание себя в окружающей среде, саморегуляцию эмоционально-волевой сферы.

Проблема здоровья для каждого человека существует как на уровне теоретического осмысления сути данного феномена, его качественных особенностей и значения в жизни, его ценности для самого человека и общества, так и практической деятельности в форме овладения и использования технологий, сохраняющих и/или восстанавливающих состояние здоровья. Личностный аспект проблемы сохранения и улучшения качества здоровья затрагивает области мировоззрения личности, его индивидуальной медицинской культуры, психологических особенностей личности, предопределяющих формы реагирования и поведения в ситуациях изменения состояния здоровья. Эти глобальные личностные характеристики зависят от особенностей социокультурной среды, в которой находится личность, включаясь в систему социальных связей и отношений. Совокупность внешних и внутренних факторов позволяют сформировать индивидуальную концепцию здоровья, которая характеризуется осознанностью, целостностью и самодетерминированностью. Это проявляется в самоанализе своего состояния здоровья, систематизации и обобщенности представлений личности о себе как здоровом человеке. При этом в формировании индивидуальной концепции здоровья определяющую роль играет индивидуальная медицинская культура. Она включает в себя совокупность знаний личности из различных областей медицины о возникновении, лечении и профилактике различных заболеваний, субъективный опыт переживания и лечения болезни, знания и представления о социальных, этических, правовых и других нормах, регулирующих поведение человека в области сохранения и восстановления

здоровья, определяет ценность жизни, здоровья, смерти и других явлений человеческого бытия в иерархии жизненных ценностей личности, а также знания и навыки использования различных практик по сохранению и улучшению здоровья. Таким образом, профессиональная деятельность медицинских работников предполагает формирование у пациентов активной здоровьесберегающей жизненной позиции, а не просто соблюдения определенных норм поведения, способствующих скорейшему выздоровлению в период болезни. Более того, эффективность выполнения профессиональной миссии напрямую зависит от приверженности медицинского работника к здоровому образу жизни, от наличия у него сформированной индивидуальной концепции здоровья.

Вышеизложенные положения стали основой исследования, целью которого являлось изучение ценностной картины здоровья и соотношения ее с реальным поведением.

Исследование проходило на базе Сибирского государственного медицинского университета в 2013г., выборку составили 22 медицинских работника, женского пола, средний возраст испытуемых 34 года. В исследовании были задействованы: анкета, направленная на изучение общей картины здоровья и методика «Ценностные ориентации» М. Рокича.

В результате анализа данных было установлено, что для 60% испытуемых в системе ценностей «здоровье» занимает первое место, 20% испытуемых ценность «здоровье» включают в первую тройку приоритетных, выше здоровья они ставят только такие ценности как: «счастливая семейная жизнь», «активная деятельность», «материальное благополучие», «интересная работа». Само понятие «здоровый образ жизни» у испытуемых ассоциируется с рациональным питанием, занятием спортом, полноценным отдыхом и отказом от вредных привычек. При этом, оценивая свой образ жизни, лишь 59% ответили, что поддерживают здоровый образ жизни, 36% испытуемых хотели бы поддерживать здоровый образ жизни, но пока не выходит и 5% - ушли от ответа. Среди опрошенных 86% воздерживаются от курения и лишь 31,8 % от употребления спиртных напитков. Режимы труда и отдыха соблюдают только 18% испытуемых, остальные 82% отмечают, что вынуждены много работать, и нет времени на отдых.

Полученные данные свидетельствуют о расхождении между ценностными ориентациями и реальным поведением испытуемых в отношении здоровья. Для большей части группы (80%) испытуемых здоровье занимает первостепенное место в системе ценностей, однако, в процессе жизнедеятельности они частично соблюдают собственные критерии здорового образа жизни, либо полностью их игнорируют, ссылаясь на несущественные причины. Таким образом, существует необходимость не только формирования ценности здоровья, но и внедрения программ, которые будут способствовать формированию личностных компетенций в отношении здорового образа жизни, что позитивно скажется и на профессиональных компетенциях.

К перспективным направлениям нашего научного поиска можно отнести дальнейшее исследование причин несоответствия ценностных ориентаций и реального поведения испытуемых, исследование особенностей мотивации соблюдения здорового образа жизни, разработка программ, направленных на формирование индивидуальной концепции здоровья и медицинской культуры.

О.М. Орлова,
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва
С.А. Петров,
ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, Тюмень

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Введение

Социальная адаптация инвалидов по зрению в настоящее время сталкивается с целым рядом трудностей. В первую очередь, это связано с невозможностью или, скорее, с неопределенностью во взаимоотношениях между инвалидами и обществом. Это в свою очередь порождает ряд проблем, тщательное изучение которых требует их практического разрешения. К числу этих проблем следует отнести:

1. Недостаточно разработана система социальной адаптации инвалидов по зрению.
2. Несовершенство мероприятий по трудовой реабилитации инвалидов по зрению, как одного из направлений социальной адаптации и реабилитации, что связано с плохими условиями труда, низким уровнем заработной платы, большим объемом выполняемых работ с целью получения высокой заработной платы, устаревшее оборудование.
3. Низкий профессиональный уровень лиц, осуществляющих процесс социальной реабилитации.

Изучение психологии людей с ограниченными физическими возможностями, осознание трудностей, связанных с вхождением в социум, является первым шагом на пути взаимодействия инвалидов и физически здоровых людей.

Социальное благополучие человека во многом зависит от того, как он приспособлен, адаптирован к окружающей действительности, как себя ощущает в ней. Для комфортного самоощущения человеку необходимо

осознание своих возможностей, умение их использовать, т.е. пройти школу самопознания. Это особенно важно для тех, кто имеет ограниченные возможности из-за нарушения зрения.

Процесс социальной адаптации личности – это сложнейшее общественное явление, которое включает в себя различные стороны жизнедеятельности человека. Выделяется два класса адаптивных процессов. Первый связан с событиями, вызвавшими изменение социального статуса человека. Здесь требуется овладение новой социальной ролью, а также включение человека в новую для него социальную среду. Второй класс адаптивных процессов определяется событиями, обусловленными изменениями социальной среды, динамикой общественного развития.

Для инвалида адаптивные процессы связаны, в первую очередь, с новой для него социальной ролью индивида и нахождением нового места в обществе в соответствии со своим статусом.

Социальная адаптация – это способность жить самостоятельно в окружающем мире. Адаптация человека с патологией зрения к окружающей действительности зависит от того, насколько у него сформированы определенные знания, навыки, умения. Они позволяют адекватно действовать и приспосабливаться, исходя из своих возможностей.

Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (valid – «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный».

Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищённой категории населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Они в меньшей степени имеют возможности получить образование, не могут заниматься трудовой деятельностью. Большинство из них не имеет семьи и не желает участвовать в общественной жизни. Всё это говорит о том, что инвалиды в нашем обществе являются дискриминируемым меньшинством.

Описание исследования

Для изучения факторов формирования социальной адаптации при патологии органа зрения мы провели интервьюирование среди группы слабовидящих и слепых лиц. Интервью состояло из двух блоков. Первый тематический блок: помощь социальных служб людям при патологии органа зрения. В данном блоке нам было важно узнать, насколько полноценно оказывается социальная помощь слепым и слабовидящим и насколько она является доступной для населения, сталкивающегося с этой проблемой.

Второй тематический блок: индивидуальная адаптация при полной или частичной потере зрения. В этом блоке мы узнали насколько быстро слепые и слабовидящие адаптировались после потери зрения; как протекала их адаптация; кто помогал этим людям привыкнуть к новому образу жизни; насколько полноценно себя чувствует данный контингент людей в современном мире и в обществе здоровых людей. Так же необходимо выяснить насколько активную жизненную позицию занимают люди с данной патологией; посещают ли они общественные места (театры, кафе, кино и т.д.). В данном блоке была получена информация о том, насколько заинтересованы слепые и слабовидящие в поиске работы и получении новых знаний, а возможно, и среднего или высшего образования.

Таким образом, данные блоки являются содержательной основой интервью, на базе которой формируются представления о социальной адаптации людей с патологией органа зрения.

В ходе данного исследования было опрошено 20 человек, проживающих в г. Тюмени. Критерием отбора респондентов в данном исследовании являлся возраст от 18 до 60 лет и наличие патологии органа зрения, характеризующейся очень низким зрением или полной слепотой. Среди опрашиваемых были люди с приобретенной патологией. Все респонденты являлись членами Всероссийского Общества Слепых (ВОС).

Период проведения исследования 2012-2013 год. Проводилась статистическая обработка полученных результатов (среднее значение, дисперсия средних, непараметрическое сравнение по критерию Стьюдента).

Результаты исследования

Из 20 респондентов было опрошено 14 мужчин (70%), и 6 женщин (30%), из них 4 респондента (2%) – в возрасте до 30 лет. На момент потери зрения 17 человек (85%) состояли в браке, из них 13 человек (76,5%) развелись после появления инвалидности. Вышли замуж/женились после того как приобрели инвалидность 3 человека (15%). В настоящее время 7 человек (35%) состоят в браке; 3 - замужем (15%), 4 - женаты (20%).

Высшее образование, полученное до момента наступления патологии, среди опрошенных имеют 15 человек (75%), среднее образование – 5 человек (25%). Высшее образование, полученное после наступления патологии, не имеет ни один респондент. А вот среднее специальное образование среди опрошенных получило 8 человек (40%), после того как получили инвалидность.

Среди респондентов 18 человек (90%) работали по специальности до появления инвалидности. На данный момент никто из данной группы лиц не работает по специальности, полученной до потери зрения, что говорит о незаинтересованности высших учебных заведений в обучении данной группы лиц. Из 20 опрошенных человек трое работают (15%) на производстве после того, как прошли переквалификацию, занимая низшие должности. При этом из оставшихся 17 респондентов 7 человек (41,2%) зарегистрированы на бирже труда. По данным исследования членами филиала ВОС в городе Тюмени являются 526 человек.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что людей старше 60 лет на учете в социальной службе филиала ВОС города Тюмени больше половины, а доля молодежи в данном случае наименьшая.

Важно отметить, что инвалидов 1 группы (не способных в повседневной жизни обходиться без посторонней помощи) 37,6%, а инвалидов 2 группы (способных частично обходиться без посторонней помощи в повседневной жизни) 53,1%. Следовательно, нагрузка на социальные службы по оказанию помощи данной группе лиц достаточно велика.

Таким образом, мы видим, что процентное соотношение инвалидов 2 группы почти в два раза больше, чем инвалидов 1 и 3 групп. Хотелось бы так же отметить, что инвалидов 1 группы, которые не в состоянии проживать и существовать без посторонней помощи, чуть меньше половины от общего количества людей, являющихся членами ВОС города Тюмени.

Наибольшую помощь при адаптации после потери зрения оказывают родители (83%), дети (71%) и ВОС (65%), на последнем месте оказываются супруги (18%). Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что частота разводов после инвалидизации существенно увеличивается.

Далеко не все респонденты принимают активное участие в различных мероприятиях (концерты, различные кружки, обучающие программы и т.д.). Главными причинами для такого низкого уровня активности инвалидов по зрению служит стеснение и нежелание респондентов (40%). При этом 30% опрошенных просто не хотят быть активными и участвовать в общественной жизни. Несмотря на это, остальные респонденты (30%) с удовольствием принимают участие в различных мероприятиях, которые организует ВОС города Тюмени.

На вопрос о том, какой аспект был наиболее трудным во время приспособления к новому образу жизни после потери зрения, 60% ответили, что испытали стеснение и дискомфорт при общении с окружающими; 20% не могли долгое время смириться с потерей зрения; 10% считают, что наиболее тяжело протекал период физической адаптации; 10% испытывали материальные проблемы (резкое снижение дохода). Таким образом, одной из

самых главных проблем при адаптации после потери зрения большинство считают свое собственное стеснение и боязнь быть непонятыми обществом.

Что касается помощи окружающих в общественных местах слепым и слабовидящим, то большинство респондентов считают, что им очень редко оказывают подобную помощь. Причем, стоит заметить, что очень часто, по мнению 85% опрошенных, окружающие склонны грубо отвечать на любые задаваемые им вопросы (например: «какой номер автобуса подъехал на остановку?»). В нашем обществе совершенно не развита культура общения с инвалидами, в том числе со слепыми и слабовидящими. Для решения этой проблемы необходимо проводить просветительские работы в обществе по культуре общения с данной группой лиц.

Выводы

Мы сделали вывод о том, что для успешного вхождения слепых и слабовидящих в общество важно не только овладение навыками самообслуживания, общения, обучение различным видам деятельности, но и установление социальных связей, без которых жизнь индивида просто невозможна.

Было доказано, что важной задачей социально-психологической адаптации людей с нарушениями зрения является осознание человеком самого себя равноправным членом общества, преодоление его страхов, зависимости, робости. Большое внимание должно уделяться личностным изменениям, личностному формированию инвалидов по зрению. Мы пришли к выводу, что успешность адаптации во многом зависит от того, какие личностные качества сформированы у людей, имеющих глубокие нарушения зрения.

Конечной целью социально-психологической адаптации слепых и слабовидящих является достижение такого психологического состояния, когда человек воспринимает свой зрительный дефект как одно из своих

качеств, т.е. определенную индивидуальную характеристику, отличающую его от других, но не более того. Достижение такого состояния возможно только при определенной психологической работе с индивидом и, кроме того, при адекватном отношении к нему со стороны социального окружения, т.е. при определенной психологической поддержке не только близких, но и широкого круга людей.

Так же мы подтвердили предположение о том, что общество абсолютно не приспособлено к общению со слепыми и слабовидящими. Общество не знает, как общаться с данной группой лиц. Таким образом, необходимо не только проводить программы по улучшению адаптации инвалидов, но и издавать и проводить программы на тему правильного общения с инвалидами и их правильного восприятия обществом.

Мы можем сделать вывод, что принимаемые и реализуемые решения несистематичны, подходы к проблемам инвалидов не дифференцированы. Недостаточны организационные и правовые основания для разграничения полномочий между федеральным, региональным и муниципальным уровнями решения проблем инвалидов. Не разработаны соответствующие механизмы взаимодействия государственных и негосударственных субъектов, координации деятельности государственных, коммерческих, общественных, профессиональных структур в осуществлении социокультурной реабилитации инвалидов.

На основе научного, нормативного и прикладного материала предпринят анализ социальной адаптации и реабилитации слепых и слабовидящих людей, разработка конкретных мер по совершенствованию деятельности, направленной на социальную адаптацию и реабилитацию слепых и слабовидящих людей. Основные выводы и положения данной работы позволяют более глубоко и разносторонне проанализировать и оценить факторы формирования социальной адаптации слепых и слабовидящих.

В заключении хотелось бы добавить, что существует настоятельная потребность в дальнейшем исследовании, выработке единых критериев и

методик для проведения различных программ по работе не только с инвалидами по зрению, но и с обществом в целом.

Библиографический список

1. Википедия – свободная энциклопедия. <http://www.wikipedia.org>
2. *Ерошевский Т. И., Бочкарева А. А.* Глазные болезни. - М.: Медицина, 1983. - 448 с.
3. Психология индивидуальности: избранные психологические труды / В.С. Мерлин. – Москва: МПСИ; Воронеж: Модэк, 2005. – 544 с.
4. *Петров С.А., Ашихмина Н.В., Рухлова С.А., Корнева О.В., Васильев В.А.* Специализированная офтальмологическая помощь в организации и проведении медицинской реабилитации детей-инвалидов по зрению //Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции «Современные аспекты комплексной реабилитации инвалидов, детей-инвалидов со зрительной патологией; детей-инвалидов с психо-речевой патологией: теория, практика, тенденции, технологии». – Тюмень, 1-2 ноября 2011. – С. 15-20

Е.В. Павленко,
ГБОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет»,
Екатеринбург

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ

По данным проекта Фонда общественного мнения «Интернет в России: динамика проникновения» доля Интернет аудитории в России неуклонно растет. За 2012 г. прирост пользователей Интернета, выходящих в сеть хотя бы раз за месяц, составил 11%, а для суточной аудитории данный показатель равен 13%. К настоящему времени, доля Интернет пользователей, выходящих хотя бы раз в месяц в сеть, от общего количества населения России составляет 55%. Конечно, этот показатель ниже количества Интернет аудитории в зарубежных странах. Лидерами являются Австралия с показателем 89% от числа всего населения, Великобритания – 84%, Германия – 83%, Япония – 80%, США – 78% [2].

По мнению М. Кастельса, Интернет является коммуникационным медиумом, сделавшим возможным общение многих людей со многими другими в любой момент времени и в глобальном масштабе [3, с.15]. Границы пространства и времени расширяются и во многом этому способствует развитие комплекса информационно-коммуникационных технологий. Стационарный компьютер отныне не является единственным устройством, позволяющим выходить в пространство Интернета. Возможностью выхода в Интернет сейчас обладает большое количество средств связи и устройств, которые всегда сопровождают человека, находятся вместе с ним в движении повседневности. Символом современности является мобильность, освобождающая человека от необходимости быть закрепленным за одним определенным местом.

Наряду с этим, всегда актуальной проблемой для человека является его здоровье. Ведь именно оно есть для человека основное благо, возможность

полноценно существовать, действовать. Здоровье является для человека ресурсом ценным, но ограниченным. И в современном обществе на задачу сохранения здоровья человека начинают работать и информационные технологии. Медицина, информационные технологии и Интернет образуют своеобразный конгломерат. С целью повышения эффективности активно внедряются технические процессы информатизации в различных областях медицинской деятельности и во всей системе здравоохранения. Положение о том, что люди, организации, компании и все общество в целом принимают участие в преобразовании технологий [3, с. 18], свидетельствует о том, что значительный сектор разработок в ИТ-сфере посвящен здравоохранению и медицине. Интернет, в свою очередь, содержит большое количество медицинской информации и услуг, которые можно получить на расстоянии. По данным западных авторов, более половины пользователей Интернета в тот или иной момент времени обращаются к нему для поиска информации по проблемам, имеющим отношение к здоровью [5]. Таким образом, коммуникация в области здоровья, между различными её участниками, отныне может осуществляться вне пределов ЛПУ.

Коммуникация является средством, с помощью которого определенная информация передается от источника к одному или нескольким получателям, это процесс обмена значениями между участниками. Коммуникация может осуществляться различными способами, при помощи разговорной или письменной речи, большое значение имеет невербальная информация, передаваемая через внеречевое общение. На самом простом уровне, для осуществления процесса коммуникации требуются следующие составляющие: отправитель, сообщение, получатель и канал связи.

В отечественной научной литературе термин «коммуникация по поводу здоровья» впервые встречается в работе Е.В. Дмитриевой «Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы». Автор дает следующее определение данному понятию: коммуникация по

поводу здоровья – это разновидность информационного взаимодействия между людьми, содержанием которого является здоровье [1].

В англоязычной научной литературе термин «health communication» является устоявшимся. Коммуникация в области здоровья касается всех аспектов человеческого общения, содержание которых относится к здоровью [6], где акцент делается на связанных с ним действиях и факторах, имеющих на него влияние. За рубежом «коммуникация здоровья» является отдельной отраслью прикладных исследований. Внимание западных исследователей к этой теме не является случайным. Во-первых, это связано с качеством оказания медицинской помощи. Исследования показывают, что пациент чувствует себя лучше, если проходит лечение у врача, обладающего хорошими коммуникативными навыками. В случае неэффективной коммуникации, пациенты не следуют рекомендациям и советам врача, не справляются с психологическими последствиями своей болезни и отстраняются от системы здравоохранения, стараясь с ней не взаимодействовать [4]. Во-вторых, тот факт, что в настоящее время большое количество смертей, связано с предотвратимыми поведенческими и социальными факторами, такими как курение, злоупотребление алкоголем, питание, физическая активность, свидетельствует о том, что проблема эффективных способов информирования населения по важным аспектам сохранения здоровья является особо актуальной.

Коммуникация в области здоровья является широкой областью исследований, посвященных изучению различных уровней и каналов коммуникации. Основные уровни анализа коммуникации в области здоровья состоят из: межличностного, группового, организационного и социального [4]. Межличностный уровень коммуникации это взаимодействие, при котором происходит обмен информацией между отдельными участниками. Это обмен информацией между врачом и врачом, врачом и пациентом, пациентом и пациентом и т.д. Коммуникация на групповом уровне рассматривается, как процесс обмена информацией внутри

определенной группы, для решения проблем, связанных со здоровьем. В качестве иллюстрации могут выступать группы поддержки - сообщества тяжелобольных, или консилиумы врачей, или семья пациента. Организационный уровень коммуникации предполагает обмен информацией между различными уровнями системы здравоохранения. На организационном уровне осуществляется подготовка медицинских кадров, осуществляется организация работы учреждений системы здравоохранения. На социальном уровне коммуникации осуществляется распространение медико-санитарной информации среди широких слоев населения. Информация передается при помощи соответствующих средств массовой коммуникации.

Коммуникации в области здоровья может осуществляться как на профессиональном, так и на непрофессиональном уровне. Профессиональная коммуникация осуществляется от лица специалистов системы здравоохранения. Непрофессиональная коммуникация осуществляется от лица пациентов, их родственников, знакомых, последователей нетрадиционных направлений медицины, представителей религии, и т.д. - одним словом всех тех, кто не обладает профессиональной компетенцией в деле решения тех или иных вопросов, связанных со здоровьем.

Коммуникация в области здоровья может осуществляться через различные каналы. Первичным звеном и традиционной формой является непосредственное общение лицом к лицу, между врачом и пациентом, медицинскими работниками, пациентом и родственниками и т.д. Последним звеном является массовая коммуникация, осуществляемая через такие каналы как телевидение, радио, наружные рекламные объекты, Интернет.

Как уже отмечалось в начале статьи, развитие современных информационных технологий позволяет осуществлять коммуникацию в области здоровья дистанционно, это касается и общения лицом к лицу, и массовой коммуникации. Особое внимание стоит уделить Интернет-

коммуникации. Т.к. Интернет, выступая новой формой реальности, позволяет осуществлять коммуникацию в области здоровья на всех обозначенных выше уровнях.

Часто, коммуникация в области здоровья бывает спровоцирована беспокойством человека за сохранение собственного здоровья. Появление определенных симптомов, вызывает у человека беспокойство за здоровье, что, в свою очередь, вынуждает обращаться к помощи других лиц, обладающих определенной компетенцией в области здоровья. Таким образом, возникает межличностная коммуникация между условным больным и людьми, которым он доверяет в решении вопросов, связанных со здоровьем (родственники, врачи, фармацевты и т.д.). Но в плане времени, наиболее доступным и оперативным источником получения информации о здоровье, для современного человека является Интернет. Помимо этого стоит отметить, что огромное количество информации, содержащейся в Интернете, позволяет найти человеку ответ практически на любой вопрос. Проблема заключается в качестве информации о здоровье, получаемой из Интернета.

Межличностная Интернет-коммуникация в области здоровья может осуществлять между пациентом и врачом в режиме он-лайн консультации. При этом общение в реальной жизни не является обязательным условием для возникновения такого контакта. Помимо этого, благодаря развитию информационных технологий, взаимодействие между врачом и пациентом может осуществляться удаленно и непрерывно. Так, например, при помощи специального программного обеспечения, пациент, страдающий хроническим заболеванием, например сахарным диабетом, имеет возможность вести на своем смартфоне дневник здоровья, регулярно отправляя данные о состоянии своего организма лечащему врачу [7]. Врач, в свою очередь, имеет возможность постоянно контролировать состояние здоровья своего пациента на расстоянии. Если раньше подобный контроль за состоянием здоровья пациента мог осуществляться только в пределах ЛПУ,

то теперь делать это можно удалено. Это влияет на экономию временных и денежных средств, как со стороны пациента, так и со стороны ЛПУ и врача.

Примерами группового уровня Интернет-коммуникации в области здоровья могут выступать виртуальные социальные сети. Так, существуют виртуальные профессиональные сообщества для медицинских работников, например «Врачи РФ», «Доктор на работе», «Мед.тусовка» и т.д. Изначальной целью подобных проектов являлось именно создание ресурса, на котором медицинские специалисты могли бы общаться между собой, обменивается опытом, разбирать с коллегами сложные клинические случаи из своей практики и т.д. Разнообразие и специфика подобных ресурсов велика:

- Виртуальные сообщества, объединяющие врачей разных специальностей, такие как doctornarabote.ru, medtusovka.ru, medpublika.ru, evrika.ru, vrachirf.ru, mirvracha.ru;
- Сети, созданные для врачей одной специальности, например, для врачей-стоматологов (stomarticle.ru), для эпидемиологов (epidemiolog.ru), врачей ультразвуковой диагностики (valsalva.ru), для организаторов здравоохранения (zdrav.ru);
- Социальные сети для студентов медицинских ВУЗов, например сеть от создателей «Доктор на работе» (medcampus.ru);

Так же существует ряд ресурсов, посвященных определенным заболеваниям и объединяющие широкий круг участников коммуникации (пациентов, специалистов и всех заинтересованных), например ресурс, посвященный ВИЧ-инфекции (u-hiv.ru). Помимо этого, ресурсы, посвященные в целом здоровью, и ориентированные, скорее на социальный уровень коммуникации, так же объединяют широкий круг участников коммуникации, например портал проекта «Здоровая Россия» (takzdorovo.ru), портал о здоровье (zdorovieinfo.ru) и т.д.

На организационном уровне Интернет-коммуникация в области здоровья осуществляется через сайты официальных ведомств системы

здравоохранения. В соответствии с градацией ведомств можно привести следующий пример: Министерство здравоохранения РФ (rosminzdrav.ru), Министерство Здравоохранения Свердловской области (minzdrav.midural.ru), Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга (ekburg.ru), далее могут следовать сайты различных ЛПУ г. Екатеринбурга. На подобных ресурсах можно узнать о структуре системы здравоохранения, ознакомиться с нормативными документами и т.д.

Сама специфика Интернета и его ресурсов заключается именно в массовом характере распространения информации. Так, большинство из приведенных в данной статье ресурсов, не смотря на свою заявленную направленность, предполагают доступ к размещаемой информации любого пользователя. Однако существуют закрытые ресурсы, например, «Доктор на работе» или «Медкампус», ограничивающие доступ незарегистрированных пользователей к размещенной на сайте информации. Таким образом, круг участников коммуникации в области здоровья на подобных ресурсах ограничивается их создателями.

В качестве выводов можно отметить, что сутью современных медицинских технологий является максимальное включение коммуникации в области здоровья в повседневную жизнь человека. При этом большой упор делается именно на включении профессиональной коммуникации в жизнь человека, не компетентного в области медицины. При помощи специальных технологий можно постоянно поддерживать контакт с лечащим врачом. В Интернете можно свободно получить любую медицинскую информацию, или получить консультацию кибер-врача. С одной стороны, это дает человеку больше возможностей в деле сохранения своего здоровья. Но, с другой стороны, это свидетельствует об активных темпах медиализации общества.

Библиографический список

1. *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникативные программы / Е.В. Дмитриева. М.: Центр, 2002.

2. Интернет в России: динамика проникновения. Зима 2012-2013 / Аналитический бюллетень (демо версия). URL: <http://runet.fom.ru/Proniknovenie-interneta/10853> (дата обращения: 12.04.2013).
3. *Кастельс М.* Галактика Интернет: Размышления об Интернете, бизнесе и обществе / Пер. с англ. А. матвеева под ред. В. Харитонов. – Екатеринбург: У-Фактория (при участии изд-ва Гуманитарного Университета), 2004. – 328 с.
4. *Berry D.* Health communication: Theory and practice / Dianne Berry / England. Open University Press.
5. *Eysenbach G., Sa E.R. Diepgen T.L.* Shopping Around the Internet Today and Tomorrow: Towards the Millennium of Cybermedicine // British Medical Journal. 1999. No.1.P.319-1294.
6. *Rogers, E.M.* The field of health communication today: an up to date report // Journal of Health Communication. №1. 1996. P. 15–23.
7. 7 способов заработать на буме биотехнологий, не вкладывая сотни миллионов // Forbes от 28.08.2012. URL.: <http://www.forbes.ru/tehnо/meditsina/101286-sem-sposobov-zarabotat-na-bume-biotehnologii-ne-vkladyvaya-sotni-millionov> (дата обращения: 12.04.2013).

И.В. Пачгин, Д.И. Кича,
ТФОМС Кемеровской области, Кемерово
Российский университет дружбы народов, Москва

ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК ОБЪЕКТ УПРАВЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ОМС) стали неотъемлемой частью отечественной системы управления здравоохранением. В настоящее время никакие управленческие решения в области охраны здоровья населения не могут быть приняты без учета состояния и потребностей медицинского страхового поля. Система здравоохранения дифференцируется на территориальные подсистемы здравоохранения посредством той роли, которую занимают территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФ ОМС) в деятельности здравоохранения.

Территориальные подсистемы здравоохранения объединены в единую систему здравоохранения федерального уровня принципами и положениями, заложенными в Федеральных законах от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Исходя из этого, основы стабильного развития здравоохранения РФ, как системы общедоступной и бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, заложены в стабильном функционировании ТФ ОМС.

Для изучения условий стабильной деятельности системы здравоохранения, как показали данные системного и экспертного анализа, требуется исследование управления территориальным фондом ОМС как объектом здравоохранения, как организацией, имеющей миссию и стратегические цели охраны здоровья населения. ТФ ОМС как организация развивается по принципу управления приоритетами в рамках заданных

функций и соответствующей структуры. В ходе исследований, на примере ТФ ОМС Кемеровской области показаны структурно – функциональные векторы организационного развития фонда, которые реализуются посредством управления медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС. Другие объекты деятельности ТФ ОМС, требующие управленческих воздействий в рамках организационного развития, представлены медицинским персоналом, регистром застрахованных лиц и экспертов качества медицинской помощи. Специального изучения со стороны оценки результатов управленческих решений требуют медицинские и экономические результаты реализации территориальной программы ОМС, структура и объем выполненных услуг, приоритетная программа «модернизация здравоохранения».

Так как в наших исследованиях одним из приоритетных объектов управления территориальной подсистемы здравоохранения является ТФ ОМС, поставлена цель его изучения как развивающейся организации. Теория развития организаций показывает, что оценки ТФ ОМС как организации можно осуществлять, как со стороны анализа внутренних, так и внешних признаков организации [1, с. 1077]. Во-первых, можно утверждать, что фонды ОМС как организации рынка медицинских услуг стали неотъемлемой частью системы здравоохранения и современной социально-экономической системы. В зоне ответственности ТФ ОМС находятся 185 медицинских организаций, имеющих статус юридического лица, из них: 106 муниципальных организаций, в том числе 17 районных больниц; 41 ведомственная организация. Это требует установления специальных коммуникаций и проектирования менеджмента организационного развития, что и представляет цель научных исследований.

Основные признаки ТФ ОМС как организации, по данным наших аналитических оценок, можно определить как общественный и экономический объект и субъект управления, деятельность которого направлена на реализацию социально значимых целей: производить и

совершенствовать социальное благо– здоровье. Для выполнения этой цели фонд ОМС как организация, построен по специально структурированной логистической схеме, функции которой скоординированы в соответствии с внешними и внутренними субъектами и объектами. Наличие этой системной структуры, конкретных целей и связей в аспекте внутренней и окружающей среды, являются общими характеристиками для любой организации.

Наиболее важными элементами для успешной деятельности ТФ ОМС как организации являются корпус персонала самого фонда ОМС, как внутренний объект среды, и персонала медицинских организаций, как внешний объект среды. С этих позиций проявляются ключевые элементы организации управления работающим персоналом и коммуникативными взаимоотношениями между группами и индивидами. Организация может считаться эффективной, пока существуют эффективные внутренние и внешние взаимодействия персонала с целью выполнения необходимых действий по достижению цели.

Полученные заключительные результаты и выводы показали, что современные ТФ ОМС как организационные объекты здравоохранения стремятся к расширению горизонтальной координации и коммуникации, которая повышает эффективность менеджмента по взаимодействию с потребителями и поставщиками медицинских услуг.

Современные страховые медицинские организации встречают серьезные вызовы, требующие быстрой реакции на изменения окружающей среды, границы между их подразделениями и между самими организациями и их контрагентами становятся все менее структурированными, а функции – все более гибкими [2, с. 1049].

Библиографический список

1. Мазур И.И., Шапиров В.Д., Ольдерогге Н.Г. и др. Корпоративный менеджмент. Москва. Высшая школа. 2003. 1077с.
2. Тульчинский Т.Х., Варавакова Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим. 1999. 1049с.

ПОИСК ОСТРЫХ ОЩУЩЕНИЙ КАК ПРЕДИКТОР НАРКОТИЗАЦИИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Наркомания является серьёзной социальной болезнью, профилактика которой требует не только практически всех форм социального контроля, но и серьёзного научного изучения причин широкой распространенности наркотиков среди различных групп населения. Кардинальная проблема профилактики наркомании в России - несоответствие характера нашей профилактики такому глубинному социальному и психологическому явлению как массовое стремление людей одурманивать себя. А главная проблема современной наркотизации заключается в том, что «новые» наркотики, получившие в последние годы широкое распространение, часто называемые «легкими», «тихими», порождают идеологию безопасного наркотизма, что, к сожалению, устраивает как личность, так и общество. Государство не успевает ограничить их распространение и предупредить об опасности их употребления на фоне широкого распространения устойчивых мифов о безопасности «новых наркотиков» среди населения. В России такие наркотики принято связывать в первую очередь с так называемыми курительными смесями, произведёнными главным образом в Китае, которые появились на российском чёрном рынке в 2005 году и к 2007 году обрели широкую популярность. Распространялись и сегодня распространяются главным образом через Интернет (онлайн-магазины, объявления, специализированные форумы), а также свободно продавались в табачных киосках, магазинах курительных аксессуаров.

Сомнительные «достоинства» синтезированных наркотиков в начале третьего тысячелетия могут унифицировать способы наркопотребления во всем мире, но массовая наркозависимость уже сейчас сосуществует с «классическим» потреблением веществ, производимых из наркокультур. В

чем основной риск «тихих», «легальных», «дизайнерских», «новых» наркотиков? Состав широко распространенных в России аромамиксов, спайсов, курительных смесей не изучен. Среди них могут быть как натуральные, так и синтетические. Их состав непредсказуем. В них могут быть и сильные галлюциногены, они могут обладать и морфиноподобным эффектом. Действие синтетических наркотиков (аналогов «традиционных»), например, синтетических каннабиноидов, наступает очень быстро (в 4-10 раз). Последствия их употребления бывают более тяжелые, чем при употреблении таких традиционных («тяжелых») наркотиков, как героин (во многих наркобольницах России уже сейчас лечатся пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии). Особую опасность представляет собой сочетание употребления «новых» (легальных, рекреационных) наркотических веществ с «традиционными» (запрещенными) наркотиками совместно с алкоголем. Ориентация на потребление новых («безопасных») наркотиков – это показатель склонности к рискогенному поведению.

«Обществом всеобщего риска» называют Россию [1]. Это понятие можно интерпретировать как органическое нарушение в системе производства ресурсов, необходимых для нормального функционирования общества. Деградирующая социальная система не препятствовала распространению в обществе «социальных отходов» (наркоманов, алкоголиков, бомжей и прочих маргиналов) поскольку они, не будучи политически активными, не представляли опасности для существующего политического режима. Однако в современных условиях и скейп и аномия не только потенциально рискогенны, но часто являются основанием для подрыва самосохраняющегося поведения человека и безопасности общества. В этой связи новые тенденции наркотизации населения России мы трактуем как риски социетального характера. Социологический подход к исследованию рискогенного (рискованного) поведения рассматривает его как специфический образ жизни, жизненный стиль и соответствующую

логику поведения потребителя наркотиков. Под жизненным стилем понимается структурированный паттерн взаимосвязанных форм поведения.

Исследование, посвященное трансформации паттернов потребления наркотиков и практик в современной России в связи с появлением «новых» наркотиков⁶³ потребовало междисциплинарного подхода. В исследовании принимали участие не только социологи, но и специалисты различных областей научного знания – психологи, медики, юристы. Многие авторы признают, что одним из важнейших мотивов первых наркотических проб молодежи и подростков является любопытство и желание испытать новые ощущения. В этой связи значительный интерес представляет изучение особого типа поведения, который называется «поиск ощущений» (sensation seeking), описанный американским психологом М. Zukerman [2], который определяет его как поведение, связанное с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях и выражающееся в стремлении к физическому и социальному риску ради этих ощущений. Подобное поведение является индивидуальной особенностью субъекта и вытекает из необходимости индивида поддерживать оптимальный уровень стимуляции возбуждения.

«Поиск ощущений», является возможным предиктором наркотизации, может оказывать влияние и на выбор наркотика и на способ его употребления.

Эмпирическая база исследования - учащиеся 8 и 10 классов общеобразовательных школ и студенты ВУЗов первого, третьего и пятого курсов Москвы. Всего в исследовании приняли участие 85 испытуемых в возрасте от 13 до 23 лет. Кроме того, тестирование проходило и в приюте для детей, находящихся в трудной жизненной ситуации⁶⁴. При обработке полученных результатов эти испытуемые были отнесены к школьникам, так как в настоящее время они посещают обычные общеобразовательные школы и их возраст колеблется от 15 до 17 лет. При изучении особенностей рискованного поведения, необходимо было решить ряд задач, таких как:

⁶³ Исследование проведено при финансовой поддержке РФФИ № 12-06-00117а

⁶⁴ Исследование проведено Соколовой Л.С. в рамках проекта РФФИ № 12-06-00117а

изучение склонности к рискованному поведению; изучение тревожности как психологического фактора, влияющего на склонность респондентов к рискованному поведению; изучение образа себя (у школьников) и удовлетворенности собственной жизнью у студентов. Иными словами, необходимо было определить, с одной стороны, наличие или отсутствие у респондента склонности к рискогенному поведению, с другой, индивидуально-личностные особенности респондента, такие как высокий или низкий уровень тревоги, удовлетворенность собственной жизнью (студенты ВУЗов), специфику представлений о себе у школьников. Таким образом, для изучения основных психологических особенностей и школьников и студентов было необходимо сформировать два пакета методик, которые отличались лишь в третьем пункте. Так, методика для студентов «Индекс удовлетворенности» в модификации Н.В.Паниной заменена в комплекте для школьников методикой «Изучение Я-концепции» в модификации А.М. Прихожан:

а) методики для школьников: «Шкала поиска ощущений» М.Цукермана, «Опросник Я-структур Гюнтера Аммона (ISTA)» [3], личностный опросник «Изучение Я-концепции» в модификации А.М.Прихожан [4].

б) методики для студентов: «Шкала поиска ощущений» М.Цукермана, «Опросник Я-структур Гюнтера Аммона (ISTA), «Индекс жизненной удовлетворенности» в модификации Н.В.Паниной [5].

В модели Цукермана выделяется психологическая черта, выражающаяся в потребности экспериментировать с различными сложными ощущениями в поиске необычных стимулов для решения эмоционально острых ситуаций, «Шкала поиска ощущений» позволяет выделить три уровня потребностей в ощущениях. Высокий уровень обозначает наличие влечения к новым впечатлениям и может провоцировать на участие в рискованных мероприятиях и даже авантюрах. Считается, что высокие показатели являются факторами риска девиантного поведения, так как реальная действительность не даёт подросткам с таким уровнем

удовлетворить эту потребность. Употребление психоактивных веществ – это путь получения необычных ощущений, связанных с измененным состоянием сознания. Средний уровень потребности в острых ощущениях, с одной стороны, говорит о некотором умении - готовности получить новый опыт, с другой стороны – о сдержанности и рассудительности. Низкий уровень потребности в острых ощущениях говорит о предусмотрительности, осторожности в ущерб получения новых впечатлений.

Методика «Опросник Я-структур Гюнтера Аммона (ISTA)» (был применен «урезанный» вариант методики – только один блок - «тревога-страх»). Предполагалось получить данные, раскрывающие не только наличие тревоги, но и особенности тревожности респондентов, что является важной переменной для изучения связи между уровнем тревожности, склонностью к риску и наркопотреблением.

Анализ материалов проведенных ранее исследований с целью изучения механизма формирования пристрастия к наркотикам в различных половозрастных группах показал как общие закономерности, так и отсутствие специфических черт формирования зависимости, что объясняется не только свойством психоактивных веществ вызывать эмоционально-позитивные реакции, но и способствует нейтрализации эмоционально-негативных состояний. [6] Для исследовательского коллектива эта работа представляется достаточно важной в связи с тем, что второе свойство наркотиков редко принимается специалистами в расчет, однако, по нашим многолетним наблюдениям, именно оно определяет фатальность первых контактов с наркотиком. Предрасположенность к риску, определенные формы рискогенного поведения провоцируют наркотические пробы. Различное состояние тревоги часто является пусковым механизмом употребления наркотиков и пагубным фактором для криминального поведения.

Использованная методика позволила выявить различные проявления тревоги/страха.

Конструктивная тревога/страх понимается как способность личности выдерживать переживания, связанные с тревогой и использовать тревогу для решения адаптационных задач, т.е. действовать в реальном мире, прогнозируя его действительные опасности и случайности. Высокие показатели конструктивной тревоги свидетельствуют о способности трезво оценивать опасности реальной жизни, пересиливать страх при реализации жизненно-значимых задач, целей, планов. В экстремальных ситуациях лица с конструктивной тревогой способны принимать обоснованные и взвешенные решения, обладают достаточной толерантностью тревожным переживаниям.

Деструктивный страх/тревога - это страх уничтожения, вплоть до панических проявлений, вызывающий дезинтеграцию личности. Он часто проявляется в форме деструктивной ярости. Для лиц с высокими показателями по шкале деструктивного страха характерны повышенная тревожность, склонность к волнениям по незначительным поводам, ощущение недостаточного контроля над ситуацией, нерешительность, робость, стеснительность. В такой ситуации человек чувствует страх перед другими людьми, перед их близостью и телесными контактами. Часто деструктивная форма страха проявляется при так называемой «пограничной» преступности, когда люди совершают преступления от страха.

Дефицитарный страх/тревога выражается в том, что объективная опасность полностью игнорируется, т.е. не воспринимается сознанием как реальность. При нем человек не испытывает затруднений в приобретении новых связей, но остается эмоционально безучастным и поэтому ему трудно получить какие-нибудь преимущества общения из нового опыта. Отсутствие страха приводит к поиску экстремальных ситуаций и может привести к девиантному поведению. Опасные ситуации оцениваются им неадекватно, а реально существующие опасности недооцениваются или не воспринимаются вообще. Отсутствующий страх проявляется в ощущениях усталости, скуки и

пустоты. Из-за отсутствия чувства страха при дефицитарной тенденции затруднено развитие стратегий совладания и преодоления (копинг-стратегий) адекватных развитиям ситуации. В этой связи хотелось бы отметить, что разработка антинаркотических профилактических программ, в основе которых лежит обоснование копинг-стратегий и поведения без учета и знания типов страха у людей, подверженных употреблению психоактивных веществ не только не эффективны, но и обречены на провал.

Целью применения методики «Индекс жизненной удовлетворенности» (ИЖУ) является определение важных личностных параметров, таких как отношение человека к себе, к собственной жизни, оценка себя и собственных поступков, общий фон настроения, настроение на текущий период, последовательность в достижении цели и согласованность между поставленными и достигнутыми целями. Естественно, что эта методика применялась только во взрослых группах молодежи, т.е. при тестировании студентов.

Как альтернатива методики ИЖУ при тестировании школьников был применен личностный опросник «Изучение Я-концепции». Эта методика позволила выявить несколько уровней самоотношения и факторы, на него влияющие (поведение, интеллект, положение и ситуация в школе, внешность, физическая привлекательность, физическое развитие, как свойство связанное с популярностью среди сверстников, тревожность общения, положение в семье, уверенность в себе).

Помимо описанных выше методик был проведен опрос, который позволил выделить две группы респондентов: употребляющие наркотические вещества и не употребляющие. Данные исследования показали, что 32% имеют опыт употребления наркотиков. Причем этот процент остаётся неизменным практически в каждой отдельно взятой выборке респондентов вне зависимости от места обучения. В то же время следует отметить, что среди школьников 8 класса число пробовальщиков составляет незначительный процент, что по нашему мнению, не отражает реальную

картину распространенности наркотиков среди младших школьников. По нашему мнению, полученные в ходе анкетирования данные свидетельствуют не столько о спокойной наркоситуации среди младших школьников, сколько о том, что проблематика наркотиков является для них достаточно социально опасной, а потому во многом закрытой темой. Обнаружилось, что на момент проведения исследования в 8 классе сложилась ситуация, оказывающая влияние на результаты проводимого тестирования. Предложение властей об обязательном тестировании школьников на наркотики привело к тому, что и учителя и ученики предполагали, что честные ответы об употреблении наркотических веществ приведут к репрессивным мерам по отношению как к учащимся, так и к педагогическому коллективу. Вероятнее всего, что на вопросы, связанные с употреблением наркотических веществ были даны социально желаемые ответы.

Полученные результаты и их обсуждение

Исходя из целей и задач исследования были выделены следующие основные психологические особенности респондентов:

1. Склонность к рискованному поведению;
2. Распространенность и особенности употребления наркотических веществ;
3. Связь между склонностью к рискованному поведению и особенностями первых наркотических проб;
4. Связь между разными видами тревоги/страха, склонностью к рискованному поведению и употреблением – неупотреблением наркотических веществ;
5. Связь между степенью жизненной удовлетворенности, склонностью к рискованному поведению и употреблением наркотиков;
6. Связь между «образом Я», склонностью к рискованному поведению и употреблением наркотиков.

При использовании шкалы Цукермана обнаружено, что средний уровень склонности к рискованному поведению представлен в выборке в два раза чаще, чем высокий, низкий уровень незначителен. Необходимо отметить, что респондентов с высоким уровнем поиска ощущений, в 3 раза больше, чем респондентов с низким уровнем. Гендерные отличия по этому показателю минимальны и явно выраженных различий не выявлено. Наиболее высокий уровень склонности к риску представлен в группе 17-18 лет, что соответствует 1-2 курсам ВУЗов, т.е. в группе студентов. У них высокие показатели встречаются чаще, чем у старшеклассников. Как уже было отмечено выше «пробовальщиков» наркотиков и эпизодических потребителей 32%, причем этот процент остается неизменным в каждой отдельно взятой группе респондентов, вне зависимости от места обучения.⁶⁵ Гендерные различия при включенности в наркопотребление в данном исследовании не выявлены. Если на рубеже XX-XXI веков по результатам наших многочисленных исследований соотношение женщин и мужчин было 1:7, то практически равный процент потребителей как среди юношей, так и среди девушек (как и в ситуации со склонностью к рискованному поведению) является очень тревожной тенденцией. Известно, что показателем роста наркотизации общества является увеличение доли женщин - потребителей наркотиков. Резко увеличилось число женщин с впервые установленным диагнозом наркомании медицинскими и социальными последствиями. В связи с ростом наркотизации женщин будет возрастать и проблема потомства наркоманов. Будущее благополучие детей будет определяться их психическим здоровьем. Социальными последствиями рождения и воспитания таких детей будет снижение интеллектуального, нравственного и экономического потенциала общества, которое приведет, в свою очередь, к новым демографическим проблемам.

⁶⁵ Потребителей со сформированной зависимостью и медицинским диагнозом «наркомания» в исследовании не выявлено.

При изучении распространенности употребления наркотиков было выделено несколько возрастных групп: 12-14 лет; 15-16 лет; 17-18 лет, 19-20 лет и 21-23 года. В группе 12-14 лет «пробовальщиков» не оказалось. Различие по частоте употребления в этих группах незначительное, однако, частота употребления наркотиков в группе 17-18 лет (студенты) является самой высокой.

Какие наркотические вещества употребляют и с какого наркотика начинается наркотическая карьера?

Пробы курительных смесей как первые эпизоды преобладают у школьников 15-16 лет, а пробы различных стимуляторов и аналогов наиболее распространены среди студентов. Младшие подростки выбирают именно курительные смеси. Что касается традиционных наркотиков, то обе возрастные когорты – 15-16 лет и 17-18 лет представлены в равной степени. Вопрос о ретроспективе возрастных проб показал, что самый активный возраст первых проб – это 15-18 лет. Если раньше некоторые характеристики первой пробы являлись устойчивыми и изменялись мало, то теперь можно говорить об их динамическом характере. Так, только каждый третий ограничивается экспериментированием лишь с одной группой наркотиков, а 2/3 начинают свою «наркотическую карьеру» сразу с нескольких наркотиков, т. е. уже в раннем возрасте отмечается полинаркомания. В группе 21-23 года респондентов – экспериментирующих только с одной группой препаратов не встречается.

В связи с так называемой «безопасностью» употребления современных наркотических веществ, особое внимание уделялось именно этой проблеме, т.е. отношению к современным наркотическим препаратам. Выявлено, что большинство подростков курительные смеси, «дискотечные таблетки – экстази», «аптечные наркотики», «легальные наркотики», «вещества, похожие на наркотики» (различные стимуляторы) и др. не считают наркотиками. В то же время, большинство студентов старших курсов

продемонстрировали свою осведомленность о вреде так называемых «новых наркотиков».

Исследование показало, что имеется прямая связь между уровнем склонности к риску и употреблением наркотиков. Так, в группе потребителей наркотических веществ высокий уровень склонности к риску встречается чаще, чем среди респондентов, не имеющих опыта употребления (40% против 25%). Также склонны к употреблению наркотиков и респонденты со средним уровнем по шкале потребностей в новых ощущениях.

Уровень тревоги имеет также большое значение. Так, респонденты, употребляющие наркотические вещества, с повышенной дефицитарной тревогой больше нуждаются в поиске новых ощущений и демонстрируют слабую оценку последствий своих рискованных поступков. Испытуемые, воспринимающие тревогу, как разрушительное для них переживание (конструктивная тревога), избегают ситуацию экспериментирования с неопределенным результатом, поскольку ощущают его как потенциально опасный. С другой стороны эта группа испытуемых имеет склонность к рискованному поведению, так как приобретаемый ими новый опыт не рассматривается ими как угрожающий. Среди тех, кто не употребляет наркотики, не выявлено какого-либо единственно характерного вида тревоги, хотя в какой-то степени группу можно назвать фрустрированной. Таким образом, выявлены тенденции к преобладанию определенного типа тревоги в зависимости от уровня склонности к риску. Так, высокий уровень склонности к рискованному поведению представлен дефицитарной тревогой (46%), средний уровень относительно равномерно обозначен дефицитарным и деструктивным типами тревоги (31% и 27% соответственно); низкий уровень показывает преобладание дефицитарного типа тревоги (41%). Среди тех, кто не употребляет наркотики, выявлена обратная взаимосвязь между показателями склонности к острым ощущениям – к рискованному поведению и проявлениями деструктивного вида тревоги. Также выявлена прямая взаимосвязь между показателями склонности к рискованному поведению и

проявлению конструктивного вида тревогу. Одновременно отмечается практически равномерная распространенность как деструктивного (35%), так и дефицитарного (37%) типов тревоги, что не позволяет определить наиболее характерный для неё тип тревоги.

При исследовании взаимосвязи между степенью жизненной удовлетворенности, склонности к рискованному поведению и употреблением наркотиков, обнаружено отсутствие прямой связи между этими показателями: респонденты, имеющие опыт употребления наркотиков и не имеющие такого опыта показывают одинаково высокий индекс жизненной удовлетворенности (40% и 39% соответственно). С другой стороны, респонденты, как с высоким, так и с низким ИЖУ, показывают одинаковый – средний уровень склонности к рискованному поведению.

Изучение взаимосвязи между образом Я (уровнем самоотношения) у школьников, опытом употребления наркотиков и склонностью к рискованному поведению показало более низкий уровень самоотношения у экспериментирующих с наркотиками. Полученные данные можно сравнить с исследованиями, посвященными изучению мотивационно-потребностной сферы, в которых был выделен ряд социальных потребностей: в общении, релаксации, достижении признаний, аффилиации, повышения престижа, статуса [7].

Нарушение мотивационно-потребностной сферы, в которой происходят наибольшие сдвиги, связанные с попыткой найти приемлемый способ удовлетворения той или иной фрустрированной потребности, чаще всего является предпосылкой первичной наркотизации. Этим способом является наркотик, обращение к которому дифференцируется по возможности удовлетворения определенной потребности (потребности в релаксации, как средство изменения эмоционального состояния, получения удовольствия, повышения самооценки, самоуважения, самоутверждения, как средство общения и коммуникации).

Библиографический список

1. Бек У. Общество риска На пути к другому модерну Пер. с нем. В Седельника и Н. Федоровой. М.; Прогресс-Традиция. 2000.
2. Шкала поиска ощущений (М. Цукерман) / Альманах психологических тестов. М., 1995.
3. Я-структурный тест Г. Аммона Вопросник для оценки центральных личностных функций СПб. 1998.
4. Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А. М. Прихожан) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И. Б. Дерманова. – СПб., 2002.
5. Панина Н. В. Индекс жизненной удовлетворенности / В кн. «LifeLine и др. новые методы психологии жизненного пути». Сост., ред. А. А. Кроник. М.: Прогресс-Культура, 1993.
6. Наркотизация населения в современной России: специфика, субъекты, динамика / Под ред. М. Е. Поздняковой. М.; 2003.; Девиации и контроль: результаты эмпирических исследований отклоняющегося поведения в современной России / Под ред. М. Е. Поздняковой, А. Л. Салагаева. М. 2007.
7. Позднякова М. Е. Социологический анализ наркомании. Институт социологии РАН. М.; 2001.

Н.В. Присяжная,
НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения
и медицинского страхования ГБОУ ВПО
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва

СОЦИОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА: СОВРЕМЕННЫЕ ДИСКУРСЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

В настоящее время в России одной из наиболее острых социальных проблем остается явление социального сиротства, при этом высокая общественная значимость данного явления подтверждается сохранением высоких показателей числа детей, страдающих от отсутствия родительского попечения и внимания. Вместе с тем, однозначно оценить границы этой социальной группы не представляется возможным: так, по данным официальной статистики в России на начало 2013г. насчитывается 643757 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них более 104 тысяч воспитываются в интернатных учреждениях [2; 8]. Однако большинство экспертов в этой области придерживаются мнения, что к так называемым «социальным сиротам» необходимо отнести и значительную часть беспризорных детей, общее число которых условно-приблизительно оценивается в 3-3,5 млн. человек [10]. Кроме того, остается открытым вопрос с определением числа «скрытых» социальных сирот - детей из внешне благополучных семей, страдающих от отсутствия внимания родителей и / или их фактического устранения от воспитания детей.

Заметим, что ситуацию семейного неблагополучия по социальному сиротству практически невозможно выявить одномоментно, что обуславливает длительное влияние асоциальной семьи на личность ребенка, показатели его умственного, физического и психического развития и здоровья. При этом в большинстве случаев негативное воздействие на здоровье ребенка оказывается уже на этапе его пренатального развития

(отсутствие полноценного рациона питания, несоблюдение режима отдыха, несвоевременное обращение в женскую консультацию, употребление психоактивных веществ беременной и др.).

Сегодня на решение проблемы семейного неблагополучия направлены усилия значительного числа государственных и общественных структур, однако показатели социального сиротства вследствие лишения родителей родительских прав остаются практически неизменными. Так, в 2012г. лишены родительских прав 44,1 тыс. человек, еще 6,9 тыс. – ограничены в них. При этом наблюдается тенденция возрастания числа детей, направляемых на полное государственное обеспечение - в 2012г. практически треть (28,5%) вновь выявленных детей, оставшихся без попечения родителей, были определены на воспитание в интернатные учреждения [2]. Вместе с тем, государственные структуры, признавая, что проблема неблагополучия семьи усугубляется в связи с изъятием ребенка, все шире применяют практику сохранения и реабилитации кровной семьи ребенка – в 2012г. восстановлены в родительских правах уже 2256 родителей [2].

Анализ литературных источников показал, что в настоящее время проблема социального сиротства изучается исследователями преимущественно в русле психологии, социальной работы, педагогики. Некоторые особенности здоровья детей, воспитывающихся в условиях закрытого сиротского учреждения, отражены в медицинских исследованиях, сочетающих теоретические и эмпирические составляющие. Общие проблемы жизнеустройства детей-сирот представлены в научной юридической и педагогической литературе. Кроме того, ряд социологических публикаций раскрывает отдельные аспекты указанной проблемы, однако изучению явления социального сиротства и связанных с ним социальных проблем в контексте социологии посвящено значительно меньше работ.

Автором был проведен контент-анализ 115 диссертационных работ за период 2002-2013гг., среди которых 102 научные работы на соискание ученой степени кандидата наук и 13 – на соискание ученой степени доктора

наук. Также был проведен анализ научной литературы по поставленной проблеме в русле медицины, социологии, социологии медицины, психологии и педагогики социального сиротства, социальной работы, юридической науки, изучены материалы официальных сайтов государственных и общественных структур, открытые источники Интернет.

Так, в настоящий момент основными тематическими направлениями, отражающими современные дискурсы научного изучения проблемы социального сиротства в России являются: социальное сиротство как проблема государства, социальное сиротство как проблема общества, социальное сиротство как институциональная проблема, социальное сиротство как проблема личности. Безусловно, что «чистой» дискурсивной линии выделить невозможно, поскольку социальное сиротство является многогранной социальной проблемой и затрагивает базовые аспекты функционирования общества.

Социальное сиротство как проблема государства

В рамках данного дискурса векторы научного поиска направлены на изучение и анализ специфики государственного участия в вопросах решения проблемы социального сиротства. Так, стратегическая направленность государственной политики Российской Федерации на поддержку института семьи и детства, предотвращение социального сиротства в условиях трансформация социального института семьи, защиту прав детей (в том числе детей, оставшихся без попечения родителей и лиц из их числа) находится в фокусе аналитического изучения А.В. Верещагиной, П.И. Городецкой, Т.А. Гурко, В.В. Клементьева, Ф.А. Мустаевой, И.И. Осиповой Т.Н. Поддубной, Т.Н. Протасовой, И.Ю. Рассохиной, Г.В. Семьи, М.А. Соколовой, Е.А. Шохиной, Н.В. Яковлевой и др., результаты диссертационных исследований которых позволили выявить области для совершенствования этого направления государственной деятельности в части совершенствования механизмов межведомственного взаимодействия

государственных структур по предотвращению социального сиротства, а также отразить специфику правового ландшафта и возможности юридического регулирования проблем современной российской семьи.

Серьезная аналитическая работа Т.А. Гурко со всей очевидностью отразила несовершенство действующих государственных социальных программ, приоритетно направленных на решение демографических проблем путем повышения количественных показателей рождаемости, а не совершенствования семейной политики и создания условий для полноценного выполнения родительских функций гражданами [1]. Возможности купирования проблемы на региональном уровне рассматриваются в публикациях Н.И. Ловцовой, О.А. Оберемко, Е.Р. Ярской-Смирновой [13; 15; 20]. Кроме того, общим для указанного направления является признание приоритетной необходимости совершенствования нормативно-правовой базы для более эффективного решения проблем, связанных с неблагополучием семьи и детства.

Социальное сиротство как институциональная проблема

Доказано, что ведущим фактором сохранения высоких показателей сиротства является неблагополучие семьи – как явное, так и скрытое. Заметим, что социальное сиротство как явление характерно для большинства стран, при этом все чаще исследователи говорят об общемировых тенденциях трансформации института семьи, ее структурной перестройки и разграничения супружества и родительства [1].

Современные исследования показывают, что специфика неблагополучия российской семьи сохраняется практически неизменной на протяжении двух десятилетий: лидирующие позиции занимает наличие у родителей зависимостей от психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, лекарственные средства), отсутствие работы, практика асоциального и противоправного жизнеустройства. Объяснения неблагополучия института семьи обычно центрируются на общегосударственных социально-

политических и экономических кризисных явлениях, несовершенствах социальной политики и нормативно-правовой базы страны, личностных нарушениях у родителей. Однако в последнее время все большее число ученых указывают на тенденции к возрастанию скрытого социального сиротства – когда во внешне благополучной семье ребенок страдает от отсутствия внимания родителей в силу их высокой занятости на работе, центрирования на потребностях и интересах взрослых в семье (в противопоставление традиционной «детоцентрической» российской семье), нежелания участвовать в жизни ребенка и делегирования обязанностей по уходу и воспитанию детей старшему поколению или наемным работникам.

Наиболее очевидно влияние неблагополучной семьи на ребенка проявляется в показателях его здоровья, развития, социально-психологического благополучия, социальной адаптации – эти аспекты раскрыты в трудах Е.Н. Волковой, И.С. Ганишиной, И.Ф. Дементьевой, Ю.А. Клейберга, Л.Н. Овчаровой, Т.Я. Сафоновой, А.И. Ушатикова, Н.А. Цветковой, В.М. Целуйко, Е.Р. Ярской-Смирновой, Т.И. Шульги, которые указывают на распространенность жестокого обращения с детьми в российских семьях. Медицинский взгляд на проблему представлен работами Т.С. Абросимовой, А.А. Баранова, О.В. Ножниновой, И.А. Шевяковой.

Специфика неблагополучия и возможности восстановления (реабилитации) кровной (биологической) семьи ребенка, а также оценка влияния условий неблагополучной семьи на развитие ребенка находятся в центре внимания диссертационных исследований И.С. Ганишиной, Т.А. Гурко, И.Ф. Дементьевой, В.Г. Канкина, В.В. Лобатюк, О.В. Ножниновой, А.Е. Рацимор и др. В практических работах Т.З. Козловой, И.И. Осиповой, В.Н. Ослон, Н.М. Платоновой, А.Г. Рудова, А.Ю. Рыкуна, Г.В. Семьи, К.М. Южанинова и др. показана необходимость работы с биологической семьей ребенка для профилактики социального сиротства.

Вместе с тем, исследователи отмечают сохраняющиеся масштабы «карательного» подхода к решению ситуации семейного неблагополучия в

России, что отражается в высоких показателях лишения родительских прав и актуализации вопросов семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и необходимости развития института замещающего родительства. Результаты исследований проблем семейного устройства детей-сирот в современной России представлены в диссертационных работах Э.Р. Алексеевой, Е.А. Горбуновой, Т.А. Гурко, М.В. Ивановой, Ю.Н. Кузнецовой, И.Н. Курбацкого, И.В. Матвиенко, О.К. Миневич, О.В. Неверовой, И.И. Осиповой, В.Н. Ослон, Е.В. Ушаковой, О.В. Фетисовой, Л.А. Чернышовой. Вопросы подготовки семьи к приему ребенка на воспитание рассматривают Н.В. Вараева, С.Н. Гринберг, М.О. Дубровская, В.К. Зарецкий, Т.З. Козлова, М.Ю. Лобанова, В.Н. Ослон, А.Х. Пашина, А.Г. Рудов, Г.В. Семья, А.Б. Холмогорова, В.Р. Шмидт.

Дискуссионное обсуждение социального сиротства как институциональной проблемы семьи исходит из приоритетности благоприятной семейной среды для развития ребенка и включает два базовых направления: «как выявить и «исправить» неблагополучную семью?» и «как мотивировать и подготовить замещающую семью к приему ребенка-сироты на воспитание?». Заметим, что сегодня чаша весов все больше склоняется к развитию института замещающих семей. Однако в большинстве случаев вне поля обсуждения остается необходимость поддержки благополучной семьи для предотвращения ее дисфункциональности – таким образом, усилия по решению проблемы социального сиротства направлены не на профилактику формирования ее «корня», а на купирование последствий, что может выступать одним из обуславливающих факторов сохранения масштабов данного явления.

Социальное сиротство как проблема личности

Не вызывает сомнения, что пребывание в институциональных условиях оказывает негативное влияние на формирование личности ребенка, поскольку воспитательное воздействие семьи невозможно заменить даже

самыми эффективными программами подготовки и воспитания детей в сиротских учреждениях.

Особенности личностного развития детей вне семьи, специфика депривационных проявлений у сирот и возможности их компенсирования находятся в центре научного внимания М.С. Астоянц, Л.И. Божович, Т.А. Гурко, И.В. Дубровиной, М.И. Лисиной, В.С. Мухиной, А.М. Прихожан, А.Г. Рузской, Н.Н. Толстых, которые исходили из идеи «дефицитарности» развития детей-сирот в сиротских учреждениях. Результаты исследований специфики личностного и социального становления детей-сирот с отклонениями в умственном развитии отражены в работах М.Н. Ильиной, Д.Н. Исаева, А.И. Липкиной, И.Н. Мамайчук, Е.А. Стребелевой.

Изучение влияния институциональных условий на развитие ребенка, основные показатели его здоровья занимают центральное место в диссертационных исследованиях О.В. Ахтямовой, В.В. Долгушина, Н.С. Карташовой, С.Р. Коновой, Е.Ю. Кузнецовой, Е.С. Морозовой, Г.В. Пискуновой, А.А. Сидоренко, а также научных публикациях А.А. Баранова, А.А. Василькова, Г.А. Волковой, Е.А. Иокши, М.Ю. Кондратьева, Т.Н. Поддубной, И.С. Татарчук, Л.М. Шипицыной, Н.Н. Юдищевой. Взаимосвязь статусных показателей и различных аспектов здоровья личности отражены в фундаментальных трудах А.В. Решетникова [18].

Доказано, что у воспитанников сиротских учреждений по сравнению с «домашними» детьми с момента рождения снижены показатели здоровья, и, по мере пребывания в институциональных условиях, идет нарастание отставания в физическом и нервно-психическом развитии, снижается эмоционально-познавательная активность, примитивизируются коммуникативные контакты, увеличивается число и частота проявлений эмоциональных расстройств и расстройств поведения, ухудшаются показатели соматического здоровья, наблюдается хронитизация имеющихся заболеваний [3; 4; 5; 6; 11; 12; 14]. Кроме того, исследователи отмечают, что взросление вне семьи обуславливает формирование у сироты личности

«особого типа» [14; 17], с некорректно сформированной «Я-концепцией», комплексом личностных проблем, неустойчивой внутренней ценностно-нормативной системой и нестабильной эмоционально-волевой сферой.

Покидая по достижении совершеннолетия интернатное учреждение, сироты продолжают нести «стигму сиротства» всю свою жизнь - при этом механизм «интернатного» габитуса в последующем обуславливает формирование широкого диапазона проблем, связанных с адаптацией и интеграцией в социум. Анализ специфики жизнеустройства сирот в обществе через призму его адаптационных стратегий отражает множественные проблемы в воспроизведении и синхронизации выпускниками социальных ролей, решении бытовых вопросов, трудоустройстве и самообеспечении, взаимодействии с окружающими людьми, формировании (по терминологии И.В. Журавлевой) «самосохранительного поведения» [7] и ответственности за собственное здоровье и благополучие. Необходимость подготовки к самостоятельной жизни детей данной категории подтверждается социологическими исследованиями А.П. Агаркова, Д.А. Быкова, И.Ф.Дементьевой, А.И. Иваницкого, И.А. Коробейникова, В.Ю. Карвялиса, И.Р. Сёмина, М.А. Хациевой.

Сложности постинтернатной адаптации в обществе обуславливают формирование у детей данной категории устойчивой тенденции к замыканию в среде выпускников интернатных учреждений (предпочитая их в качестве друзей, коллег, сексуальных партнеров) и практики отказа от включения в новые социальные структуры. Фактически в самостоятельной жизни сироты составляют замкнутую, ежегодно пополняемую прослойку (страту) общества, в которой идет трансляция определенных «сиротских ценностей» и установок: иждивенчества и нежелания работать, низкой ценности социальных и семейных связей (частая смена сексуальных партнеров, инфантильность в планировании семьи и деторождения, распространенность «репликативного» сиротства [12; 16]), что обуславливает воспроизводство

феномена социального сиротства и сопутствующих социальных проблем.

Особенности жизнеустройства, социального, семейного и профессионального самоопределения, адаптации выпускников интернатных учреждений в обществе выбраны в качестве центральных в научных исследованиях М.С. Астоянц, И.А. Бобылевой, О.В. Брекиной, Т.А. Гурко, Т.Ю. Кузнецовой, И.И. Осиповой, Г.В. Семьи, Е.Л. Яковлевой. Практические наработки в этой области связываются с именами Н.В. Владимировой, Г.В. Семьи, Т.И. Шульги. Значительная часть публикаций О.В. Заяц, С.В. Ключникова, И.Б. Назаровой, Л.Я. Олиференко, О.В. Соловьева, Е.Н. Цымбал, Т.И. Шульги и др. также посвящена указанной проблеме.

Детерминированность формирования личности «особого типа» у детей-сирот и детей, оставшимися без попечения родителей, условиями первичной социализации и адаптации в обществе показывает, что семья остается лучшей средой для воспитания детей. При этом надо признать, что несмотря на обширные последствия распространенности социального сиротства для государства и общества, в первую очередь факт сиротства является проблемой личности. Таким образом, формируется «замкнутый круг», а вернее – «спираль» сиротского неблагополучия: ребенок, оставшийся без попечения родителей, поставлен в заведомо худшие стартовые социальные условия и по мере внесемейного пребывания наращивает багаж личностных «спецификаций» сиротства, который в последующем препятствует развитию его личности и благополучному жизнеустройству.

Социальное сиротство как проблема общества

Исследования в рамках этого дискурса показывают, что социальное сиротство представляет общественно-значимую проблему, имеющую весьма резонансные последствия для функционирования общественных институтов, восполнения и укрепления общественных структур. Однако сегодня российское общество видит в сиротах дополнительную нагрузку и даже угрозу для нормального функционирования социума: «детдомовские» дети

обычно рассматриваются как невыгодные партнеры, нежелательные соседи, опасные друзья, неперспективные супруги (установка о плохой наследственности), а объективные недостатки в их социальной компетентности зачастую воспринимаются работодателями как нежелательные черты характера, не подлежащие коррективке.

Отношение населения к социальным сиротам и выпускникам сиротских учреждений и специфика формирования механизмов инклюзии / эксклюзии социальных сирот в обществе наиболее полно раскрываются в диссертационных работах М.С. Астоянц, Л.В. Кузнецовой, Т.А. Митиной, Е.Ю. Тимошенко, публикациях и трудах Д.В. Адамчука, В.С. Собкина, Н.Е. Тихоновой, Ф.Э. Шереги. В работах указанных исследователей убедительно доказывается неоднозначное восприятие проблемы социального сиротства в современном российском обществе: большинство граждан признает актуальность данной проблемы, но делегирует решение проблемы государству. При этом социальные сироты представляются населению в двух полярных «ипостасях» - «бедный и несчастный ребенок, которого надо пожалеть» и «больной, склонный к социальным патологиям иждивенец, от которого желательно держаться подальше» [9; 19].

Вместе с тем, хронификация социальных проблем лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, отражаясь не только в статусных характеристиках, но и в различных аспектах здоровья личности, неизбежно негативно влияет на общие показатели благополучия общества. Пример европейских стран показывает, что формирование позитивного восприятия социального сиротства обществом оказывает положительное влияние на решение проблемы социального сиротства. И, таким образом, работа с обществом в части повышения уровня толерантности к детям данной категории должна выступать неотъемлемой составляющей государственной стратегии решения проблемы социального сиротства.

Таким образом, заключим, что необходимым условием разработки эффективной стратегии решения проблемы социального сиротства выступает

понимание природы социального сиротства с учетом многозначности данного явления, что обуславливает необходимость комплексного изучения медицинских, социальных, экономических, психологических, правовых и этических аспектов проблемы. Кроме того, анализ научных дискурсов изучения проблемы показал, что для успешного решения практических задач жизнеустройства сирот специалисты должны опираться не только на государственную поддержку, но и на общественные структуры и институт семьи - в первую очередь.

Библиографический список

1. Актуальные проблемы семей в России / ред. Т.А. Гурко. – М.: Институт социологии РАН, 2006.
2. *Астахов П.А.* Соблюдение права ребенка воспитываться в семье и не разлучаться с родителями как основополагающий принцип государственной семейной политики России // Доклад на Всероссийском семинаре «Роль органов опеки и попечительства в профилактике социального сиротства и обеспечении права ребенка на семейное воспитание» (г. Уфа, 18.04.2013г.). Обращение к ресурсу http://www.rfdeti.ru/print_news.php 30.05.2013г.
3. *Астоянц М.С.* Дети-сироты: анализ жизненных практик в условиях интернатного учреждения // СОЦИС. 2006, №3. С. 54-63.
4. *Губанихина Е.В.* Проблемы воспитания ребенка в условиях закрытого образовательного учреждения // Беспризорник. 2005, №3. С. 21-23.
5. *Дементьева И.Ф.* Жестокое обращение с ребенком в семье: последствия для личностного развития // Социальная педагогика. 2010, №2. С. 23-24.
6. *Дубровина И.В., Лисина М.И.* Особенности психического развития детей в семье и вне семьи // Возрастные особенности психического развития детей - М.: Педагогика, 2002.
7. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М., Наука, 2006.
8. Интернет-портал Министерства образования и науки РФ <http://www.usynovite.ru/statistics>. Обращение к ресурсу 25.05.2013г.
9. Исследование "Проблема детей-сирот в общественном мнении" по заказу организации "Кидсейв Интернешнл" 2003г. Обращение к ресурсу <http://www.asi.org.ru/ASI3/main.nsf/d/family> 18.01.07г.
10. Исследование «Сиротство в России: проблемы и пути их решения». М., 2011.
11. *Кондратьев М.Ю.* Социальная психология закрытых

образовательных учреждений. СПб, Питер, 2005. С.170-173.

12. *Конова С.Р.* Программный подход к решению проблем социального сиротства в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал, 2003, №3. С. 50-52.

13. *Ловцова Н.И.* Социальное сиротство: региональные и муниципальные ресурсы контроля // Журнал исследований социальной политики. 2009. Т. 7. № 2. С. 197-222.

14. *Мухина В.С.* Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Вопросы психологии. 1989.

15. *Оберемко О.А.* Фрагментация ответственности в сфере социального сиротства// Журнал исследований социальной политики. 2009, №2. С. 223-240.

16. *Осипова И.И.* Социальное сиротство: теоретический анализ и практика преодоления. – Нижний Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2009. С.13.

17. *Прихожан А.М., Толстых Н.Н.* Психология сиротства. СПб., Питер, 2005. С. 17.

18. *Решетников А.В.* Социология медицины: руководство. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010.

19. *Собкин В.С., Адамчук Д.В.* и др. Отношение к усыновлению и опекунству: Мотивация, субъективные риски и социальные барьеры (по материалам социологического опроса усыновителей и опекунов) // Социология дошкольного воспитания: Труды по социологии образования / под ред. Собкина В.С. М., Центр социологии образования РАО, 2006.

20. *Факторы семейного неблагополучия и механизмы профилактики социального сиротства: результаты анализа и рекомендации / под ред. Л.Н. Овчаровой, Е.Р. Ярской-Смирновой М., Независимый институт социальной политики, 2010. С.10.*

Л.М. Прейгерман,
Израильская Независимая Академия развития науки, Израиль

ПСИХОФИЗИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И ЗДОРОВЬЕ

Давно замечено, что слово врача, рожающее позитивные мысли больного, оказывает положительное влияние на его здоровье и течение его болезни. В медицине широко известны случаи излечения даже самой коварной болезни, рака, при наличии твердой веры и оптимистического хода мыслей у больного, особенно в том случае, когда их систематически внушает ему лечащий врач. Между тем, психотерапевтические методы лечения больных очень медленно пробивают себе дорогу в практическую медицину. Это, с нашей точки зрения, объясняется тем, что к изучению процессов психофизической, мыслительной деятельности наука только приступает. Не секрет, что до настоящего времени отсутствует исчерпывающее научное определение сущности идей, лежащих в основе мыслительного процесса, и уяснение в связи с этим механизма их реализации в процессе жизнедеятельности человека.

Изучение биологии человеческого мышления и механизмов, связывающих мыслительный процесс с работой всех человеческих органов, находится еще в начале своего пути, а обращение других наук и, в частности, такой универсальной науки, как физика, к проблемам человеческого мышления практически отсутствует. Пионером в этой сфере научной деятельности является наш современник, известный физик-теоретик и математик Р. Пенроуз, который один из первых стал рассматривать процессы мышления с точки зрения квантовой теории поля.

В настоящей статье автор, базируясь, так же, как и Пенроуз, на современные физические теории, предлагает свой подход к рассматриваемым проблемам, пытаясь построить первую в истории науки физическую модель разумной деятельности человека. Автор надеется, что его скромные мысли

могут оказать положительное воздействие на процессы дальнейших разработок проблем человеческого мышления и их широкого использования в медицинской практике.

Введение

Представления о *разуме* и лежащих в его основе *идеях* интуитивно присущи каждому человеку. Они вытекают из его повседневного опыта, познавательной, мыслительной, других видов интеллектуальной деятельности и касаются свойств объектов и событий реальной действительности, их структуры, внутренних и внешних связей, процессов, возникающих с изменением этих связей, а также понятий, отражающих отношения предметов и явлений.

Осмысленное определение идей впервые появляется в учениях Платона. Согласно Платону, реальный мир (фюзис) представлен в виде неразрывного единства двух противоположностей – совокупности чувственных вещей и их антиподов, нечувственных (неощущаемых) бестелесных идей [1]. Вторая, противоположная точка зрения, принадлежит Демокриту. Идеи и мыслительная деятельность, по Демокриту, являются материальным продуктом материального мозга, высшей формой движения материи (Взгляды античных мыслителей изложены в их современной интерпретации).

Философская концепция Демокрита с течением времени перешла в науку, в которой вплоть до начала XX столетия господствовала тождественная ей модель однополярного и стационарного мира. Эта модель в определенной мере присуща и современной науке.

Признав вслед за Платоном нематериальность человеческого сознания, марксизм остановился, на полпути и загнал себя в тупик, допустив, что разум, а также лежащие в его основе идеи и мышление вторичны и являются продуктом мозговой деятельности человека.

Указанный спор еще далек от разрешения. Однако рационалистические учения уже сейчас входят в противоречие с современными научными данными, которые свидетельствуют в пользу целенаправленно развивающегося и конечного в пространстве-времени двуполярного мира.

В связи с указанным, наука все в большей степени возвращается к точке зрения Платона, которая замечательным образом пересекается с ее современными воззрениями.

1. Идеи – источник порядка во Вселенной

На первый взгляд может показаться, что все объекты реального мира отличаются между собой своим *материальным содержанием*. Указанная точка зрения следует, в частности, из атомистической теории Демокрита и как будто подтверждается современной молекулярно-кинетической теорией. С другой стороны, известно, что агрегатные состояния вещества, многочисленные изомеры и гомологи, одинаковые по атомно-молекулярному составу, существенно отличаются между собой по своим физическим и химическим свойствам. Кроме того, согласно современной физической теории все материальные объекты, физические тела и поля, несмотря на их огромное разнообразие, состоят из сравнительно небольшого набора и одинакового удельного количества одних и тех же элементарных частиц. Частицы вещества при этом связываются между собой путем обмена квантами поля и, группируются на разных структурных уровнях в определенные *порядки*, которые определяют функциональность объектов и их индивидуальность [3; 4; 5; 6].

Порядки, определяющие качественную индивидуальность материальных объектов, непрерывно меняются. Эти изменения не нарушают, однако, квазистабильности систем и их восприятие в качестве функциональных индивидуальностей в течение достаточно большого времени наблюдения, так как они носят в среднем флуктуационный характер

и взаимно компенсируют друг друга. Кроме непрерывных флуктуационных и одиночных случайных изменений материальные системы неотвратимо развиваются также, в соответствии со вторым началом термодинамики, в направлении дисфункции и хаоса.

Все это, с нашей точки зрения, свидетельствует о том, что качественное отличие вещей и их состояний определяется не их материальным содержанием, а формой его реализации, то есть *упорядочением* составных частей и их изменений на разных уровнях. Так хижина и дворец, изготовленные из одних и тех же кирпичей, или графит и алмаз, состоящие из одних и тех же атомов углерода, разительно отличаются между собой только потому, что кирпичи в первом случае и атомы во втором сложены в них по-разному, то есть образуют разные порядки [3; 6].

Сами по себе порядки систем крайне неустойчивы. В отсутствии защитных механизмов системы практически мгновенно распадаются и переходят в беспорядочные состояния, нивелирующие их индивидуальности [6]. Высокоорганизованные биологические системы не просуществовали бы, например, и доли секунды в отсутствии сложной иммунной защиты, защитных мембран клеточных структур, кожных покровов и пр. Наоборот, низкоорганизованные существа или элементарные частицы, например, сине-зеленые водоросли или лептоны, «живут» бесконечно долго при отсутствии каких-либо сложных защитных устройств [6].

В течение малых временных интервалов, сравнимых с длительностью элементарных взаимодействий, изменения порядков на каждом из структурных уровней порождают огромное количество процессов, определяющих упорядоченное функционирование Вселенной и всех ее частей [3,4,5,6]. При этом разрушительным материальным процессам в указанных условиях противостоит некая *организующая сущность*, эквивалентная, с нашей точки зрения, *разуму* [6].

Потенциально возможные порядки и упорядоченные последовательности определяются соответствующими *правилами*,

алгоритмами. Эти алгоритмы существуют независимо от того, реализованы ли определяемые ими порядки в действительности. Это значит, что они таковы не потому, что таков мир, а, наоборот, *мир во многих отношениях таков, что таковы упорядочивающие его правила*. Алгоритмы порядков определяют при этом качественную индивидуальность материальных объектов и по своей природе эквивалентны интуитивным представлениям о идеях. Это позволяет, как мы считаем, определить идеи следующим образом.

Идеи – это *правила* (алгоритмы), определяющие все потенциально возможные порядки и их упорядоченные сочетания, независимо от их фактической реализации в действительности.

Множество порядков, представленных совокупностью всех возможных идей, значительно шире множества упорядоченных под их воздействием объектов реального мира. В действительности реализовано лишь мизерное количество от всего множества потенциально возможных идей.

Упорядоченное по определенным правилам сочетание порядков взаимного расположения структур на всех уровнях и упорядоченные последовательности их изменений однозначно программируют, как мы считаем, совокупность всех физических явлений и характеристики состояний материальных объектов в каждом состоянии. Это значит, что идеи определяют, как отдельные качества (признаки, свойства) объектов и их индивидуальность в целом, так и качество их отдельных частей и структурных элементов на любом уровне. Они же программируют все явления и процессы, возникающие в процессе изменения указанных порядков. Особую группу образуют идеи понятий, определяющие взаимосвязи между предметами, событиями и людьми (идеи добра и зла, любви и ненависти, родства и антагонизма и т.д.). Идеи воспроизводят во всех деталях упорядоченный в пространстве-времени материальный мир, а мир построен в соответствии с логикой порядка, заложенной в идеях [3; 4].

Идеи, по их определению, являются чисто логическими, *нематериальными* категориями. Они недоступны ощущениям, являются *бестелесными* сущностями и могут быть восприняты только через умозаключения. Они не характеризуются также физическими параметрами и не подчиняются физическим законам. Другими словами, идеи существуют вне физического мира и пространства-времени. Можно, например, говорить об идее времени, но нельзя говорить о времени существования идей. Можно говорить об идее пространства, но нельзя говорить о пространстве идей так же, как нельзя говорить о размерах, конфигурации или допустим о температуре идей. Они являются вневременными и внепространственными категориями.

С другой стороны, идеи напрямую связаны с *разумными* процессами, то есть с неотделимыми от Вселенной упорядочивающими, целенаправленными, организующими сущностями, противостоящими слепому, жестко детерминированному поведению, которым обусловлено неустранимое развитие материального мира, в направлении хаоса и разрушения.

Следует отметить, что идеи, как логические категории, допускают математическое представление в виде упорядоченных по их алгоритмам дискретных последовательностей и предполагают использование в их отношении логических операций – анализа, синтеза, экстраполяции, абстрагирования, сравнения, обоснования, установление соответствия и т.д. Такое представление, кроме всего прочего, замечательно тем, что оно «задумано» Природой для установления взаимно-однозначного соответствия между ее объектами и их восприятиями, которое реализуется *в процессе отражения реальной действительности*. В самом деле, при отражении происходит наложение (модуляция) на материальные носители дискретных последовательностей сигналов, упорядоченных в соответствии с порядками отражаемых объектов. Эти упорядоченные последовательности представляют собою материальные копии, матрицы порядков отражаемых

объектов. Они содержат в себе *две сущности* – материальную (*энергетическую*), в форме носителя информации и элементов ее кодирования, и идеальную (*информативную*), которая воспроизводит правила упорядочения отражаемых объектов, выражающие в закодированном виде сообщения об их функциональности. В этом смысле указанные сигналы можно условно назвать *материализованными идеями* [3; 4].

После преобразований в органах чувств материализованные идеи передаются по специфическим каналам связи в соответствующие центры головного мозга, где они синтезируются в определенные образы и сигналы действия, а их материальные носители отфильтровываются. Источником сигналов действия, по нашему мнению, является не энергетическая составляющая материализованных идей, а содержащаяся в них информация.

Образы, синтезирующие поступающие в головной мозг идеи, не являются точной копией отраженных ими объектов. Это связано, во-первых, с тем, что в силу несовершенства органов чувств или вооружающих их приборов, ими отражаются порядки не на всех уровнях объекта, а лишь на тех из них, которые доступны восприятию, воспроизводя чаще всего лишь внешние очертания и признаки объектов. Во-вторых, разрешающая способность органов чувств или приборов не позволяет идентифицировать очень мелкие детали объектов или очень быстрые изменения внутри объектов. Кроме того, на воспринимаемую информацию накладываются помехи (шумы), которые являются следствием отражения порядков самих органов чувств и приборов, а также влияющих окружающих предметов и событий, в т.ч. и носителей информации. Наконец, в настоящее время доказано, что при проникновении вглубь материи и космоса искажение информации становится неустранимым тем в большей степени, чем на более глубоких уровнях сконцентрированы отражаемые порядки.

3. Механизм разумной деятельности человека

Специфика биологических процессов заключается в том, что они не детерминированы физическими законами, а являются следствием реализации генетических программ жизнедеятельности. Это значит, что они, хотя и происходят по объективным физическим законам, но их результаты определяются не этими законами, а заложенными в генетических программах алгоритмами, упорядочивающими последовательности естественных материальных процессов.

Слаженная и точно скоординированная работа всех структурных элементов биологических систем, их целенаправленное взаимодействие с внешней средой и функционирование в точном соответствии с указанными выше генетическими программами, обеспечивается специализированными органами контроля и управления, среди которых у высших животных центральное место занимает *головной мозг*.

Головной мозг связан со всеми органами управления и структурными элементами организма, согласовывает и синхронизирует их деятельность. Он, кроме того, играет роль центральной диспетчерской и своеобразного дирижера, обеспечивающего слаженную работу огромного, высокоорганизованного и сложного ансамбля живых клеток, именуемого организмом.

В результате эволюции головной мозг научился синтезировать разрозненную информацию, поступающую извне, в определенные *образы*, создающие в совокупности субъективную картину объективной действительности. В этом смысле мозг проявляет себя, как высокоорганизованный механизм, с помощью которого природа решает важнейшую задачу экономного восприятия и использования информации.

Специфической особенностью функционирования человеческого мозга является *осмысленное восприятие* сознанием окружающей действительности, которое является следствием преобразования материализованных идей. Одним из важнейших элементов осмысленной

деятельности человека, необходимо предшествующий всем процессам сознательного восприятия и творческого преобразования окружающей действительности, является процесс **познания**.

Важнейшим звеном процесса познания является этап осмысления идей, который включает в себя ряд необходимых для достижения этой цели логических операций. К ним относятся процессы их словесного кодирования, анализа по присущим им признакам, а также классификации, сравнения, оценки, идентификации, отбора, определения логической обоснованности, внутренней противоречивости и т.д. Перечисленные процессы осмысления идей выполняются, с нашей точки зрения, с помощью их непрерывного неосознанного **перебора** и сравнения.

Перебираемые идеи ассоциируются с закодированной тем или иным образом **мыслью**, а работа мозга, связанная с перебором идей, с **мыслительным процессом**. В зависимости от используемого в мыслительном процессе способа кодирования различают образное и словесное **мышление**. Образное мышление ближе к чувственным восприятиям и отличается своей эмоциональной окраской. Словесное мышление способствует его абстрагированию от чувственных восприятий.

В общем случае процесс перебора идей является **неупорядоченным**. Возникающие при этом мысли мало увязаны между собой, являются разрозненными и случайными. Необходимость непрерывного повторения этого процесса, каждый раз с перебором других идей, с точки зрения их осмысления и тренировки мозга совершенно очевидна.

От обычных процессов мышления следует отличать **размышления**. Источниками размышлений выступают, как правило, те или иные целевые установки, поступающие извне или из подсознания головного мозга. Размышления реализуются путем целенаправленного, строго **упорядоченного** перебора идей. Они необходимы при решении логических и творческих задач, оценке ситуации и выборе соответствующего поведения.

Большое значение в сознательной жизни человека имеет его **творчество**, в котором используется уникальная способность человеческого мозга к **конструированию** новых идей и их реализации в материальном мире. Конструирование новых идей базируется на заложенные в них математические свойства, позволяющие реализовать их различные комбинации из стандартных идей. Полученные при конструировании новые идеи могут оказаться реализуемыми при тех или иных условиях или фантастическими, недоступными для их реализации.

Конструирование и реализация новых идей с необходимостью связано, как с накоплением знаний, так и с длительными размышлениями и развитым воображением. В очень малой степени оно определяется результатами непосредственных наблюдений. Этим объясняется известный парадокс, заключающийся в том, что абсолютное большинство изобретений и открытий были сделаны не благодаря наблюдениям, а вопреки им, вследствие **озарения**.

Озарения часто кажутся случайными. Они действительно являются следствием случайной, но подчас очень удачной комбинации идей, возникающей в процессе размышлений. Совершенно очевидно, однако, что они не могут прийти в голову необразованному (практически или теоретически) в данной области человеку. Озарения при кажущейся случайности являются результатом длительных размышлений, базирующихся на определенный потенциал знаний.

Оценка истинности вновь сконструированных идей осуществляется путем выявления их соответствия реальной действительности. Эта оценка выполняется путем размышлений на основании выявления логической непротиворечивости новых идей и их сопоставления со стандартными идеями, а также с помощью физического эксперимента и наблюдений [6].

Другой важной частью мыслительной деятельности человеческого мозга является **воображение**. Оно проявляется, когда вновь конструируемым идеям придается статус истинных вне связи с оценкой их достоверности при сравнении со стандартными идеями. В том случае, когда оценка вновь сконструированных идей является ошибочной и противоречит действительности, возникает **иллюзия** или утопия.

Оценка истинности и эффективности новых идей является относительной и достаточно условной, так как идеи истинные или приближенные в той или иной степени к действительности в одних условиях, могут оказаться ложными для других условий. По мере проникновения внутрь материи и дали космоса теряется степень достоверности эмпирической информации, а на результаты наблюдений все в большей степени накладывается неопределенность, возникающая, как результат определенной свободы выбора поведения, а также – влияния измерительных приборов. Чем глубже мы проникаем в мир, тем ниже достоверность наших знаний о нем. Кроме того, сами понятия объективности и абсолютности истины, с нашей точки зрения, проблематичны. С учетом сказанного, все больше возрастает роль догадки, озарения, полученных умозрительно в процессе размышлений.

Предложенное автором определение сущности идей и механизма мыслительной деятельности, а также построенная им новая модель разумной деятельности человека, базирующаяся на современных достижениях науки, позволяют, как мы считаем, объяснить многие до конца не разгаданные явления мыслительной и созидательной деятельности человека [3; 4; 5; 6]. Так например, согласно рассматриваемой модели в головной мозг человека, а точнее, в его подсознание, непрерывно поступает информация в форме совокупностей упорядоченных последовательностей, отражающих окружающую действительность и внутренний мир самого человека. Эта информация, закодированная знаками словесной речи или соответствующими образами и окрашенная эмоциями, создаваемыми в соответствующих органах психофизическими процессами, передается при необходимости в отдел сознания мозга, где она осмысливается и по линии

обратной связи поступает в соответствующие центры для выработки сигналов действия. Под воздействием общения с собеседником, в частности, особенно в случае, если он является для вас достаточно авторитетным, а также под воздействием собственных мыслей, не заглушаемых внешними и внутренними помехами, в подсознание поступает информация в виде последовательностей, упорядоченными подобно соответствующим реальным объектам или ситуациям. Эта информация возбуждает кору головного мозга так же, как это происходит при воздействии соответствующих реальных факторов. Возникающие при этом сигналы активизируют соответствующие центры, реагирующие точно так же, как в реальных условиях. Если, например, врач, являющийся авторитетом для больного, систематически внушает ему, что он при определенном своем поведении выздоровеет, или, если больной, расслабившись и освободившись от внутренних помех, сам непрерывно внушает себе то же самое, то это по указанному выше механизму приводит к активизации его иммунной системы и действительному выздоровлению. Наоборот, даже здоровый человек, непрерывно думающий о том, что он болен, может действительно заболеть.

Именно эти механизмы, с нашей точки зрения, лежат в основе медитации, аутотренинга, молитвы, гипноза, йоги и многих других подобных процессов. Их внедрение в широкую медицинскую практику на всех уровнях, как мы считаем, должно стать основной программой лечения больных, а не сводиться, как это принято в настоящее время, к необязательным процедурам, дополняющими медикаментозные методики.

Библиографический список

1. *Платон*. Диалоги. АСТ, М., 2002.
2. Penrose Roger. Shadows of the Mind A Search for the Missing Science of Consciousness, 1996
3. *Лев Прейгерман*. Вселенная и Разум. Мысль. Израиль, 2009
4. *Лев Прейгерман*. *Марк Брук*. Курс физики. Т1, Т2. Мысль. Израиль, 2010
5. *Прейгерман Л.* Идеи и механизм разумной деятельности. Ученые Записки, Вестник Академии. Хайфа, 2006 т.2
6. *Лев Прейгерман*. За пределами реальности. Израиль, Мысль, 2012

В.А. Прохода,

Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, Москва

ЖЕНСКАЯ АЛКОГОЛИЗАЦИЯ В РОССИИ: ТЕНДЕНЦИИ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

В публикации обобщены некоторые результаты проведенных в 2001 и 2010 гг. социологических исследований - «Условия жизни, образ жизни и здоровье»⁶⁶ и «Здоровье населения и социальные перемены»⁶⁷.

Результаты исследований показывают, что употребление спиртного среди женщин получило не столь широкое распространение, как у мужчин. Общеизвестно, что алкоголизации слабого пола препятствуют сформировавшиеся в течение сотен лет социальные нормы «питейного» поведения женщин. Хотя и они постепенно начинают трансформироваться.

Всемирная организация здравоохранения к числу факторов вредного употребления алкоголя относит характер употребления спиртного, в частности эпизодическое или регулярное употребление спиртных напитков. В связи с этим представляет интерес распределение ответов на вопрос о частоте употребления женщинами алкогольных напитков.

Около четверти женщин(26,3%), что практически не отличается от результатов 2001 г. (26,5%) ведет трезвый образ жизни. Регулярно (2 – 3

⁶⁶Проект финансировался Европейским Сообществом в рамках пятой пятилетней рамочной программы (FPS). Подпрограмма «Поддержка международных исследований европейского сообщества» (INCO2-Sopernicus). Контракт № ICA2-2000-10031, проект № ICA2-1999-10074.

Исследование проводилось Центром социологических исследований МГУ им. М. В. Ломоносова осенью 2001 г. Метод сбора первичной социологической информации – личное интервью (face-to-face). Объем выборки - 4006 человек. Тип выборки - стратифицированная, многоступенчатая, случайная на этапе отбора респондентов, репрезентативная для взрослого населения России.

⁶⁷Исследование проводилось Центром социологических исследований ОПИННО в 2010 г. в рамках проекта: «Здоровье в переходный период: тенденции в здоровье населения и политика в сфере здравоохранения в странах СНГ» (HITT-CIS, соглашение о гранте № 223344, EC-FP7). Метод сбора первичной социологической информации – личное интервью (face-to-face). Объем выборки – 3000 человек. Тип выборки - стратифицированная, многоступенчатая, случайная на этапе отбора респондентов, репрезентативная для взрослого населения России.

раза в неделю и чаще) выпивают 2,5% представительниц слабого пола (4,4% в 2001 г.). Эпизодически (раз в неделю – раз в месяц) употребляют спиртное 25,9% россиянок и это существенно меньше, чем в 2001 г. (35%), наконец, изредка (раз в 2 - 3 месяца и реже) потребляют тот или иной вид алкоголя 45,3% (34,1% в 2001 г.) опрошенных женщин. Таким образом, по итогам десятилетия прослеживается тенденция снижения частоты употребления женщинами алкоголя в целом.

Полученные данные позволили провести анализ структуры потребляемых женщинами спиртных напитков. Отметим, что вопросы о частоте употребления того или иного вида спиртного задавались только респондентам употребляющим любые алкогольные напитки 1 - 2 раза в месяц и чаще (2010 г. - N=507; 2001 г.-N=892).

Наибольшей популярностью среди представительниц слабого пола пользуется вино. В общей сложности с той или иной регулярностью его употребляют 80% респондентов (82% в 2001 г.). По распространенности употребления за вином следует водка и другой крепкий алкоголь промышленного производства – 75,1% (76,8% в 2001 г.), затем пиво – 71,7% (76% в 2001 г.), алкогольные коктейли промышленного производства – 18,2%, самогон – 10%, спиртосодержащие жидкости, не предназначенные для питья (одеколон, лекарственные настойки и т. п.) – 0,2%.

При этом пиво пьют относительно чаще других алкогольных напитков (раз в неделю и чаще 23,1%; 2001 г. – 29,8%). Для сравнения крепкий алкоголь 9,7% (2001 г. – 10,9%), вино 5,4% (2001 г. – 9%). Можно констатировать, что структура потребления женщинами спиртных напитков за прошедшее десятилетие существенно не изменилась. Россию по-прежнему можно отнести к странам с северным типом потребления. В тоже время отмечается тенденция некоторого снижения частоты

потребления женщинами отдельных видов спиртного, в первую очередь вина и пива.

Важной характеристикой потребительского поведения является количество употребляемого единовременно алкоголя. По устоявшемуся мнению вредит здоровью именно чрезмерное употребление спиртного [1; 2; 3]. При этом частое употребление небольших доз алкоголя может представлять для здоровья меньший вред, чем потребление ударных доз время от времени [4]. На этом фоне, представляют интерес данные о количестве употребляемого женщинами алкоголя (см. таблицу). Для обеспечения сопоставимости результатов исследований 2001 и 2010 гг. анализировались только ответы респондентов, употребляющих определенный вид алкоголя раз в неделю и чаще.

Таблица 1

Количество спиртного, употребляемого за один прием
(в %, от респондентов, употребляющих тот или иной вид спиртного раз в неделю и чаще)

Пиво	Пиво		Крепкий алкоголь	Крепкий алкоголь		Вино	Вино	
	2001	2010		2001	2010		2001	2010
Меньше чем 0,5 литра	27,3	10,8	Меньше 100 грамм	17,2	23,4	Меньше 200 гр.	40,2	7,7
Около 0,5 литра	50,5	36	Около 100 грамм	27,3	21,3	Около 200 гр.	37,9	46,2
Около 1 литра	17,1	40,5	Около 200 грамм	25,3	25,5	Около 350 гр.	10,3	19,2
Примерно 1,5 литра	4	6,3	Около 300 грамм	14,1	19,1	Пол-литра	4,6	19,2

Примерно 2,0 литра	0,7	4,5	Пол-литра	9,1	6,4	Бутылку, 750 гр.	2,3	3,8
Более 2,0 литров	0,4	1,8	Больше чем пол-литра	7,1	4,3	Литр или больше	4,6	3,8

Из таблицы видно, за прошедшее десятилетие существенно увеличилась доля женщин склонных к чрезмерному разовому употреблению пива. Один литр пива и более в 2001 г. единовременно употребляло 22,2% женщин, употребляющих пиво раз в неделю и чаще, а в 2010 г. уже 53,1%. Скачкообразно возросла доля женщин, употребляющих около литра пива (с 17,1% в 2001 г. до 40,5% в 2010 г.) и примерно два литра пива (соответственно, с 0,7% до 4,5%). Это свидетельствует об активном процессе пивной алкоголизации женщин.

Подобная тенденция не прослеживается касательно употребления женщинами крепкого спиртного. В тоже время, очевидно, что определенная часть российских женщин потребляет высокоградусные спиртные напитки в «ударных» дозах. Более половины респондентов (55,3%), ответивших на вопрос, за один раз выпивают 200 гр. и более. Употребление вина для значительной части респондентов имеет скорее ритуальный характер. Превалирует потребление незначительных доз напитка, по всей видимости, по торжественным случаям (романтические встречи, праздники и т. д.). Так более половины (53,9%) женщин выпивают за один раз стакан или менее. В целом же за прошедшее десятилетие прослеживается увеличение дозы единовременного приема. Пол - литра вина и более в 2001 г. употребляло 11,5% россиянок, к которым относился вопрос, а в 2010 г. уже 26,8%.

Полученные результаты позволяют констатировать, что по сравнению с 2001 годом доля женщин, употребляющих единовременно ударные дозы алкоголя, увеличилась. Вывод распространяется на пиво и вино промышленного производства.

Культура потребления алкоголя в значительной степени характеризуется одновременно частотой и количеством употребляемых россиянами спиртных напитков. Интересно, что по всем основным видам алкоголя зависимости между упомянутыми показателями применительно к женщинам обнаружено не было. Для сравнения у мужчин зависимость фиксируется по крепкому спиртному ($r = -0,120$; $p = ,007$) и пиву ($r = -0,096$; $p = ,036$). В целом, чем чаще мужчины употребляют крепкое спиртное или пиво, тем больше единовременная доза приема. Все это отчасти позволяет характеризовать женскую алкоголизацию как более «мягкую».

Самыми распространенными моделями употребления пива являются: 1 – 2 раза в месяц около пол-литра (23,6%)⁶⁸; 1 – 2 раза в месяц около литра (18,8%); один раз в неделю около литра (11,8%); один раз в неделю около пол-литра (10,8%). Основные паттерны употребления вина промышленного производства следующие: 1 – 2 раза в месяц около 200 г. (39,4%); 1 – 2 раза в месяц около 350 г. (17,6%); 1 – 2 раза в месяц меньше 200 г. (15,7%); 1 – 2 раза в месяц пол-литра (10,2%). Что же касается распространенных моделей употребления крепкого спиртного, то они выглядят следующим образом: 1 – 2 раза в месяц около 100 г. (26,7%); 1 – 2 раза в месяц около 200 г. (24,6%); 1 – 2 раза в месяц меньше 100 г. (15,7%); 1 – 2 раза в месяц около 300 г. (10,2%).

Важнейшей характеристикой употребления алкоголя является объем выпитого за определенный период времени. По мнению экспертов, предвестником возникновения многих хронических заболеваний в результате употребления алкоголя является суммарный объем алкоголя,

⁶⁸ Здесь и далее. В процентах от числа опрошенных женщин, употребляющих тот или иной вид алкоголя 1 – 2 раза в месяц и чаще.

выпитого за многолетний период [5]. При вычислении суммарного объема потребляемого алкоголя использовались ответы респондентов о частоте и количестве выпиваемого за один прием спиртного по крепким алкогольным напиткам, пиву, вину промышленного и домашнего производства.

Расчет проводился в граммах чистого алкоголя, при этом крепость пива оценивалась в пять градусов, крепкого спиртного - сорок градусов, вина вне зависимости от производства – двенадцать градусов. Вычислялось суммарное потребление алкоголя в месяц, женщинами, заявившими об употреблении хотя бы одного из перечисленных видов спиртных напитков с частотой 1 – 2 раза в месяц и чаще, то есть, респондентами употребляющими алкоголь сравнительно постоянно. Формулировки вопросов в инструментарии позволили провести расчеты только по материалам исследования 2010 года.

В среднем женщина употребляет 217 грамм чистого алкоголя в месяц, что существенно меньше, чем типичный мужчина – 819 г. Применительно к отдельным видам алкоголя цифры выглядят следующим образом: в виде пива – 173 г. (мужчины – 472 г.); в виде крепкого спиртного - 161 г. (соответственно – 605 г.); в виде вина промышленного производства – 72 г. (234 г.); в виде вина домашнего производства – 51 г. (151 г.).

Объем потребляемого женщинами алкоголя зависит от целого ряда социально – демографических факторов. В первую очередь, от возраста опрошенных. В целом, чем старше женщины, тем реже они употребляют спиртное ($r=-,196$, $p=,000$). Если представители молодежи в среднем употребляют 253 г. чистого алкоголя в месяц, то остальные – 198 г. Такая тенденция может свидетельствовать о том, что процесс алкоголизации глубже затронул молодых россиянок.

Прослеживается разница и в зависимости от вида спиртных напитков. Пиво, как и десять лет назад оказалось в значительной степени молодежным напитком ($r=-,192$, $p=,001$; молодежь – 195 г., остальные женщины – 152 г.), то же, относится и к вину ($r=-,215$, $p=,001$; молодежь – 76 г., остальные женщины – 70 г.). Возможно, потребление солодового напитка является своего рода «стартером» алкоголизации молодых женщин и в дальнейшем может приводить к формированию алкогольной зависимости, переходу на более крепкие напитки. Косвенно об этом может свидетельствовать обнаруженная положительная корреляция между количеством употребляемого в месяц пива и крепкого спиртного ($r=,338$, $p=,000$).

Корреляционный анализ показал отсутствие связи возраста с употреблением крепкого спиртного, в тоже время при сравнении средних значений только для двух групп некоторая связь прослеживается. Объем алкоголя потребляемого в виде крепкого спиртного хоть и не namного, но все же несколько больше среди молодежи (171 г.), нежели у остальных опрошенных (158 г.).

Установлена и некоторая зависимость между административным статусом места проживания женщин и количеством потребляемого ими алкоголя. Наиболее высокий уровень женской алкоголизации обнаружен в селах и деревнях (264 г. чистого алкоголя в месяц). В Москве аналогичный показатель составил 197г., в областном (краевом, республиканском) центре - 226 г., в простом городе (не региональном центре) – 192 г., в поселке городского типа всего – 164 г. Вино и пиво пользуются большей популярностью у жительниц городов, а крепкое спиртное предпочитают в поселках городского типа и на селе. Видимо, именно для сельской местности характерны наиболее тяжелые формы женской алкоголизации.

Интересна связь употребления алкоголя с материальным положением опрошенных женщин. Больше остальных – 294 г. чистого

алкоголя в месяц потребляют россиянки, оценивающие материальное положение своего домохозяйства как плохое (варианты ответа – «плохое» + «очень плохое»). Несколько меньше – 252 г. выпивают представительницы слабого пола описывающие материальное положение как хорошее (варианты ответа – «хорошее» + «очень хорошее»). Наконец сравнительно меньше других (189 г.) женщины, давшие среднюю оценку достатка.

При этом различие между рассмотренными категориями минимально касательно употребления вина промышленного производства (хорошее материальное положение – 88 г., среднее – 67 г., плохое – 74 г.). Оно более заметно в употреблении пива (хорошее – 185 г., среднее – 153 г., плохое – 227 г.) и достигает максимума применительно к крепкому спиртному (хорошее – 148 г., среднее – 138 г., плохое – 275 г.). Иными словами для малообеспеченных респондентов характерны тяжелые формы алкоголизации. Из всех напитков они предпочитают потребление водки и другого крепкого спиртного. Такой вывод полностью согласуется с результатами исследования 2001 г.

Фактором, влияющим на количество и модели употребления спиртных напитков, является уровень образования опрошенных женщин. Россиянки с неполным средним образованием по показателю суммарного употребления опережают остальных представительниц слабого пола - 388 г. С существенным отрывом за ними следуют женщины с незаконченным высшим образованием – 256 г, с высшим образованием – 223 г., со средним общим или начальным профессиональным образованием – 210 г. Сравнительно меньше остальных употребляют алкоголь респонденты со средним специальным образованием – 178 г.

Различия в количестве потребляемого алкоголя между опрошенными с разным уровнем образования прослеживаются и по видам спиртных напитков. При этом по вину промышленного производства она не столь

велика как по пиву и, особенно, крепкому спиртному. Например, женщины с неполным средним образованием употребляют в среднем в месяц 83 г. чистого алкоголя в виде вина, 387 г. в виде пива, 438 г. в виде крепкого спиртного. Для сравнения россиянки со средним специальным образованием 60 г. в виде вина, 138 г. в виде пива, 120 г. в виде крепкого спиртного.

Характеристики употребления алкоголя зависят не только от возраста, уровня благосостояния, образования, но и во многом обусловлены психологическими проблемами опрошенных. Относительно больше пьют женщины, испытывающие состояние стресса - 231 г. (остальные – 203 г.), полное изнеможение или очень сильную усталость - 239 г. (соответственно - 196 г.), пугающие мысли – 257 г. (203 г.), нервную дрожь – 259 г. (201 г.), бессонницу – 237 г. (206 г.). Можно предположить, что во многих из вышеперечисленных случаев действует общий механизм. Респонденты потребляют алкоголь, поскольку он обладает способностью хотя бы на время снимать накопившуюся неудовлетворенность, являясь своеобразным способом ее компенсации. Очевидно, что нервные состояния взаимосвязаны с потреблением алкоголя. Связь возможна в обоих направлениях, то есть депрессивные состояния могут быть как следствием, так и причиной употребления спиртных напитков.

Вред от употребления спиртного может проявляться в форме хронических заболеваний, а также быть связанным с острым отравлением алкоголем. Значительная часть женщин знает об отравлении алкоголем не понаслышке. Так 36,7% россиянок, употребляющих любой алкоголь 1 - 2 раза в месяц и чаще, а именно им задавался вопрос отметили, что им знакома ситуация плохого самочувствия на следующий день после употребления алкогольных напитков. Из них каждая десятая женщина (9,8%) сталкивается с подобной ситуацией раз в неделю и чаще, 7,6% респондентов – несколько раз в месяц, 27,7% - примерно один раз в месяц, 47,3% - реже, чем один раз в месяц.

Индикатором тяжелого отравления алкоголем является неспособность человека выполнять свои повседневные обязанности на следующий день после употребления спиртного. Такое состояние фиксировали 16,8% женщин употребляющих любой алкоголь 1 - 2 раза в месяц и чаще. Из них 7,3% попадают в подобную ситуацию раз в неделю и чаще, 12,2% - несколько раз в месяц, 20,7% примерно один раз в месяц, 47,6% - реже, чем один раз в месяц.

Существенной характеристикой женской алкоголизации является частота абстинентного синдрома. Среди опрошенных выделяется достаточно представительная группа женщин, не употребляющих спиртные напитки – 26,3% (26,5% в 2001 г.), для сравнения среди мужчин – 15,9%. При этом одним из основных сберегающих факторов является состояние здоровья опрошенных. Женщины, оценивающие его как плохое, чаще (53%) ведут трезвый образ жизни, по сравнению с респондентами, характеризующими здоровье как хорошее (19,8%) или удовлетворительное (20,3%).

В целом можно констатировать, что опрошенные осознают, какие пагубные последствия может иметь чрезмерное потребление алкоголя. Абсолютное большинство женщин (92,9%) убеждены, что для поддержания здоровья важно избегать чрезмерного употребления алкоголя. Только для каждой тридцатой россиянки (3,4%) этот фактор скорее не важен и лишь для 3,7% респондентов совсем не важен.

В 2001 г. женщинам задавался подобный вопрос в иной формулировке: «Насколько важно для поддержания здоровья избегать кутежей и пьянок». Распределение ответов было схожим: важно – 65,8%; скорее важно – 23,8%; скорее не важно – 5,9%; не важно – 2,5% респондентов. Сравнение ответов по годам позволяет констатировать устойчивость установок респондентов. В сознании женщин неумеренное употребление алкоголя ассоциируется с вредом для здоровья. Интересно, что, по мнению опрошенных, отказ от

употребления ударных доз алкоголя независимо от года исследования важнее для поддержания здоровья, нежели регулярное выполнение физических упражнений и регулярное посещение врачей.

Большинство женщин (69,1%) считает, что вред здоровью наносят любые алкогольные напитки. При этом каждая десятая представительница слабого пола (10%) убеждена, что больше вредит употребление крепкого спиртного, а 14,8% россиянок видят большой вред для здоровья в употреблении пива.

В заключение отметим, что проведенные исследования позволили проследить динамику изменений происходящих в рассматриваемой сфере за последнее десятилетие. Можно констатировать некоторое изменение моделей употребления женщинами алкоголя. С 2001 г. прослеживается тенденция снижения частоты потребления спиртного представительницами слабого пола, при одновременном увеличении доли женщин, употребляющих единовременно ударные дозы пива и вина промышленного производства.

Обнадёживает, что женщины в большинстве своем отчетливо осознают вред для здоровья чрезмерного употребления алкоголя. Эти представления весьма устойчивы и могут выступать основой поддержки реализации комплекса мер, направленных на ограничение потребления алкоголя.

Библиографический список

1. *Вирганская И. М.* Внезапная смерть и алкоголь // Здравоохранение Российской Федерации, № 6, 1991.
2. *Халтурина Д.А., Коротаев А. В.* Русский крест: факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. М.: КомКнига/URSS, 2006.
3. Политика по контролю кризисной смертности в переходный период / Отв. ред. В. М. Школьников, В. В. Червяков. М.: ПРООН, 2000.

4. Доклад Общественной Палаты Российской Федерации. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально – экономические последствия и меры противодействия. С. 12 – 13.

5. Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. Всемирная организация здравоохранения. 2008 г. С. 1.

С.И. Пушкова,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Городская клиническая больница №67 имени Л.А.Ворохобова»
Департамента здравоохранения, Москва

**АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КРУПНОЙ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МОСКВЫ
МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ, ОКАЗЫВАЕМЫМИ НА ПЛАТНОЙ
ОСНОВЕ**

Вступление в силу Федерального Закона РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства Российской Федерации №1006 от 4 октября 2012г. «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», которое вступило в силу 1 января 2013 года, привело к серьезным изменениям на российском рынке платных медицинских услуг. В связи с последними новшествами в российском законодательстве государственные и частные медицинские учреждения оказались фактически в равных условиях и стали полноправными участниками рынка платных медицинских услуг. Переход лечебно-профилактических учреждений на одноканальное финансирование, при котором объем получаемых финансовых средств каждого медицинского учреждения непосредственно зависит от объема оказанных медицинских услуг, обостряет конкуренцию между медицинскими организациями и вынуждает их бороться буквально за каждого пациента.

В новых условиях высокой конкуренции руководство каждого городского лечебного учреждения должно выбрать оптимальную стратегию развития и продвижения платных медицинских услуг. Чтобы предложить пациентам медицинские и сопутствующие сервисные услуги высокого качества, нужно четко представлять социально-демографический портрет основного потребителя платной медицины с учетом его психографических характеристик (стиля жизни, социального слоя, к которому он принадлежит,

особенностей поведения и т.п.). Необходимо также понимать, какими критериями руководствуются потребители платных медицинских услуг при выборе того или иного лечебного учреждения.

Для совершенствования системы оказания платных медицинских услуг в Городской клинической больнице №67 им. Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы было проведено специальное социологическое исследование. Его целью стало изучение мнения пациентов о медицинских услугах, предоставляемых в ГКБ №67 на платной основе. Основной задачей исследования было составление группового портрета потребителя платных медицинских услуг, определение целевой аудитории и получение информации о требованиях, предпочтениях и степени удовлетворенности пациентов качеством полученной медицинской помощи, полученной в этом учреждении на платной основе, во всех сегментах целевой аудитории. Дополнительными задачами исследования были следующие: получение информации о том, насколько хорошо потребители платных медицинских услуг знакомы с правилами предоставления платной и бесплатной медицинской помощи в государственных медицинских учреждениях, выяснение мнения потребителей о стоимости и качестве услуг платной медицины, предоставляемых в ГКБ №67.

Социологическое исследование проводилось в 2011 – 2012 годах методом анкетирования пациентов, проходивших диагностику или лечение в ГКБ №67 на платной основе. За время исследования было проанкетировано всего 412 пациентов. Отбор респондентов проводился непосредственно в лечебном учреждении методом случайного выбора. Респонденты дифференцировались по возрасту и полу. Для исследования были использованы стандартизированные открытые анкеты, и каждому участнику было предложено заполнить анкету, состоящую из 32 вопросов. Вопросы в анкете задавались в одинаковом порядке и одинаковой формулировке абсолютно для всех респондентов. Такой подход обеспечил равные условия для всех участников опроса и дал возможность сравнения полученных

ответов. Обработка результатов анкетирования позволила выяснить истинное отношение целевой аудитории к платным медицинским услугам, выявить сильные и слабые стороны государственного медучреждения как поставщика этих услуг, а также понять ожидания потребителей и требования, которые они предъявляют к качеству платной медицины.

Анализ анкет показал, что соотношение мужчин и женщин среди потребителей платных услуг примерно одинаково: из 412 участников опроса оказалось 209 мужчины (50,73%) и 197 женщин (49,28%), в основном трудоспособного возраста от 25 до 54 лет (78,4%). **При этом большинство опрошенных (62,9%) оказались работающими людьми, 16,8% составили неработающие люди, 11,5% - пенсионеры, 2,0% - учащиеся и 6,8% - все остальные, которые не вошли в предыдущие категории.**

Распределение респондентов по географическому признаку выглядит так: 40,5% всех опрошенных - это жители Москвы, 15,3% - жители других регионов Российской Федерации, а 44,2% - граждане иностранных государств. Интересно отметить, что подавляющее большинство московских пациентов (99,4%) пользовались платными услугами по программе ДМС, в то время как среди жителей других регионов только 65,6% получали платные услуги по полисам ДМС, а остальные 34,4% - по индивидуальному договору. **Абсолютному большинству граждан других государств (93,8%) платные медицинские услуги оказывались по индивидуальному договору, и только 6,2% иностранных граждан получали платную медицинскую помощь в рамках ДМС.**

Причины обращения пациентов к платным медицинским услугам в государственное медицинское учреждение также различны. 31,9% считают, что получают медицинскую помощь более высокого качества, 21,8% обращаются к платной медицине в целях экономии времени, 30,0% потому что у них вообще нет полиса ОМС, 5,6% потому что они у них полис ОМС другого субъекта РФ, 8,4% пользуются платными услугами, потому что не прикреплены к обслуживанию к муниципальной поликлинике по месту

пребывания или регистрации, а 2,3% - потому что нужные им услуги они смогли получить только в этом медицинском учреждении.

Среди пациентов, которые обращались за платными услугами по договору ДМС, 87,7% уверены, что получают медицинскую помощь более высокого качества, при этом 76,9% также считают, что сэкономили время. Среди тех, которые не имели полиса ОМС и обслуживались по индивидуальному договору, 90,7% уверены в том, что на платной основе они получают медпомощь более высокого качества.

Результаты опроса показали, что информированность населения о правилах оказания платных и бесплатных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения и возможности получения тех или иных услуг на бесплатной или платной основе до сих пор остается крайне низкой. На вопрос: «Знаете ли вы, какие медицинские услуги вы можете получить бесплатно, а какие – только на платной основе?» утвердительно ответили всего 37,3% респондентов, при этом 91,3% из всех, ответивших утвердительно, получили эту информацию непосредственно в нашем лечебном учреждении. Это говорит о том, что администрация ГКБ №67 проводит достаточно эффективную просветительную работу с населением, обращающимся за платными услугами, но при этом общий уровень информированности пациентов о своих правах остается крайне неудовлетворительным: 27,0% недостаточно владеют этой информацией, а 35,8% об этом вообще ничего не знают.

Что касается отношения опрошенных к стоимости платных услуг, то тут мнения разделились. В целом высокую стоимость услуг отметили только 37,3% всех респондентов. Треть опрошенных (34,5%) считают цену умеренной, для 1,8% пациентов цены показались даже довольно низкими, 26,4% затруднились с ответом на этот вопрос.

Необходимо отметить, что большинство пациентов, получавших медицинскую помощь в рамках ДМС, считают стоимость платных услуг вполне приемлемой, и только 23,8% из них считают ее довольно высокой. Но

если учесть, что по ДМС поступает больше половины всех пациентов, пользующихся услугами платной медицины (см. диаграмму №2), то можно сказать, что в целом цены на услуги в данном лечебном учреждении являются вполне конкурентоспособными.

Среди пациентов, получавших платную медицинскую помощь по индивидуальному договору, сложилось совершенно иное мнение о стоимости услуг: 76,2% из них считают, что стоимость очень высокая. При этом 77,6% из тех, кто отметит стоимость услуг как высокую, являются гражданами иностранных государств.

Чтобы лучше понимать отношение пациентов к стоимости услуг, в анкете были вопросы о ежемесячном заработке и материальном положении респондентов. Оказалось, что больше чем у половины из них (54%) ежемесячный заработок составляет более 30 тысяч рублей, 23,4% зарабатывают в месяц от 21 до 30 тысяч рублей, 16,9% - от 10 до 20 тысяч и 5,7% зарабатывают менее 10 тысяч рублей в месяц. При этом только 4,3% опрошенных считают свое материальное положение очень хорошим. 29,9% респондентов оценивают свое материальное положение как хорошее, 60,9% считают его средним, 2,5% - плохим, а остальные (2,4%) затруднились ответить на этот вопрос.

Стоимость медицинских услуг – это не единственный критерий, на который обращают внимание потребители. Важными факторами являются также внешний вид и санитарное состояние медицинского учреждения в целом, квалификация врачей, комфорт и санитарное состояние палат, а также отношение к пациентам врачей, а также отношение среднего и младшего медицинского персонала. Итоги анкетирования показали, что внешний вид и санитарное состояние ГКБ №67 удовлетворяет 73,8% опрошенных, при этом 11,6% респондентов остались недовольны санитарным состоянием больницы, а 14,6% затруднились ответить на этот вопрос.

Общее впечатление от палаты, в которой лечились пациенты, и удовлетворенность их санитарным состоянием оказались несколько выше:

83,5% были полностью удовлетворены своей палатой и ее санитарным состоянием, 6,5% затруднились ответить на этот вопрос, а недовольных оказалось только 10% среди всех опрошенных.

Отношение к пациентам врачей и остального медицинского персонала респонденты оценили очень высоко. Абсолютное большинство (95,5%) опрошенных отметили отношение врачей как внимательное и вежливое, при этом для 3,3% отношение врачей сочли равнодушным, а 1% затруднились ответить на этот вопрос. Грубым отношение врачей назвал только один человек (это 0,25%), что можно объяснить скорее недовольством состоянием собственного здоровья, чем реальным положением вещей.

Необходимо отметить высокое доверие потребителей платных медицинских услуг к квалификации врачей нашей больницы: 84,7% полностью доверяют квалификации наших врачей, 11,8% доверяют частично, 3,3% затруднились ответить на этот вопрос и только один человек ответил, что не доверяет квалификации врачей (это 0,25%).

Отношение среднего медицинского персонала участники опроса в целом тоже оценили достаточно высоко: 82,5% считают его внимательным и вежливым. При этом 16% оценили его как равнодушное и только 0,75% - как грубое. Отношение младшего медицинского персонала ГКБ №67 пациенты оценили несколько ниже: внимательным и вежливым его называли только 76,8%, еще 18,7% оценили его как равнодушное, а 2,3% сочли его грубым.

Особенно высокие требования сегодняшние потребители платных медицинских услуг предъявляют к уровню обследования и качеству лечения. В анкете, которую заполняли участники исследования, был такой вопрос: «Соответствует ли, по вашему мнению, уровень обследования и лечения в ГКБ №67 современным требованиям?» 60,4% респондентов ответили, что соответствует полностью, 22,8% считают, что соответствует частично, а 1,5% считают, что не соответствует, при этом 15,3% затруднились ответить на этот вопрос. Удовлетворенность лечением, однако, оказалась довольно высокой: 82,5% респондентов полностью удовлетворены лечением у своего лечащего

врача, 12,0% удовлетворены частично, и только один человек (0,25%) оказался не удовлетворен лечением.

Вопрос о лекарственном обеспечении многих респондентов поставил в тупик. На вопрос о том, имеются ли в стационаре данного медучреждения все необходимые лекарства, только 52,9% опрошенных ответили утвердительно, а 40,1% затруднились ответить на этот вопрос. Еще 7% ответили на этот вопрос отрицательно. Ситуация с оценкой технического обеспечения для респондентов оказалась еще сложнее. На вопрос о том, имеется ли в ГКБ №67 все необходимое для лечения оборудование, затруднились ответить 52,1% респондентов, 41,1% ответили утвердительно, а 6,8% считают, что необходимого медицинского оборудования в больнице пока еще недостаточно.

На вопрос о том, бывали ли случаи отказа в обследованиях и лечении, которые, по мнению пациентов, должны были быть предоставлены, 82,5% пациентов ответили, что они не сталкивались с такими случаями, и только 6,8% опрошенных сообщили, что им было отказано в обследованиях и лечении, которые они считали необходимыми.

Пребывание в стационаре – это не только лечение, поэтому респондентам было предложено оценить и другие аспекты, сопутствующие лечению: качество питания, график посещения больницы родственниками и т.п. Оценки качества питания в стационаре оказались не очень высокими: хорошим его назвали только 42,4%. Еще 45,2% участников опроса оценили питание в стационаре как удовлетворительное, а 7,8% назвали его плохим. Остальные 4,5% затруднились ответить на этот вопрос. График посещения пациентов родственниками и друзьями оказался удобным для 58% пациентов и неудобным для 32,2%.

Необходимо отметить, что только 9,3% респондентов во время пребывания в стационаре ГКБ №67 приходилось использовать личные денежные средства в дополнение к средствам, внесенным в кассу больницы по индивидуальному договору (или помимо договора о ДМС). 87,9%

опрошенных ответили, что им не приходилось больше ни за что платить, а 2,8% затруднились с ответом на этот вопрос.

Конечно, самым важным и интересным в данных исследованиях является то, как пациенты, получающие платные медицинские услуги в условиях многопрофильного государственного лечебного учреждения, оценивают качество полученной медицинской помощи. На вопрос о том, имеются ли недостатки при оказании медицинской помощи в ГКБ №67, 87,4% опрошенных ответили, что недостатков нет, а 12,6% сказали, что недостатки все-таки есть. При этом в целом качество полученной медицинской помощи оценили на «отлично» 39,7% респондентов, оценку «хорошо» поставили 48,4%, а оставшиеся 11,9% оценили полученные ими медицинские услуги на «удовлетворительно». При этом ни один из опрошенных не поставил качеству полученной медицинской помощи оценку «неудовлетворительно».

Вместе с тем, эти показатели являются усредненными. Важно отметить, что пациенты, которым платные медицинские услуги оказывались на основании индивидуального договора, оценили качество оказанных им услуг намного выше, чем те, кто получал медицинскую помощь в рамках ДМС. Из всех пациентов, получавших услуги по индивидуальному договору, 59,6% оценили полученную медицинскую помощь на «отлично», 33,0% - «хорошо» и 7,4% - «удовлетворительно». А среди всех пациентов по ДМС оценку «отлично» поставили только 21,7% респондентов, «хорошо» - 62,3% и остальные 16% считают их качество удовлетворительным.

На вопрос «Считаете ли вы необходимым развивать платные медицинские услуги на базе государственных (муниципальных) медицинских учреждений» две трети респондентов (68,1%) ответили утвердительно, и только 7,3% ответили, что такой необходимости нет. При этом остальные 24,6% считают, что на базе нужно государственных медучреждений нужно развивать только отдельные виды платных медицинских услуг.

Ответы на два последних вопроса данного исследования показали степень удовлетворенности пациентов качеством платной медицинской помощи не менее убедительно, чем оценки качества медицинского обслуживания в целом, которые были выставлены респондентами по шкале от «отлично» до «неудовлетворительно». На вопрос о том, посоветуют ли пациенты своим друзьям в случае необходимости обращаться за платной медицинской помощью в ГКБ №67, 78% опрошенных ответили утвердительно, еще 19,7% затруднились с ответом, и только 2,3% участников опроса сказали, что не посоветуют своим друзьям и знакомым лечиться в этом учреждении. При этом 73,2% всех опрошенных в случае необходимости готовы снова обратиться за медицинской помощью на платной основе в это лечебное учреждение, 20,7% затруднились ответить, будут ли они обращаться сюда снова, 3,8% готовы обратиться сюда снова только по полису ОМС или направлению Департамента здравоохранения города Москвы, и только 2,3% пациентов больше не хотят обращаться в это учреждение здравоохранения.

Определенные выводы об удовлетворенности пациентов платными медицинскими услугами, оказываемыми в ГКБ №67, можно также сделать, проанализировав ответы респондентов на вопросы анкеты.

Согласно полученным данным, 37,9% пациентов обратилось в наше учреждение по рекомендации сотрудников страховых компаний, что говорит о хорошем качестве оказываемой медицинской помощи и относительно низких ценах. Еще 16,6% пришли по рекомендациям знакомых и родственников, а это значит, что «сарафанное радио» тоже высоко оценило качество медицинских услуг в нашем учреждении. 13,3% респондентов узнали об оказании платных медицинских услуг в ГКБ №67 от сотрудников другого медицинского учреждения, 14,3% узнали о платных медицинских услугах непосредственно от сотрудников нашей больницы, 8,4% получили информацию из интернета и столько же – из других информационных источников, и только 1% пациентов узнали о платных услугах из

информационных стендов. Но если проанализировать отдельно пациентов по ДМС и тех, кто получал услуги по индивидуальному договору, то абсолютное большинство пациентов по ДМС (98%) пришли по рекомендациям страховых компаний.

Что касается данных о том, из какого источника узнали о платных медицинских услугах в ГКБ №67 пациенты, заключившие индивидуальный договор, то здесь ситуация совершенно иная. 28,3% пациентов, получавших платные медицинские услуги по индивидуальному договору, обратились в нашу больницу по рекомендациям знакомых и родственников, 25,7% пришли по рекомендациям сотрудников другого медицинского учреждения, 21,4% обратились по рекомендациям сотрудников ГКБ №67, 14,4% узнали о наших платных медицинских услугах из других источников, 7,5% получили информацию в интернете, 1,1% - на информационных стендах, и только 1,6% пациентов, заключивших индивидуальный договор, пришли по рекомендации страховой компании.

Выводы

По результатам данного исследования можно сделать вывод, что государственные лечебные учреждения обязательно должны предоставлять населению платные услуги – как по полисам ДМС, так и по индивидуальным договорам. Городская клиническая больница №67 им. Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы предоставляет населению платные услуги вполне удовлетворительного качества и по конкурентоспособным ценам, но для успешной работы в условиях одноканального финансирования медицинских учреждений необходимо устранить те недостатки, которые были выявлены в результате данного социологического исследования.

Обработка анкет показала, что целевая аудитория потребителей платных медицинских услуг делится на два больших сегмента: пациенты, заключившие индивидуальный договор на оказание платных медицинских услуг, и пациенты, получающие медицинскую помощь в рамках ДМС.

Пациенты с полисами ДМС предъявляют более высокие требования к качеству медицинской помощи, уровню сервиса, санитарному состоянию медицинского учреждения и квалификации медицинского персонала, а на стоимость медицинских услуг они обращают меньше внимания. Для пациентов, получающих медицинскую помощь по индивидуальному договору, очень важным критерием является именно стоимость услуг, при этом они менее требовательны к качеству медицинской помощи, дополнительным сервисным услугам, уровню лекарственного и технического обеспечения медицинского учреждения, качеству питания и комфортности палат.

За платной медицинской помощью обращаются в основном пациенты с доходами выше прожиточного минимума, но при необходимости платные услуги в государственных лечебных учреждениях оказываются по карману даже пациентам с минимальными доходами. При этом уровень доверия населения к государственным ЛПУ остается достаточно высоким.

Для повышения степени удовлетворенности и качества обслуживания пациентов, обращающихся в государственное лечебное учреждение на платной основе, необходимо учитывать интересы двух групп пациентов: тех, кто получает услуги по индивидуальному договору, и тех, кому услуги предоставляются в рамках ДМС. Необходимо также лучше информировать население о правилах оказания платных и бесплатных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях и возможностях получения этих медицинских услуг на платной и бесплатной основе.

Биографический список

1. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг. Руководство. - М., ГЭОТАР-Медиа, 2013.
2. Решетников А.В. «Социология медицины. Руководство». Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2010.

3. *Сквирская Г.П., Юрова С.И., Гаджаалиев Г.Ш.* Предоставление платных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения в свете нового законодательства. Заместитель главного врача №2 2013, - стр. 6-11
4. *Дубынина Е.И., Калининская А.А., Сулькина Ф.А.* Мониторинг удовлетворенности населения медицинской помощью – основа эффективной системы управления здравоохранением // Материалы российской научно-практической конференции «Инвалид и общество». 2009. – стр. 36-40.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЦЕННОСТНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ СТУДЕНТОВ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ⁶⁹

Значительное снижение ресурса здоровья российской молодежи [1; 2], в том числе ухудшение состояния здоровья студентов [3; 4; 5] являются актуальными проблемами в настоящее время. Переоценка ценности здоровья в обществе, снижение уровня ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи отражает проблему рассогласования созданных в социальной среде вуза условий для поддержания и улучшения студенческого здоровья и факторов идентификации себя со здоровым человеком.

Разработка структурно-функциональной модели ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья позволяет обосновать условия их формирования в ВУЗе, что будет способствовать оптимизации образовательно-воспитательной среды вуза в отношении сохранения и укрепления здоровья студентов.

Ценностные предпочтения рассматриваются нами как совокупность ценностей, отобранных индивидом из имеющихся в обществе ценностей в зависимости от степени их важности для него. По отношению к ценностным ориентациям как более устойчивым образованиям, ценностные предпочтения являются начальным этапом их формирования. В современных условиях общества риска применительно к молодежи как становящемуся субъекту социального воспроизводства, обретающему личностную и социальную зрелость, корректнее вести речь не о ее ценностных ориентациях как устойчивых образованиях, а о ценностных предпочтениях в отношении

⁶⁹ Работа выполнена по гос. заказу МО №6.3342.2011

здоровья, проявляемых в ситуациях выбора здорового или отклоняющегося образа жизни.

Ценностные предпочтения в отношении здоровья у студенческой молодежи имеют социальное происхождение. Формирование их происходит на основе усвоения (интериоризации) и дальнейшего использования выработанных в обществе стремления (цели) быть здоровым, способов (средств) сохранения и улучшения здоровья, ценности здоровья, норм здорового образа жизни. Поэтому на индивидуальном уровне идентичность здорового человека как более «глубинное», а потому и более устойчивое образование личности студента, является вторичной по отношению к их ценностным предпочтениям в отношении здоровья, которые выступают как социальный механизм и динамический момент формирования этой идентичности. Динамика и состояние ценностных предпочтений в отношении здоровья у студентов зависит от условий образовательно-воспитательной среды вуза.

Включив ценность в качестве формирующего начала идентичности здорового человека, а также используя такие категории, как функционирующие в социальной среде вуза цель, средства, ценность, нормы в сфере здоровья, представим ценностные предпочтения студентов в отношении здоровья в виде структурно-функциональной модели. Данная модель отражает две взаимосвязанные стороны их формирования: внешнюю сторону, характеризующую социализацию, и внутреннюю, характеризующую идентификацию.

К внешней социально обусловленной стороне ценностных предпочтений в отношении здоровья у студентов относятся сложившиеся и функционирующие в общественном сознании в образовательно-воспитательной среде вуза цель сохранения и укрепления здоровья, средства его поддержания и оздоровления, ценность здоровья и нормы здорового образа жизни. Их студенты осваивают в ходе социализации. Эта сторона представлена в виде внешнего круга, очерчивающего пространство в сфере

здоровья, образованное пересечением двух осей координат «цель»-«средства», «ценность»-«нормы», двигаясь вдоль которых, усиливается акцент функционирующих в общественном сознании цели сохранения и укрепления здоровья или средств его поддержания и оздоровления, а также ценности здоровья или норм здорового образа жизни.

Пересечением осей создаются четыре условных сектора данного пространства, сочетающих 1) цель быть здоровым с нормами здорового образа жизни; 2) нормы со средствами сохранения и укрепления здоровья; 3) средства с ценностью здоровья; 4) ценность здоровья с целью его сохранения и укрепления. Эти условно выделенные секторы характеризуют три уровня сформированных у студентов ценностных предпочтений в отношении здоровья: *референтный*, *промежуточный* и *актуальный* уровни. Они выстраиваются вдоль диагонали – «целевой стрелы», указывающей на возможность поэтапного формирования идентичности здорового человека путем перехода от референтного, к промежуточному и актуальному уровню ценностных предпочтений студенческой молодежи в отношении здоровья в результате социализации, т.е. постепенной интериоризации ценности здоровья.

Референтный уровень ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья характеризуют принятые в конкретной социальной среде вуза определенные нормы поддержания здоровья и ситуативное использование средств и способов его сохранения и укрепления, имеющих в данной среде и у отдельного молодого человека.

Промежуточный уровень ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи включает два сектора, сочетающих ценностную значимость здоровья и средства (способы) его сохранения, а также цель быть здоровым и нормы заботы о нем, принятые в социальной среде вуза и присвоенные студентами.

Актуальный уровень данных ценностных предпочтений характеризуют актуализированная у студентов цель быть здоровыми и сформированная ценностная значимость здоровья.

Следует отметить, что модель описывает как терминальную сторону ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи, когда ценность здоровья интериоризируется как ценность-цель, так и инструментальную, когда ценность здоровья интериоризируется больше как ценность-средство. При этом ось «цель»-«средства» описывает здоровье как ценность-средство, или инструментальный характер ценностных предпочтений студенческой молодежи в отношении здоровья со всеми возможными переходами от одного полюса к другому. В качестве одного полюса выступает гипотетическое крайнее положение в направлении «цели быть здоровым», представляющее максимальную выраженность на этой оси здоровья как ценности-средства. Это проявляется в том, что здоровье является самоцелью, при этом все средства хороши, делается упор на физической стороне здоровья. Цель быть здоровым любым путем наполняется, в основном, эгоистическим содержанием. Другим таким крайним полюсом является экстремум «средства сохранения и укрепления здоровья», свидетельствующий о минимальной выраженности инструментальной стороны ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья. В этом случае здоровье нещадно эксплуатируется без всякой заботы о восстановлении сил, в основном ради других столь же эгоистических целей. Таким образом, эта ось индивидуалистически ориентирована и сама по себе не описывает реального состояния у студентов их ценностных предпочтений в отношении здоровья.

«Инструментальная» ось уравнивается другой, социально ориентированной осью. Ось «ценность»-«нормы» характеризует терминальную сторону ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи – здоровье как ценность-цель. Максимум выраженности ценности-цели здоровья на этой оси характеризует экстремум

«ценность здоровья», а минимум – экстремум «нормы здорового образа жизни». Между крайними точками на оси находится непрерывное множество разной степени выраженности терминальности этих ценностных предпочтений у студентов: от минимального, формального исполнения норм, образцов поведения без обязательного их осознания и принятия, иногда даже с внутренним полным отрицанием при внешнем подчинении установленным правилам – до полного глубокого принятия, наполнения индивидуальным смыслом, убежденности в истинности данной ценности и готовности ее отстаивать при любых обстоятельствах. Сама по себе эта ось также не в полной мере характеризует ценностные предпочтения студенческой молодежи в отношении здоровья.

Целостное рассмотрение данных ценностных предпочтений подразумевает взаимосвязь как терминальной, так и инструментальной их сторон. Модель позволяет рассмотреть эти стороны во взаимосвязи на каждом из уровней ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья: референтном, промежуточном и актуальном, так как они обязательно есть у каждого уровня и, более того, характеризуют его. Согласно данной структурно-функциональной модели, на референтном уровне ценностных предпочтений в отношении здоровья у студентов минимально проявляются обе их стороны: и терминальная, и инструментальная, а на актуальном уровне – максимально проявляются также обе эти стороны. Промежуточный уровень как переходный от референтного к актуальному, соответственно, характеризуется средними значениями терминальной и инструментальной сторон данных ценностных предпочтений. В этом есть отличие от точки зрения М. Рокича, согласно которой интериоризированные человеком ценности дихотомически делятся или на ценности-цели, или на ценности-средства, а каждая конкретная ценность попадает в один из альтернативных типов [6].

По результатам многих исследований, относительно ценности здоровья россиян их авторы, согласно логике М. Рокича, делают вывод об

инструментальном характере данной ценности. Тогда как правильное считать, что не только терминально, но и инструментально ценность здоровья у россиян не представлена, так как инструментальность (ценность-средство) подразумевает все-таки заботу о своем здоровье, но ради каких-то других целей. Рост запущенных случаев при обращении к врачам в самых крайних ситуациях, когда уже поздно помочь, самолечение, отсутствие регулярной дополнительной двигательной активности, рост смертности, стратегии работать на износ под страхом увольнения по причине больничного листа, низкий уровень профилактического мышления, культуры здоровья и т.д. у трудоспособных возрастов населения, в том числе молодежи, свидетельствуют об отсутствии инструментальной ценности здоровья как средства [4; 7]. Поэтому признание взаимодействия обеих сторон ценности здоровья: как цели и как средства, выраженных в разной степени, позволяет полнее описать действительность.

К внутренней стороне ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи, характеризующей процесс идентификации со здоровым человеком или обретения устойчивости ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи, относятся различные состояния индивидуального сознания студентов. Такие особенности индивидуального сознания, как наличие или отсутствие прохождения кризиса и личностное принятие цели и средств, ценности и норм в сфере здоровья, определяют состояния идентификации студенчества со здоровым человеком: *мораторий*, *диффузную*, *преждевременную* и *достигнутую* идентичность здорового человека (в терминологии Дж. Марсиа) [8].

Состояние *моратория* характеризуют представленные инструментально ценностные предпочтения студенческой молодежи в отношении здоровья, когда цель быть здоровым достаточно выражена, но не наполнена индивидуальным смыслом, т.е. личность студента может подчиняться внешним устоям, заботиться о состоянии своего здоровья по

привычке или не заботиться о нем, подчиняться внешним нормам без внутреннего их принятия, не обязательно вести за пределами вуза здоровый образ жизни, но в целом держаться в его рамках. Личность ищет или саму ценность, или способ ее принятия.

Диффузная идентичность здорового человека характеризуется отсутствием цели быть здоровым, усиленным проявлением ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья в виде средства (например, для сиюминутного удовлетворения гедонистических потребностей, быстрого моментального получения удовольствия или снятия негативного состояния), ориентировкой на нормы (например, как на сдерживающие барьеры, которые можно и соблазнительно нарушить). Вне вуза и распространения действия норм, когда внешние сдерживающие рамки уходят, возвращается привычное поведение, обычно отклоняющееся от норм здорового образа жизни. Согласно И.С. Кону, для одних молодых людей взрослость означает расширение своего «Я», обогащение сферы деятельности, повышение уровня самоконтроля и ответственности – самореализацию, в том числе в сфере здоровья, механизмом которой являются ценностные предпочтения в отношении здоровья у студенческой молодежи. Для других же взрослость означает вынужденное приспособление к обстоятельствам, утрату своего выражения чувств [9], что соответствует диффузной идентичности здорового человека.

Преждевременной идентичности здорового человека соответствует такой уровень ценностных предпочтений в отношении здоровья у студентов, при котором ценность здоровья присутствует, наполнена смыслом, но принятым в результате не собственного выбора, а в силу следования нормам, традициям, привычным усвоенным формам жизнедеятельности, что проявляется в минимальной привычной заботе о здоровье ради каких-то иных целей. При этом возможен отказ от выбора ценностей, что значит отсутствие осуществляемых актов формирования ценностных предпочтений и приводит к псевдоценностям. В этом случае задействуется механизм

подражания, который, по мнению Г. Зиммеля, освобождает молодого человека от мучений выбора, однако при этом уводит от сращения с ценностью здоровья, т.е. от идентификации с ней, от актуального уровня ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья. В таком случае у студентов закрепляются ценностные предпочтения на уровне преждевременной идентичности.

Сформированные и актуализированные в здоровом образе жизни ценность здоровья, наполненная индивидуальным смыслом и представленная в виде ценности-цели (терминально), и цель быть здоровым, характеризуют целостность идентичности здорового человека и относятся к состоянию *достигнутой* идентичности по Дж. Марсиа.

Таким образом, закрепленные в общественном сознании студенчества ценностные предпочтения в отношении здоровья могут быть сформированными в разной степени, и интериоризация ценности здоровья у студенческой молодежи также может быть различной. При этом ценностные предпочтения могут выступать как социальная норма здорового образа жизни, как средство идентификации со здоровым человеком и средство разделения «своих» и «чужих», социальной дифференциации, социальной ориентации и контроля.

Исходя из положения, что идентификация и социализация являются двумя взаимосвязанными процессами, когда идентификация в значительной степени есть результат социализации, а социализация определяет ее качество, также взаимосвязанными являются уровни ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья (референтный, промежуточный, актуальный) и различные состояния индивидуального сознания студентов или состояния идентичности здорового человека (*мораторий, диффузная, преждевременная и достигнутая* идентичность). Так, референтному уровню ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи соответствует диффузная идентичность; промежуточному уровню ценностных предпочтений соответствуют сразу два состояния идентичности

здорового человека: мораторий и преждевременная идентичность; актуальному уровню соответствует достигнутая идентичность. При этом определяющим в переходе от уровня к уровню является вектор последовательного движения от референтного, через промежуточный, к актуальному уровню ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья.

Таким образом, внешний круг (социализационный) определяет внутренний (идентификационный), в котором возможны более разнообразные «движения», но в целом заданные внешним вектором. Так, от моратория возможен переход сразу к актуальной идентичности, что вполне соотносится с концепцией Дж. Марсиа, когда возможно осознание уже принятых, но бывших до этого неосознанных внутренних образований (в нашей модели – это интериоризированные цель, средства, ценность, нормы в сфере здоровья). Возможен переход от моратория к преждевременной идентичности и обратно, что соответствует «застреванию» студентов на промежуточном уровне ценностных предпочтений в отношении здоровья. Однако от состояния диффузной идентичности сразу к достигнутой перейти нельзя. Есть два варианта пути: через мораторий или преждевременную идентичность, т.е. промежуточный уровень ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья миновать невозможно. Он обязательно присутствует, более или менее растянутый во времени.

Сам переход от референтного к актуальному уровню ценностных предпочтений в отношении здоровья у студентов происходит через их повседневный здоровый образ жизни, испытывающий влияние социальной среды вуза, функционирующих в ней цели сохранения и укрепления здоровья, средств его поддержания и оздоровления, ценности здоровья и норм здорового образа жизни, поскольку вуз является главной социальной средой для студенческой молодежи.

Устойчивый здоровый образ жизни является одним из важнейших показателей актуального уровня ценностных предпочтений студенческой

молодежи в отношении здоровья и достигнутой идентичности здорового человека. Другим таким показателем является то, ради чего ведется здоровый образ жизни. Данная структурно-функциональная модель ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи также позволяет глубже понять их внутреннюю сторону, обеспеченную процессом идентификации – формирование идентичности здорового человека. Согласно теоретической традиции понимания человека в российской науке, в которой выделяются три уровня его организации – организмический, индивидуальный и личностный, человек рассматривается как иерархия нескольких регулятивных систем [10; 11]. Личностный уровень традиционно считается самым высшим по отношению к индивидуальному и к предыдущему организмическому. Иерархичность уровней определяется подчиненным положением и управляемостью нижележащих вышележащим уровнем.

Применяя триединство человеческой природы, у которой выделяется еще одно измерение – глубина личности: ее индивидуальность или духовность, к сфере здоровья, в идентичности здорового человека можно выделить четыре измерения: «духовное»-«физическое» и «социальное»-«психологическое». Эти измерения вполне накладываются на оси «цель»-«средства», «ценность»-«нормы» и могут быть применимы для состояний идентичности здорового человека: диффузная идентичность есть преобладание физического и психологического в человеке, мораторий – психологического и духовного, преждевременная идентичность – физического и социального, достигнутая идентичность здорового человека – социального и духовного. Ценностные предпочтения в отношении здоровья у студенческой молодежи тогда получают «внутреннее содержание» – это то, ради чего происходит выбор в сфере здоровья (ради усиления духовных или физических сил, социальной или психологической сторон своей личности).

Формирование и изменение ценностных предпочтений в отношении здоровья у студента, а также студенчества как социально-демографической группы, обусловлено особенностями и изменениями в социальном

окружении. Особенности образовательно-воспитательной среды вуза, степень выраженности функционирующих в ней цели, средств, ценности и норм в сфере здоровья определяют обретение устойчивости, гармоничности ценностных предпочтений в отношении здоровья у студенческой молодежи, переход их в ценностные ориентации. То, что условия вуза так или иначе отражаются на динамике ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья, проявляется либо в стимулировании перехода студентов (с разной скоростью) от референтного уровня через промежуточный – к актуальному уровню ценностных предпочтений в отношении здоровья, либо в «застревании» на референтном или промежуточном уровнях. В крайнем случае, неблагоприятные условия образовательно-воспитательной среды вуза, дисфункциональные к процессу формирования у студентов ценностных предпочтений в отношении здоровья, могут способствовать их регрессу. На индивидуальном уровне регресс к предшествующим уровням приводит к внешнему подчинению социальным условиям вуза, но внутреннему росту напряженности и неудовлетворенности.

Трансформационные изменения в российском обществе, дисфункциональность многих социальных институтов, в том числе и института высшего профессионального образования, повышенный уровень риска и социальной неопределенности, ускорение, спонтанность и нелинейность социальных процессов расшатывают механизм поэтапного формирования у студентов ценностных предпочтений в отношении здоровья, способствуя расширению разнообразия их состояний, повышая спонтанность и нелинейность данного процесса, сокращая в его регулировании институциональную составляющую. Эти особенности на социальном уровне приводят к сокращению области актуальных ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья и расширению области референтного и промежуточного их уровней, т.е. неопределенных и неустойчивых выборов ценности здоровья, а также к повышению дифференциации ценностных

предпочтений студентов в отношении здоровья по степени их устойчивости и уровню достижения.

Структурно-функциональная модель ценностных предпочтений студенческой молодежи в отношении здоровья позволяет глубже проследить у студенчества их состояние, выявить направление изменений и определить возможности влияния на них социальной среды вуза. Предложенная теоретическая модель легла в основу проведенного в 2006-2010 гг. эмпирического исследования.

Библиографический список

1. *Горишков М.К., Шереги Ф.Э.* Молодежь России: социологический портрет. – М.: ЦСПиМ, 2010. – 592 с.
2. Здоровье и социально-демографические процессы в России: Сборник статей / Под редакцией д.э.н., проф. А.Ю. Шевякова. – М.: ИСЭПН РАН, 2010. – 196 с.
3. *Галай О.И., Санникова Н.И., Еремеев С.И.* Состояние здоровья студентов специального отделения Северного Приобья // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 4.
4. *Данакин Н.С., Кищенко И.Н., Козлов В.Ю.* Совершенствование управления формированием здорового образа жизни учащейся молодежи. – Белгород: ИП Осташенко А.А., 2011. – 148 с.
5. *Ирхин В.Н., Ирхина И.В., Жернакова Н.Н.* Педагогическая система сохранения здоровья студентов вуза: Монография / БелГУ – Белгород: ПОЛИТЕРРА, 2009 – 202 с.
6. *Rokeach M.* The Nature of Human Values. – N-Y.-L., 1973.
7. *Шилова Л.С.* О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социол. исслед. – 2007. - №9. – С. 102-109.
8. *Marcia J.* Development and Validation of ego-identity status // Journal of Personalitu and Social Psychology. – 1968. – № 3. – P. 551-558.
9. *Кон И.С.* Психология ранней юности. – М., 1989.
10. *Ананьев Б.Г.* Избранные психологические труды // в 2-х т. – М.: Педагогика, 1980. – Т. 1. – 230 с. – Т.2. – 288 с.
11. *Тугаринов В.П.* Избранные философские труды. – Л., 1998.

А.В. Решетников, Д.В. Евдокимов, С.Н. Разумова,
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС)
Ростовской области, Ростов-на-Дону

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Оценка качества работы медицинской организации является необходимым этапом в планировании деятельности медицинских учреждений как в системе обязательного медицинского страхования, так и в здравоохранении в целом. Однако подходы к оценке качества, набор критериев оценки существенно различаются в разных моделях управления здравоохранением.

В настоящее время в мировой практике используются три основные модели управления здравоохранением: профессиональная, бюрократическая и индустриальная.

Профессиональная модель предусматривает высокий квалификационный уровень врача, отвечающий принятым требованиям, как единственный гарант качества оказываемой этим врачом помощи. Администрация лечебного учреждения обязана создавать врачу необходимые производственные условия. В этом случае с помощью профессиональной экспертизы проводится оценка качества медицинской помощи.

В бюрократической модели широко используется аудиторский принцип. Вышестоящими учреждениями организуются регулярные проверки медицинской деятельности с применением методов статистического анализа.

Показателями качества оказанных медицинских услуг служат оптимальное достижение результата, медицинская обоснованность, соответствие стандартам, низкие значения показателей летальности, частоты осложнений, повторной госпитализации и так далее.

Индустриальная модель предусматривает использование адаптированной к условиям здравоохранения модели непрерывного повышения качества, заимствованной в индустрии.

В России преимущественно используется только бюрократическая система управления здравоохранением, основанная на оценке деятельности медицинских организаций по результатам анализа вторичных признаков – набора качественных и количественных показателей.

Однако в современном мире все более широкое распространение получает индустриальная система управления, поскольку она позволяет совместить в себе все сильные стороны бюрократической системы и системы, основанной на получении обратной связи непосредственно от потребителя медицинских услуг. Явная направленность к переходу к индустриальной системе управления наблюдается и в Российском здравоохранении.

В этом случае необходимая обратная связь в виде качественных оценок пациентов деятельности медицинской организации возможна только при проведении масштабных социологических опросов населения (анкетирования). Только с использованием этой информации можно установить причины того или иного фактического уровня качества работы медицинской организации.

Проведение анкетирования и социологических опросов по-прежнему не относится к функциям Министерства здравоохранения или Росздравнадзора. Результаты опросов населения, проводимых различными социологическими институтами, как правило, касаются темы здравоохранения опосредованно и слишком обобщенно, что исключает возможность качественного анализа деятельности медицинских организаций. В связи с этим органы управления здравоохранением полагаются на опросы, проводимые территориальными фондами обязательного медицинского страхования или страховыми медицинскими организациями (далее - СМО).

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.05.2009 № 118 предусмотрено проведение опросов населения (анкетирование) для оценки удовлетворенности граждан работой медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационаров, амбулаторно-поликлинических учреждений и дневных стационаров, работающих в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования. Опросы рекомендуется проводить в медицинских организациях, представительствах СМО, по месту работы застрахованных либо по месту жительства участников опроса.

Предметом изучения могут являться наиболее значимые показатели, характеризующие удовлетворенность доступностью, условиями, качеством и объемами медицинской помощи. Полученные результаты используются при расчете вознаграждений медицинских организаций и страховых медицинских организаций по итогам года, а также при оценке деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Для медицинских организаций количество оцениваемых позиций достаточно велико: требуется анализ удовлетворенности населения оказанными медицинскими услугами отдельно по видам помощи (скорая, амбулаторно-поликлиническая, стационарная). Оценивается уровень обеспеченности при оказании медицинской помощи необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения,

продуктами питания. Важными факторами являются отношение медицинского персонала к пациентам, комфортность пребывания в медицинской организации, наличие очередей и длительность ожидания приема к специалисту или госпитализации. И многие другие.

Также как и в здравоохранении в целом, одним из самых значимых показателей эффективности обязательного медицинского страхования является удовлетворенность населения работой организаций - ее участников (медицинских организаций, страховых компаний и территориальных фондов обязательного медицинского страхования). Это относится как к уже оказанным ими услугам, так и к потенциально предлагаемым.

Однако здесь есть свои подводные камни. Например, единого перечня медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, как такового быть не может, так как абсолютно все они включены в программу государственных гарантий, которая принимается постановлением Правительства Российской Федерации. На основе этого документа каждый субъект принимает собственную программу, где прописано, что и в каком объеме государство гарантирует в получении бесплатной медицинской помощи (интервью директора Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко «Российской газете» 06.08.2013г.).

Такого рода противоречия самым непосредственным образом отражаются на отношении граждан к организациям - участникам обязательного медицинского страхования, тем более что показатель удовлетворенности является достаточно субъективным и на него существенно влияют самые разные факторы, вплоть до условий опроса.

Есть и другие факторы, не позволяющие проводить одновременно оценку эффективности здравоохранения в целом и системы обязательного медицинского страхования в частности. Система обязательного медицинского страхования в настоящее время претерпевает серьезные изменения: с 2013 года в нее включены ФАПы, скорая медицинская помощь, в число участников ОМС добавились частные медицинские организации,

увеличивается количество страховых медицинских организаций. И государство держит курс на дальнейшее увеличение числа коммерческих структур – участников ОМС. Происходит переход к принципиально иному принципу работы отрасли, основой которого является ориентация на интересы потребителя, в данном случае – пациента. В первую очередь, на обеспечение свободы выбора гражданином медицинской организации и страховой медицинской организации, что гарантировано Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Это позволит отразить качество взаимодействия страховщиков и застрахованных лиц в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) непосредственно через оценки и восприятие граждан. Такой подход наиболее объективно отразит результаты функционирования страховой медицинской организации, поскольку, согласно Закону, страховая компания обязана максимально полно информировать застрахованных об их правах в системе ОМС и отслеживать соблюдение этих прав.

Подобное изменение системы подразумевает наличие очень четких требований к ее участникам и продуманных критериев оценки их деятельности.

Оценка рейтингов страховых медицинских организаций отличается определенной спецификой, которая складывается из:

- особенностей требования Закона об ОМС и места и роли в нем страховых медицинских организаций;
- особенностей охвата территории региона страховыми медицинскими организациями;
- особенности формулировки оценочных суждений респондентами в процессе опроса.

Количество показателей оценки деятельности СМО значительно меньше. Это требования к работе по защите прав застрахованных, контролю

качества медицинских услуг, обеспечению права гражданина на свободный выбор страховой медицинской организации и пр.

Однако практика определения рейтинга СМО достаточно молода и, очевидно, набор оцениваемых параметров еще будет меняться. Выплата вознаграждений медицинским организациям и страховым компаниям, работающим в системе ОМС, произведена впервые в 2013 году по результатам оценки их работы в предыдущем году.

Актуальна и оценка деятельности территориальных фондов ОМС, функции которых существенно изменились с вступлением в силу Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010г. «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Материалы, полученные в результате опросов, проводимых территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, являются с точки зрения оценки здравоохранения в целом малоинформативными, – как в силу различия ведомственных интересов, так и по причине недостаточного числа опрошенных.

Согласно нормам маркетинговых исследований для обеспечения достоверности результатов исследования требуется провести опрос не менее 100 чел. на 1 медицинскую организацию, а приказом Федерального фонда ОМС рекомендуется опросить не менее 0,01% от количества всех застрахованных в субъекте Российской Федерации или не менее 1200 чел. Для Ростовской области, в которой застрахованными по ОМС являются более 4 млн. человек, это соответственно около 2 или около 6 опрошенных в расчете на 1 медицинскую организацию.

Кроме того, в системе обязательного медицинского страхования, где опросы граждан проводятся территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями, расчет показателей, определяющих удовлетворенность граждан, осуществляется структурами, имеющими

непосредственную (СМО) или косвенную (территориальные фонды ОМС) заинтересованность в результатах исследования.

Анкетирование рекомендуется проводить на территории медицинских организаций, что искажает результаты исследования:

- в случае оценки деятельности медицинской организации пациент вынужден оценивать работу учреждения, от сотрудников которого в данный момент зависит его здоровье;

- в случае оценки деятельности СМО или территориального фонда ОМС ответы могут быть случайными, т.к. пациент в этот момент думает совсем о другом, или не имеет ясного представления об организации, являющейся предметом опроса.

При такой форме опроса ответы могут также отражать личное отношение опрашиваемого к интервьюеру как к представителю оцениваемой организации, придавая оценке субъективно негативный или позитивный характер.

Все перечисленные выше факты приводят к выводу, что проведение социологических опросов населения должно возлагаться на сторонние организации, специализирующиеся на проведении масштабных исследований подобного рода и не заинтересованные в их результатах. Опрос желательно проводить в телефонном режиме, что обеспечит максимально комфортные условия респонденту, анонимность, участие сразу нескольких опрашиваемых (члены семьи), и значительно упрощает саму процедуру опроса.

Такая практика позволит создать максимальные условия для проведения независимой экспертизы и в ходе одного анкетирования наиболее объективно оценивать работу сразу всех организаций – участников системы обязательного медицинского страхования (медицинских организаций, страховых компаний, территориальных фондов), позволит в полном объеме обеспечить сбор необходимого практического материала для оценки эффективности системы здравоохранения территории в целом.

Проведение масштабных социологических опросов населения с привлечением организаций, специализирующихся в этой сфере, является надежным основанием для внедрения и развития прогрессивных методов управления обязательным медицинским страхованием и здравоохранением в целом.

А.В. Решетников, С.В. Павлов, Н.Н. Богачанская,
НИИ СМЭЗиМС, Москва

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК СОСТАВЛЯЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Введение

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, общее число ВИЧ-инфицированных россиян, зарегистрированных в Российской Федерации на 01 ноября 2012 года составило 703 781 человек, при ежегодном увеличении числа новых выявленных случаев на 5,0%.

Несмотря на достаточно широкую информированность о ВИЧ-инфекции и СПИДе в современном обществе, вопросы стигматизации ВИЧ-инфицированных и толерантное отношение к ним все еще являются проблемными областями, требующими разностороннего изучения.

В последние несколько лет, на фоне высоких темпов распространения ВИЧ-инфекции, произошла смена доминирующих путей передачи ВИЧ, последствием которой является выход эпидемии за границы групп риска и увеличение опасности распространения инфекции на все слои населения.

Ежегодно растет число случаев передачи ВИЧ-инфекции половым путем. Среди ВИЧ-инфицированных преобладают мужчины, однако с 2002 года отмечается увеличение доли женщин и к началу 2013 г. 36,0% всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных - женщины. Еще одна тенденция - уменьшения доли молодежи среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ. В 2012 г. на долю подростков и молодежи в возрасте 15-20 лет приходилось 1,5% вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции, в возрастной группе 20-30 лет доля случаев ВИЧ составила 35,3%. Ежегодное увеличение

числа новых выявленных случаев в возрасте 30-40 лет (в 2012 г. составило 44,2%) и 40-50 лет (12,6%) свидетельствует о рискованном поведении среди основного населения репродуктивного возраста. Все большее число больных выявляется на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, т. е., люди были заражены ВИЧ в молодом возрасте и продолжительное время являлись источниками инфекции для основного населения.

Данные статистики, свидетельствующие об изменении социального портрета ВИЧ-инфицированного, не могут быстро изменить картину представления о ВИЧ-инфицированном в сознании, как отдельного индивидуума, так и общества в целом, должно пройти какое-то время для того, чтобы образ, отвечающий современным реалиям, сложился в голове обывателя.

К сожалению, такое отставание во времени, может являться как косвенной, так и прямой причиной для торможения развития и становления толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным в современном российском обществе.

Описание исследования

В 2012-2013 годах на базе кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования совместно с Научно-исследовательским институтом социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России было проведено медико-социологическое исследование, цель которого - определение социального образа ВИЧ-инфицированного человека, в представлениях современного общества.

Результаты исследования

В опросе приняло участие 257 респондентов в возрасте от 16 до 55 лет, проживающих в Москве и Московской области. Большинство опрошенных

(70,4%) составили женщины. Средний возраст респондентов принявших участие в опросе находился в диапазоне от 21 до 40 лет.

На момент проведения исследования 42,8% опрошенных состояли в браке, 13,6% состояли в гражданском браке (совместное проживание), 32,7% были незамужними (холостыми), 6,6% разведены и 2,3% являлись вдовами (вдовцами). Детей на момент проведения опроса имели 46,3% респондентов.

Стоит отметить, что в исследовании приняли участие 65,8% респондентов исповедующих христианство, 0,8% – ислам, 1,2% – буддизм, 6,2% являлись атеистами и 22,6% респондентов по тем или иным причинам не стали указывать свое вероисповедание.

Большинство опрошенных имели высшее образование (66,5%), каждый четвертый среднее или среднее специальное образование (24,5%), почти 5,0% респондентов отметили наличие у них ученой степени кандидата или доктора наук.

Социальный статус распределился следующим образом: учащийся, студент – 43,7%; безработный – 28,7%; рабочий – 23,2%; ИТР, служащий, специалист – 16,1%; частный предприниматель – 6,7%; медицинский работник – 5,9%; педагогический работник – 3,1%, пенсионер – 2,8%.

Данные о среднемесячном доходе на одного члена семьи у респондентов выглядят следующим образом:

- до 10 000 руб. – 8,2%;
- от 10 000 до 20 000 руб. – 16,7%;
- от 20 000 до 30 000 руб. – 24,9%;
- свыше 30 000 руб. – 39,7%;
- затруднились ответить 10,1%.

Свое материальное положение большинство опрошенных охарактеризовали, как «средств на жизнь хватает, не экономлю» (43,2%) и «живу нормально, но приходится экономить» (41,6%), почти каждый десятый (8,2%) выбрал ответ «достаточно состоятелен, чтобы жить хорошо», 5,8% - «средств хватает только на самое необходимое».

У большинства респондентов (69,3%) ВИЧ-инфицированный человек в современном обществе ассоциируется с мужчиной, 58,4% отнесли его к возрастной категории от 21 до 30 лет, 18,7% считают, что возраст ВИЧ-инфицированного находится в пределах от 16 до 20 лет, по мнению 13,6%, возраст ВИЧ-инфицированного от 31 до 40 лет. Возраст ВИЧ-инфицированного до 16 лет и старше 41 года были отмечены опрошенными в 2,7% и 1,2% случаев соответственно.

ВИЧ-инфицированный имеет среднее или среднее специальное образование, так посчитали 59,1% опрошенных и 21,4% предположили, что образование может быть высшим.

ВИЧ-инфицированный может являться: студентом это отметили 42,8% респондентов; рабочим – 22,6%; служащим или специалистом – 15,6%; частным предпринимателем – 6,2%; медицинским работником – 5,4%; педагогическим работником – 2,7%; пенсионером – 2,3%. Статус безработного отметили 28,0% респондентов.

По мнению большинства респондентов (65,4%) сексуальная ориентация ВИЧ-инфицированного может быть любой, второй по значимости ответ – «гетеросексуальная ориентация» был выбран 19,5% опрошенных; гомосексуальную и бисексуальную ориентацию отметили соответственно 7,4% и 6,6%.

Семейное положение ВИЧ-инфицированного было охарактеризовано следующими категориями ответов: «в браке со здоровым человеком или совместное проживание со здоровым партнером» – 7,0% и 5,8% соответственно; «в браке с ВИЧ-инфицированным человеком или совместное проживание с ВИЧ-инфицированным партнером» – 7,4% и 16,7% соответственно; семейное положение «разведен» отметили 5,4%, а «холост (не замужем)» – 49,4%.

Большинство респондентов 75,1% – считают, что у ВИЧ-инфицированного человека нет детей, среди тех, кто занимает противоположенную точку зрения 65,9% отметили наличие у ВИЧ-

инфицированного одного ребенка, 29,3% – двух детей, а трех и четырех детей отметили 2,4% и 2,4% соответственно.

Среднемесячный доход ВИЧ-инфицированного по мнению 16,7% респондентов может составлять до 10 000 руб.; по мнению 20,2% от 10 000 руб. до 20 000 руб., 19,5% предположили, что доход ВИЧ-инфицированного составляет от 20 000 руб. до 30 000 руб. и 10,9% респондентов считают, что доход может превышать 30 000 руб.

ВИЧ-инфицированный в представлениях респондентов живет нормально, но ему приходится экономить (34,2%), 28,8% считают, что средств ему хватает только на самое необходимое, по мнению 17,5% ВИЧ-инфицированному хватает средств на жизнь, чтобы не экономить, а 5,1% опрошенных считают, что эти люди достаточно состоятельны, чтобы жить хорошо и только лишь 7,4% полагают, что ВИЧ-инфицированные живут за гранью бедности.

По мнению большинства респондентов (87,6%) ВИЧ-инфицированный проживает в мегаполисе или в крупном городе, при постановке на учет с диагнозом ВИЧ-инфекция не поменял бы место жительства (так считают 70,8%), но в случае если бы возникла такая необходимость, то лишь 5,0% переехали бы жить в село или деревню.

На вопрос о том, какую веру исповедует ВИЧ-инфицированный респонденты отвечали так: христианство – 32,2%, иудаизм – 1,2%, ислам – 0,8%, буддизм – 0,4%; ответ любая вера был отмечен 19,0% опрошенных и ответ «ВИЧ-инфицированный – атеист» выбрали 30,6% респондентов.

В большинстве своем, по мнению 45,9% респондентов ВИЧ-инфицированный, как правило, скрывает свой диагноз, 44,0% считают, что диагноз скрывается, но не всегда, и лишь 4,3% опрошенных предположили, что ВИЧ-инфицированный не будет скрывать свой диагноз от окружающих его людей.

В анкете был предусмотрен вопрос (с множественными вариантами ответа) о причинах в результате, которых могло произойти заражением ВИЧ-инфекцией, полученные ответы распределились следующим образом:

- при незащищенном сексе – 40,0%;
- при употреблении внутривенных наркотиков – 28,2%;
- при занятии проституцией – 11,8%;
- при медицинском вмешательстве – 9,3%;
- при родах (от матери к ребенку) – 4,4%;
- при совершении насильственных действий – 3,2%.

При ответе на вопрос о возможном возрасте, в котором могло произойти заражение ВИЧ-инфекцией, респонденты выбрали следующие варианты ответа:

- при рождении – 1,6%;
- до 16 лет – 9,3%;
- от 16 до 20 лет – 38,9%;
- от 21 до 30 лет – 42,0%;
- от 31 до 40 лет – 2,3%;
- от 41 до 50 лет – 0,8%.

Среди возможно предполагаемых зависимостей характерных для ВИЧ-инфицированного на первое место опрошенные поставили наличие зависимости от наркотиков (56,4%), на втором месте среди самых популярных ответов оказался вариант – «алкогольная зависимость» (39,7%); на третьем месте – «зависимость от табака» (37,4%). Варианты ответа о наличии у ВИЧ-инфицированного зависимости от секса и от азартных игр были отмечены респондентами в 22,2% и 3,9% случаях соответственно, и в 11,7% случаев респонденты посчитали, что у ВИЧ-инфицированного отсутствует какая-либо зависимость.

Одним из важных вопросов исследования, являлся вопрос о наличии у ВИЧ-инфицированного сопутствующих заболеваний, варианты ответа на

который распределились примерно в равной степени, так 50,2% опрошенных считают, что сопутствующих заболеваний нет, а 44,0% считают, что такие заболевания имеют место быть, еще 5,8% затруднились дать ответ на этот вопрос. Среди сопутствующих заболеваний, названных респондентами, чаще всего упоминались: гепатиты В и С (39,3%), заболевания передающиеся половым путем, такие как сифилис и гонорея (34,8%) и туберкулез (5,6%).

По мнению большинства респондентов (66,5%) ВИЧ-инфицированный не практикует рисковое поведение, 24,9% придерживаются противоположной точки зрения, 8,6% затруднились с ответом. На вопрос «В чем именно проявляется рисковое поведение ВИЧ-инфицированного?» опрошенными были отмечены следующие варианты ответа: беспорядочный незащищенный секс» (46,1%), «различные формы агрессивного поведения» (28,2%), «употребление наркотических препаратов» (7,7%) и «сокрытие диагноза» (7,7%).

Наличие социальных связей у ВИЧ-инфицированного в современном обществе, является важной составляющей ресоциализации таких людей и способствует снижению стрессового воздействия на индивида с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция. Более трети опрошенных (38,5%) считают, что ВИЧ-инфицированные не ограничивают себя в общении; по мнению почти каждого третьего (27,6%) - общение ВИЧ-инфицированных происходит только с ограниченным кругом людей и по необходимости; 15,2% общаются только с очень близкими людьми и 14,4 предпочитают Интернет личному общению; вариант ответа о том, что ВИЧ-инфицированный общается исключительно с ВИЧ-инфицированными был выбран 1,9% респондентов.

При этом отношение ВИЧ-инфицированного с окружающими было охарактеризовано 23,0% респондентов как осторожное и аккуратное, 36,2% как безразличное и 11,3% как агрессивное.

Большинству респондентов (59,1%) ВИЧ-инфицированный представляется человеком, не соблюдающим здоровый образ жизни, треть опрошенных (31,1%) считают, что люди с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция жестко соблюдают назначения врача в отношении проводимой антиретровирусной терапии, остальные варианты ответов распределились следующим образом: правильно питаются (12,1%), занимаются физкультурой (10,5%), применяют оздоровительные методики, такие например как: закаливание, массаж, занимаются йогой (9,3%), соблюдают режим дня (6,6%).

Для снятия психоэмоционального напряжения (стресса), по мнению респондентов, ВИЧ-инфицированные люди прибегают к употреблению алкоголя и табака (47,1% и 40,1% соответственно), 18,3% респондентов считают, что со стрессом ВИЧ-инфицированным помогает справляться общение с близкими людьми, 17,9% помогает обращение к Богу, 16,0% считают, что от стресса помогают занятия любимым делом (хобби), занятие физкультурой и музыкой, по мнению опрошенных должно помогать снимать стресс у ВИЧ-инфицированных в 8,9% и 9,7% случаях соответственно.

Выводы

Таким образом, если рассматривать варианты ответов с максимальным количеством процентов, можно описать социальный портрет ВИЧ-инфицированного по мнению населения так: это мужчина любой сексуальной ориентации, в возрасте от 21 до 30 лет, студент, имеющий среднее или среднее специальное образование, заразившийся ВИЧ-инфекцией в результате незащищенного секса, проживающий или состоящий в браке с ВИЧ-инфицированным партнером и не имеющий детей. Предпочитает не афишировать наличие диагноза – ВИЧ-инфекция, но при этом не ограничивают себя в общении. Исповедует христианство. Проживает в мегаполисе и имеет среднемесячный доход от 10 000 до 20 000 руб. Как правило, не соблюдает здоровый образ жизни, но и не практикует рисковое

поведение, однако, в качестве антистрессовой терапии может прибегать к употреблению алкоголя и табакокурению.

Полученные в ходе медико-социологического исследования данные по составлению социального портрета ВИЧ-инфицированного в современном обществе являются своевременными и актуальными, требующими проведения дополнительного сравнительного анализа с данными статистической отчетности. Результаты подобного анализа, будут способствовать выработке рекомендаций по просветительской работе населения о вопросах, дискриминации, толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным и в вопросах информированности о распространения и профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа в нашей стране.

Библиографический список

1. *Ефименко С.А.* Риски и рисковое поведение пациентов в сфере здоровья. Социология медицины, 2007. № 1. С. 7-12.
2. *Ефименко С.А.* Риски и рисковое поведение пациентов в сфере здоровья. Социология медицины, 2007. № 2. С. 10-17.
3. *Ефименко С.А.* Социальный портрет современного участкового врача-терапевта. Диссертация доктора социологических наук. – Москва, 2004.
4. *Хаитов Р.М., Решетников А.В., Сидорович И.Г., Карамов Э.В., Гудима Г.О.* Клинические испытания первой отечественной анти-ВИЧ/СПИД-вакцины. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009.
5. *Решетников А.В.* Медико-социологический мониторинг: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 800 с.
6. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом: <http://www.hivrussia.ru/stat/2012-3.shtml>.

Л.Н. Рыбакова,
ФГБУН ИС РАН, Москва

ПОМОЩЬ ЛИЦАМ В ОПЬЯНЕНИИ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

Ряд решений правительства в последние годы направлен на снижение масштабов потребления алкогольной продукции и профилактику пьянства и алкоголизма. Подробное изучение региональных данных по продажам спиртных напитков, по «алкогольной» преступности и смертности, по заболеваемости алкоголизмом выявляет значительные различия между субъектами РФ. Это обстоятельство подсказывает, что алкогольная политика должна реализовываться разными мерами, по крайней мере, в региональном аспекте. Кроме того, необходимо учитывать различное отношение групп населения к злоупотреблению спиртными напитками. Немаловажное значение имеет также выбор показателей динамики этих процессов. В политических решениях индикатором успеха намечено снижение душевого потребления чистого алкоголя [2]. Однако в стране отсутствует мониторинг потребления алкогольной продукции. Достаточно назвать представителей разных точек зрения по методам анализа алкогольной ситуации. А. Немцов измеряет алкогольное потребление по показателям смертности. В. Разводовский - по уровню самоубийств. Специалисты Высшей школы экономики – по объемам легальных продаж. В. Дробиз – по расходам населения на спиртное. Недавно созданный сайт Росправосудие произвел оценку регионов по доле «алкогольных» преступлений в общей картине преступности. В предлагаемой статье мы выделили еще один показатель распространенности пьянства и алкоголизма – доставка лиц в состоянии алкогольного опьянения, обнаруженных в общественных местах беспомощными и потерявшими способность ориентироваться в пространстве, в медицинские учреждения.

На наш взгляд, изучение этого явления позволяет проанализировать социологический аспект алкогольной политики государства, т.к. отражает социальную реакцию институтов общества на некоторый факт алкогольного поведения индивида. Помимо участия здравоохранения и полиции помощь сильно пьяным гражданам проявляет элементы социального конструирования девиации: какое поведение считается нарушением социальных норм и какие санкции применяются.

С точки зрения алкогольной политики сильное опьянение – результат эпизодического или регулярного злоупотребления спиртными напитками, которое содержит опасность развития алкогольной зависимости. Юридические нормы предусматривают административные наказания за появление в нетрезвом виде в общественных местах, а также медицинскую помощь гражданам в сильном опьянении. Наркологи констатируют, что 30-40% мужчин среднего возраста употребляют алкоголь в опасных для здоровья дозах и не попадают в зону действия наркологической службы, но лечат печень, сердце, сосуды и т.п. в 12 раз чаще, чем население в целом [3, с. 29].

Стоит отметить, что за рубежом тяжело пьяный человек становится объектом внимания государства, только если он правонарушитель. Наряду с этим доступны программы в интернете, развивающие самоконтроль и обучающие первой помощи для лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем. В ряде социологических исследований рассматривается тенденция к намеренному сильному опьянению среди некоторых категорий молодежи [5].

Цель данной статьи – проанализировать организацию государственной помощи лицам в тяжелом алкогольном опьянении, соотнести реакцию общества на алкогольное опьянение с целями сокращения потребления

алкогольной продукции и сравнить медицинскую помощь лицам в опьянении с другими рестриктивными мерами. Эти задачи реализованы в рамках исследования Сектора социологии девиантного поведения Института социологии РАН (рук. Сектора к.ф.н. М.Е. Позднякова), поддержанного грантом РГНФ 12-03-00523а «Роль рестриктивной политики в изменении алкогольной ситуации в современной России. Социологический анализ».

Принятие государственных решений по вопросам алкоголизации населения должно предусматривать комплекс мероприятий, объединяющих нулевую толерантность общественности к пьянству (СМИ, родители и правоохранительные органы), сочетание запретов и ограничений в правовом пространстве с активным антиалкогольным просвещением, медицинской помощью алкоголикам и их родственникам, с информированием о цене, которую общество платит за пьянство. Но самое главное – для эффективной алкогольной политики необходима общественная дискуссия по проблемам алкоголизации, затрагивающая гражданскую позицию, стимулирующая осознание вопроса: в какой мере алкогольная политика согласуется с интересами частных лиц? Рестриктивный, ограничительный контроль представляет собой форму продуктивного вмешательства в социальные процессы и отличается от попустительской стратегии строгой ориентацией на конкретно сформулированный запрет. Применительно к наркомании это – «не пробуй наркотики», в случае с алкоголизацией это может быть мера опьянения, что связано с определенными методологическими и практическими трудностями. Решения алкогольной политики последних лет касались, прежде всего, регулирования доступности алкоголя – по цене, по месту продажи, по времени. Незамеченным остался вопрос помощи лицам в состоянии сильного алкогольного опьянения, который заслуживает внимания с точки зрения его социальной цены и профилактической значимости.

В целях иллюстрации положения дел в среднем по стране приведем пример из материалов, опубликованных в интернете. По данным Госсовета Республики Коми, за четыре месяца 2012 года бригадами скорой помощи

обслужено 5 745 вызовов для нетрезвых граждан, из них 25% доставлены в стационары, 65% оставлены на месте (?) из-за отсутствия показаний для госпитализации, 10% доставлены в полицию. Таким образом, значительная часть всех дорогостоящих выездов «скорой помощи» была сделана для лиц, не нуждающихся в госпитализации. Председатель комитета по социальной политике Госсовета сообщил, что один выезд службы медицинской помощи обходится в 2,3 тыс. рублей. В день поступает 10-12 таких вызовов. Соответственно, только по г. Сыктывкар неэффективное расходование средств составляет более 100 млн. рублей в год [4]. Вместо того чтобы оказывать первую помощь действительно больным гражданам, скорая медицинская помощь вынуждена пристраивать пьяных. Кроме того, теряется время на санитарную обработку транспорта, т.к. на одних и тех же машинах приходится возить и нетрезвых граждан, и беременных женщин, и тяжелораненных.

Далее в статье использованы результаты анализа статистических данных из 69 субъектов РФ, полученные в мае-сентябре 2012 года за четыре месяца (январь – апрель) этого года. Анализ показывает, что в современной лечебной практике медицинская помощь всем лицам, доставленным в алкогольном опьянении, оказывается по нарастающей - от осмотра и диагностики до амбулаторного и стационарного лечения. Помощь лицам в опьянении оказывают сначала бригады скорой помощи, затем приемные отделения стационаров, куда их доставляют. Коллизия ситуации заключается в том, что, во-первых, лицо в опьянении, оказавшееся в беспомощном или тревожном для окружающих состоянии, чаще всего нуждается в покое и присмотре, в изоляции - для исключения травм и правонарушений, во-вторых, что в ходе транспортировки и медицинских манипуляций происходит естественное отрезвление организма. Но в результате межведомственных решений в стране создана схема вытрезвления силами здравоохранения. Треть доставленных в опьянении лиц (32,6%), как

показывают полученные цифры, не нуждается в госпитализации. Треть направляется на госпитализацию (29,2%) по причинам, косвенно связанным с алкогольной интоксикацией (травмы, ожоги, осложнения соматических заболеваний и т.п.). Более половины клиентов получают помощь (61,3%) до поступления в больницу, и пятой части (21,6%) оказывается достаточно помощи в приемном отделении. Встает главный вопрос – о целесообразности медицинского вмешательства в этот процесс. Это вмешательство приводит к:

- нецелевому расходованию на «вытрезвление» медицинских ресурсов, предназначенных для трезвой части населения: кадры, помещение, койки, расходные материалы и проч.;

- использованию скорой медицинской помощи без обоснованной необходимости – для транспортировки беспомощного человека, который рискует пострадать от переохлаждения, от преступников, от материального ущерба (документы, одежда и т.п.);

- к конфликтным ситуациям между «пациентом» и персоналом, которые обусловлены недобровольным обращением за медицинской помощью и правонарушениями лица в опьянении;

- к конфликтным ситуациям между «пациентом» и остальными больными в приемном отделении (например, агрессивное, неадекватное поведение);

- к медицинской помощи лицам, нуждающимся всего лишь в покое и присмотре.

Из сказанного следует, что для оказания помощи лицам в состоянии алкогольного опьянения медицинская помощь в практикуемом объеме не требуется. Такой вывод на основании количественных данных совпадает с оценками и суждениями специалистов, изложенными в отчетах из регионов. Процесс «вытрезвления» может включать такие медицинские аспекты, как диагностику, лечение, консультирование специалистов, индикативную или селективную профилактику, но на завершающих этапах, при добровольном согласии клиента.

Лица в состоянии алкогольного опьянения в общественных местах, доставляемые скорой помощью, нарядами полиции или гражданами самостоятельно в медучреждения, могут быть не только пациентами наркологической службы, но также случайными жертвами обстоятельств или неопытными потребителями. Существующий порядок доставления в медучреждение отличается универсальным подходом к разнородному контингенту без учета его потребности в медицинской помощи (добровольность) и безальтернативным характером. В ряде случаев целесообразно организовать доставление пьяного по месту жительства или в особый пункт для естественного вытрезвления.

Наиболее перспективным представляется опыт тех регионов, где лица в опьянении получают медицинскую помощь главным образом в наркологических подразделениях. Можно кратко упомянуть опыт Томской области, где в октябре 2010 г. открыто специализированное отделение в структуре областного наркологического диспансера. Функции отделения: медицинское освидетельствование, неотложная медицинская помощь, при необходимости направление в медицинские учреждения и (с согласия пациента) помещение в наблюдательную палату до вытрезвления. Отделение работает круглосуточно. По данным за 9 месяцев 2011 года, из 7198 человек поступивших в отделение, в легкой степени опьянения доставлено 35%, в средней степени - 57% и с тяжелой степенью опьянения - лишь 4 человека, в наркотическом опьянении – 9 человек. Среди клиентов оказалось около 5% женщин и менее 2% подростков. Добровольно остались под наблюдением медиков до вытрезвления 615 человек (8,5%). По медицинским показаниям 44 человека были госпитализированы. В зимнее время 37 граждан добровольно обратились в пункт. В отделении работает 11 точек аудио- и видеонаблюдения, ведется автоматическая запись всех телефонных разговоров, что позволило практически полностью исключить конфликтные ситуации и жалобы. При этом граждане с агрессивным поведением передавались в отделения полиции [1].

В Рязани с осени 2012 года функционирует новый аналог прежних медвытрезвителей – отдельное муниципальное учреждение, оказывающее медицинскую помощь лицам в алкогольном опьянении. Его отличие от прежних вытрезвителей в системе МВД – усиление участия здравоохранения в оказании помощи. В отличие от Томска рязанский медицинский вытрезвитель не входит в структуру наркологической помощи.

Опыт Уфы (Башкортостан) совсем другого рода. Созданный пункт помощи лицам в опьянении организационно подчиняется управлению социальной защиты населения и предоставляет своим клиентам комплекс услуг, ориентированных не на ситуационное вмешательство, а на более долговременную помощь. Этот пункт помощи построен на признании факта, что основная часть клиентов вытрезвителей – проблемные потребители алкоголя и нуждаются помимо медицинской помощи в социальной поддержке и психологической консультации.

Часть лиц в алкогольном опьянении доставляется в медицинские учреждения «самостоятельно»: с помощью равнодушных или испуганных окружающих (в общественных местах) или родственников (из дома). Данные о таком участии окружающих в охране благополучия сильно пьяного гражданина весьма различаются по регионам и не связаны напрямую с климатическими особенностями. Так, в Чувашской и Удмуртской республиках, Республике Дагестан, Курской, Магаданской, Псковской, Смоленской областях и Хабаровском крае не зафиксирована самостоятельная доставка лиц, находящихся в состоянии опьянения. В то же время есть регионы, где высока доля лиц, доставленных в медучреждения без участия полиции или скорой помощи, например, Красноярский край (77.6%), Ставропольский край (86,5%), Кабардино-Балкарская Республика (72%).

Обращение населения за медицинской помощью для лиц в алкогольном опьянении связано с субъективными моментами и отсутствием информации об алгоритмах такой помощи. Субъективные моменты могут быть разного свойства, например, невозможность обеспечить пьяному

размещение и присмотр (некуда деть участника застолья), страх ответственности за непонятное состояние пьяного, стереотипы «доброго отношения» к пьяному, требующие вмешательства. С помощью СМИ и наружной рекламы можно рекомендовать населению - чтобы передать «специалистам» ответственность за пьяного - обращаться не в «скорую», а в наркологическую службу, не опасаясь последствий «постановки на учет» или иных неприятностей для клиента. Зарубежные материалы интернета и реклама показывают, что население нуждается в обучении приемам обращения с лицом в опьянении (с точки зрения возможной агрессии), а также в знакомстве с «рецептами» невмешательства в естественный процесс протрезвления (медицинские аспекты).

СМИ могут влиять на процесс помощи лицам в опьянении, пропагандируя трезвый образ жизни и ответственное обращение с алкоголем. Мишени их работы: предусмотрительное и ответственное поведение индивида, факторы риска оказаться в беспомощном положении, стать жертвой преступных посягательств, профилактически окрашенное отношение персонала питейных заведений, служба «доставки» нетрезвых водителей и клиентов ресторанов, участие прохожих при виде беспомощного человека, необходимость медицинского вмешательства. Диктуемое законом нетерпимое отношение к пьяному в общественном месте вполне может сочетаться с информированием населения о возможных способах помощи, а также с профилактическими «подсказками» для неустойчивого потребителя: знать свою меру, позаботиться о поддержке друзей или знакомых, иметь при себе телефон семьи, друзей и т.д. Злоупотребление алкогольной продукцией и сокращение масштабов потребления алкоголя населением, являясь общенациональной задачей [2], предполагает всестороннюю ее проработку. Этические аспекты помощи лицам в алкогольном опьянении силами окружающих не противоречат жестким мерам по сокращению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией, которые предусмотрены

правительственными решениями по ограничению доступности спиртных напитков по времени, месту продажи, цене, ассортименту и т.п.

Наблюдаемая практика помощи лицам в алкогольном опьянении - силами главным образом здравоохранения - развивает положения государственной алкогольной политики. Провозглашаемый тезис государственной помощи лицам, злоупотребляющим спиртными напитками, требует серьезной проработки в концептуальном и организационном аспектах. Очевидно, что в настоящее время глобальность этого тезиса и предложенных ведомственных решений выявляют целый ряд проблемных ситуаций и требуют их проработки на региональном уровне с учетом местных особенностей наркологической ситуации и имеющихся ресурсов. Иначе говоря, универсальный подход к организации медицинской помощи лицам в состоянии опьянения должен быть дифференцирован по ряду показателей региональной алкогольной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем:

- потребность в оказании специализированной помощи лицам в опьянении, конкретно: потребность в госпитализации, объемы медицинской помощи;

- необходимость снижения социального ущерба в результате сильного алкогольного опьянения: потери трудоспособности, травматизм (в том числе переохлаждения), преступность, смертность;

- ресурсы наркологической помощи лицам в опьянении (неотложная помощь, кратковременная интервенция и т.д.);

- условия для сотрудничества полиции, медицины, торговли и населения в оказании адекватной помощи лицам в сильном алкогольном опьянении;

- участие СМИ и населения в оказании помощи лицам в сильном алкогольном опьянении (информированность и вовлечение в оказание первой помощи, участие в доставке пьяного, в рейдах, предупреждении вождения автотранспорта и т.п.);

- ресурсы региона в создании службы немедицинского
вытрезвления лиц в слабой и средней степени опьянения («тёплый дом»),
регулирование финансовых затрат.

Прежде всего, необходимо предоставить регионам возможность самоопределения в вопросах организации помощи лицам в алкогольном опьянении и стимулировать соответствующее направление развития гражданских инициатив.

Проблемы в организации помощи начинаются с решения о необходимости вмешательства в процесс вытрезвления. По инструкции МВД [6], полицейские, обнаружившие пьяного гражданина в общественном месте, оценивают его «поведение» как правонарушение и в то же время передают его скорой помощи или – по необходимости – сами осуществляют транспортировку лица в медучреждение. По данным за 1 квартал 2012 года, из 233 162 человек, поступивших в приемные отделения стационаров, в среднем по регионам полицией доставлено 23,4% лиц в алкогольном опьянении для оказания медицинской помощи. Это несколько больше количества доставленных гражданами самостоятельно (15,3%) и гораздо меньше доставленных бригадами СМП (61,3%). Налицо превалирующая нагрузка на службу скорой помощи в организации вытрезвления.

Проблематична юридическая основа таких действий. Прежде всего, встает вопрос о недобровольном обращении «пациента» за медицинским обслуживанием. Обращение за наркологической помощью практикуется только на добровольной основе. Неизбежной трудностью является то обстоятельство, что для размещения лиц, находящихся в состоянии опьянения, на медицинских койках необходимо предусмотреть отдельные места (изолированные от остальных больных) и регламентировать действия персонала, включая меры надзора и принуждения, которые не входят в обязанности лечебного учреждения.

Практика показывает, что «швы» взаимодействия полиции и медицины не так однозначны, как они представлены в инструкциях МВД и Минздрава.

Не только полиция нуждается в помощи здравоохранения, помощь полицейских не заканчивается на пороге приемного покоя, протрезвевший или не нуждающийся в госпитализации «пациент» в ряде случаев остается правонарушителем общественного порядка и должен быть возвращен в отделение полиции. Работники медучреждений общей медицинской сети, имеющие дело с пьяными пациентами, настаивают на необходимости участия полиции в обслуживании этого трудного контингента. Дезорганизация работы приемных отделений медицинских организаций, обусловленная неконтролируемым состоянием доставляемых лиц в алкогольном опьянении, нарушение лечебно-охранного режима, связанное с опасностью для медицинского персонала и больных со стороны лиц в состоянии опьянения, нередко проявляющих агрессию и вандализм, требуют мер иного механизма взаимодействия медицины и полиции – помимо передачи ответственности. Медицинская организация не имеет полномочий (и заинтересованности?) осуществлять функции изоляции и содержания больных, не нуждающихся в медицинской помощи. Особенно остро данный вопрос возникает при отсутствии согласия доставленного в медицинскую организацию лица находиться в ней. По нашим данным, около 8% доставленных в медучреждение отказались от госпитализации.

Следует обсудить целесообразность оплаты некоторых видов помощи лицам в состоянии опьянения за счет фондов общего медицинского страхования (всех налогоплательщиков) и продумать иные источники целевого финансирования, например, за счет производителей алкогольной продукции. В то же время очевидно, что создание специализированной ветви наркологической помощи - обеспечение доставки, специального помещения, подготовка кадров и организация взаимодействия с полицией – потребует решения дополнительных организационных и финансовых вопросов. Помимо неотложной помощи перед ней должна быть поставлена задача - использовать недобровольный контакт с «пациентом» для краткосрочного профилактического вмешательства (вторичная профилактика), а также

поддерживать контакты с социальными службами в целях реабилитации и защиты прав семьи и ребенка «проблемного пьяницы» (третичная профилактика).

В практике нередко случаи избыточного медицинского обслуживания лиц в алкогольном опьянении. В среднем треть граждан (35,3%), доставленных в медицинские учреждения из общественных мест в состоянии опьянения, не имела медицинских показаний для госпитализации, т.е. медицинские ресурсы по существу потрачены впустую.

Очевидна потребность в создании дифференцированной системы (службы) для помощи лицам в состоянии опьянения, выходящей за пределы медицинского обслуживания. Требуется услуги по доставке нетрезвого человека домой. Целесообразно вводить американский опыт для ограничений в обслуживании спиртным сильно выпивших лиц (при поддержке полиции). Необходимы места для вытрезвления таких граждан, оказавшихся в беспомощном состоянии на улице, в транспорте или общественном месте, которым требуется время для восстановления нормального состояния, а не медицинское вмешательство (опыт Финляндии – «теплый дом», где можно проспать). В этой связи можно приветствовать проявленную инициативу в тех регионах, которые приспособливают помещения бывших медицинских вытрезвителей для оказания помощи лицам, не нуждающимся в госпитализации. По организационным вопросам помощи лицам в опьянении все регионы распадаются, как показывают наши материалы, на четыре группы.

Первая группа регионов (десять субъектов РФ) высказывается за восстановление прежней системы, т.е. за воссоздание вытрезвителей в компетенции правоохранительных органов «с медицинским участием». Практически регионы приветствуют содержание нетрезвых правонарушителей в отделениях МВД. Предупреждение злоупотреблений может осуществляться с помощью видеосъемки и аудиозаписи.

Вторая группа регионов (девять субъектов РФ) поддерживает идею создания «медицинских вытрезвителей» как подразделений для специализированных услуг здравоохранения. Такие регионы планируют оборудование «пунктов медицинской помощи» для лиц в опьянении разной степени тяжести и считают необходимым углубить специализированную помощь лицам в опьянении, усматривая в их состоянии и опьянении признаки злоупотребления алкогольной продукцией и считая их основанием для вмешательства нарколога.

Третья группа регионов (14 субъектов РФ) не видит необходимости в изменении существующей структуры учреждений, оказывающих медицинскую помощь лицам в опьянении, но признает потребность в обеспечении порядка и безопасности. Эти регионы считают особенно важным существование (и их оперативную доступность) подразделений неотложной наркологической помощи и считают нецелесообразным создание дополнительной структуры, признавая большой потенциал созданной системы медицинской помощи населению, а также большие возможности наркологической службы. Не желая ничего менять в сложившейся ситуации, представители этой точки зрения указывают на необходимость проработки законодательных основ сотрудничества с ОВД. В то же время данная группа регионов упускает из внимания некоторые аспекты: поскольку такое обслуживание населения не финансируется из фонда ОМС, следует предусмотреть иные возможности финансирования, в том числе за счет гражданина.

Наконец, можно выделить *четвертую* группу регионов (8 субъектов РФ), которые считают вытрезвление заботой социальных служб или муниципальных образований на межведомственной основе. Речь идет о муниципальном учреждении, предоставляющем - при необходимом медицинском и полицейском участии – возможность восстановить силы и протрезветь естественным образом. Злоупотребления предупреждаются ведением видеоконтроля и сохранением видеозаписи. Может быть

рекомендовано тем муниципальным образованиям, которые найдут средства для финансирования услуг (коммунальные, медицинские, полицейские, наркологические) с последующей их компенсацией из бюджета граждан или спонсоров. Возможно участие волонтеров из религиозных организаций. Эти регионы расширяют пространство межведомственного взаимодействия при оказании помощи лицам в опьянении. Это новаторские предложения, которые заслуживают широкого обсуждения. Интересно, что только в начинаниях этой группы регионов формулируется задача вторичной и третичной профилактики наркологических заболеваний.

Таким образом, проведенный анализ выявил разнообразие мнений по вопросам вытрезвления. Для повышения квалификации ответственных руководителей и решения острых практических проблем в оказании наркологической помощи лицам, замеченным в злоупотреблении алкогольной продукцией, для качественного усовершенствования профилактической работы и действительно активной алкогольной политики помимо проблем ограничения торговли необходимо широкое обсуждение как выявленных трудностей, так и предлагаемых решений. Думается, что законодательное «урегулирование» сотрудничества между здравоохранением и полицией – это лишь половина дела. Сообщения из регионов показывают, что возврат на прежние позиции (восстановление вытрезвителей МВД) – не самый продуктивный в современных условиях метод снижения масштабов потребления алкоголя в стране. Выбор того или иного варианта, несомненно, связан с осознанием проблемы вытрезвления и участием в реализации государственной антиалкогольной политики на региональном уровне, с развитием наркологической службы и ее географической доступностью. Немаловажное значение имеют вопросы финансирования услуг по вытрезвлению, наличия кадров и иных ресурсов медицинской и социальной помощи.

Для успешного функционирования вытрезвительного подразделения любого ведомственного подчинения важно прогнозировать его загруженность и отдачу. Видимо, контингент алкоголезависимых клиентов не всегда в состоянии оплатить свое пребывание в новом вытрезвителе, куда он попадает не по своей воле. Зарубежные материалы о нововведениях (эксперименты, проекты!) такого рода оповещают население, что ночь в таком месте стоит столько же, сколько номер в пятизвездочном отеле. И это используется СМИ как мотивация к ответственному алкогольному поведению. Ведь стоимость помощи лицам в алкогольном опьянении – по европейским стандартам, без медицинской помощи - включает целый набор затрат (погрузка, уборка транспорта и помещения и т.п.).

Вопрос о создании специализированной структуры для работы с лицами в состоянии алкогольного опьянения весьма актуален, поскольку объем и динамика этого явления в результате ликвидации медицинских вытрезвителей в системе МВД, при значительных масштабах злоупотребления алкогольной продукцией, приобретают характер негативного социального процесса. Целесообразно стремиться к дифференцированному подходу в решении комплексной проблемы опьянения в общественных местах и предоставить регионам возможность апробировать различные подходы с учетом региональных особенностей алкогольной ситуации, а также административно-финансовых ресурсов и активности управленческого аппарата.

Рестриктивный характер российской алкогольной политики проявляется в отрицании социальных механизмов регуляции алкогольного поведения и ориентации всего населения на снижение потребления алкоголя, хотя есть значительные группы населения, практикующие трезвые привычки. Следует признать, что патерналистская ориентация российской алкогольной политики генерируется медицинским сообществом. Подводя итог,

сформулируем условия для реализации сбалансированных мер в сфере алкогольного потребления:

- осознание социальной стоимости пьянства и алкоголизма, солидарность и готовность к самоконтролю, самоограничению;
- алкогольная политика, одобряемая большинством населения;
- дифференцированная алкогольная политика, учитывающая интересы разнообразных групп населения в сфере алкопотребления и обеспечивающая эффективные действия как в сфере общественного сознания, так и в сфере социальной практики;
- координация работы ведомств, развитые ресурсы гражданского общества и общественных движений, содействующие сотрудничеству при решении согласованных задач;
- контролируемый общественный порядок, ответственность государства за благополучие граждан как минимальные основания для общественной солидарности;
- ценность здоровья и «народосбережения».

Библиографический список

1. Вытрезвитель нового типа в Томске принял за год более 9 тысяч клиентов – URL: http://ria.ru/beznarko_help/20111207/509059069.html (дата обращения: 14.10.12)
2. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года – см. распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р. Сайт Правительства РФ^ media/2010/1/1327086/file/
3. Кошкина Е.А. и др. //Наркология. 2009. №8. С. 47-60
4. Проблемы оказания помощи лицам в состоянии алкогольного опьянения стали темой рабочего совещания в Госсовете Коми – URL: <http://www.kominform.ru/news/90186>(дата обращения: 12.12.12)

5. *Рыбакова Л.Н.* Подростковое пьянство: восприятие проблемы в России и Германии //Педагогика, 2012, № 5. С. 101-107

Указ Президента РФ от 18 февраля 2010 г. № 208 «О некоторых мерах по реформированию МВД РФ».

Н.Л. Рыбкина,

Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МАТЕРЕЙ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Изменение показателя рождаемости по Российской Федерации за более чем десятилетний период XXI века носит четко выраженный двухфазный характер: снижение и стабилизация в 2001-2005 годах и рост, начиная с 2006 года, во все последующие годы. В течение 2006-2012 годов развернулась активная реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», позитивными результатами выполнения которого стали снижение показателя младенческой смертности, стабилизация уровней заболеваемости детей первого года жизни и детской инвалидности, снижение уровня смертности среди детей в раннем, дошкольном, школьном и подростковом возрастах [1].

Важным событием начала второго десятилетия XXI века стала реализация Программы модернизации здравоохранения России, способствовавшая улучшению материально-технической базы здравоохранения, оснащению медицинских организаций современным медицинским оборудованием и аппаратурой, при этом особое внимание уделялось совершенствованию и развитию системы охраны здоровья матери и ребенка. С 2012 года во всех родовспомогательных учреждениях Российской Федерации внедрены рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорожденности, согласно которым неонатологи стали выхаживать новорожденных детей, рожденных на сроке гестации 22 недели с массой тела при рождении 500 грамм.

Все вышеперечисленное позволяет констатировать следующие основные результирующие показатели статистики неонатологии: растет количество новорожденных, увеличивается доля нормальных родов, повышается число новорожденных, родившихся на разных степенях недоношенности.

В условиях рождения недоношенных новорожденных существенно возрастает роль психологического консультирования матери.

Врачи неонатологи и детские реаниматологи должны понимать, что ни одна беременная, даже в случае выраженного неблагоприятного течения беременности, не готова психологически к рождению недоношенного ребенка с различными отклонениями в состоянии здоровья, поэтому она находится в состоянии шока, который выражается в том, что мать, слушая объяснения врача по поводу состояния здоровья их ребенка, не понимает и не оценивает его адекватно. Врачу необходимо знать, что через определенный промежуток времени после выхода из состояния шока, а этот период длиться по данным разных авторов от нескольких часов до суток, мама будет задавать те же вопросы по состоянию здоровья их новорожденных детей, уверяя, что им ничего не объясняли.

После выхода из шока следует период метаний, когда родители (мать и отец) пытаются получить информацию о состоянии здоровья новорожденного, как правило, задавая повторные вопросы. В этой фазе родители как бы отрицают, не верят врачам и сомневаются в правильности выставленного диагноза и соответственно в компетенции врача. Многие родители не в силах осознать, что у ребенка имеются серьезные нарушения процесса адаптации и здоровья, которые потребуют длительный процесс реабилитации и думают, что врач ошибся. Именно в этот момент родители обычно требуют консультации заведующего отделением, настаивают на дополнительных обследованиях и консультациях. Врачу-неонатологу необходимо, соблюдая профессиональную этику, спокойствие и тактичность по отношению к родителям, суметь в этой непростой ситуации

аргументировано объяснить, почему ребенку был выставлен тот или иной диагноз. Задача всех специалистов на данной стадии – сохранение определенного уровня надежды и ощущения стабильности у родителей перед лицом факта, грозящего разрушить их привычную жизнь. Ведь последствия для ребенка, когда родители долго отрицают его заболевание, могут быть тяжелыми, а в некоторых случаях – необратимыми. Нужно быть готовыми к отказу родителей от профилактических, диагностических и лечебных процедур. Знание врачом-неонатологом стадийности позволяет не считать неадекватной реакцию родителей на полученную ими информацию. Эта реакция может быть облачена в различные формы: грубость, нетактичность, обида, обвинения, замкнутость, нежелание общаться. Но перед врачом стоит цель – добиться от родителей того, что позволит малышу максимально использовать имеющиеся шансы, подвести родителей к сотрудничеству.

После фазы метаний следует фаза устойчивого равновесия, когда родители способны адекватно оценить информацию о состоянии здоровья ребенка, а также выработать конструктивную тактику и программу участия в процесс реабилитации и лечения ребенка. В зависимости от психологического портрета родителей фаза устойчивого равновесия устанавливается, как правило, к концу первой недели жизни ребенка. Нужно разговаривать с родителями очень конструктивно, беседа должна быть направлена на объяснение того, что происходит с ребенком, на обсуждение принципов его лечения, и, что самое главное, как родители могут и должны участвовать в процессе лечения, чтобы оно было максимально эффективным. Известно, что у ребенка до года компенсаторные возможности развиты очень хорошо, родители должны не искать виноватых в причине заболевания, а заниматься реабилитацией, а задача врачей объяснить им этот постулат и помочь претворить в жизнь.

Учитывая, что все вышеописанные фазы психологических изменений родителей при рождении недоношенного новорожденного протекают около шести дней, то есть, как правило, в период пребывания новорожденного и его

матери в родильном доме (родильном отделении), врачам-неонатологам и среднему медицинскому персоналу необходимо в совершенстве владеть тактикой психологического влияния на мать, уметь создать обстановку тактичности и сопереживания, вместе с тем активно управлять ею в интересах новорожденного.

Многосторонний анализ качества медицинской помощи предусматривает изучение субъективных индикаторов – мнений и суждений пациентов, которые оценивают удовлетворенность медицинским обслуживанием, степень реализации своих потребностей и интересов при взаимодействии с системой здравоохранения.

Вся деятельность врачей и средних медицинских работников родовспомогательных учреждений по оказанию различных видов медицинской помощи протекает на глазах и при активном участии их матерей, которые выступают в качестве доверенных лиц новорожденных вследствие их недееспособности.

Целью настоящего исследования являлось социолого-психологическое изучение удовлетворенности матерей качеством оказания медицинской помощи новорожденным. Исследование проводилось по специально разработанной анкете.

Исследованием охвачено 800 женщин, родивших детей в родовспомогательных учреждениях разного уровня (Перинатальный центр, городской родильный дом, родильное отделение центральной районной больницы), обследованные были разделены на три группы: матери здоровых детей, матери новорожденных детей группы высокого медицинского риска и матери новорожденных детей группы социального риска.

По данным опроса женщин, проживающих в городской местности, в срок до 12 недель обратились в женскую консультацию для осмотра и постановки на учет по поводу беременности свыше 90% женщин, родивших здоровых детей, 82,5% женщин из группы высокого медицинского риска и только 17,8% женщин высокого социального риска. При этом установлено,

что беременные из группы социального риска склонны впервые обращаться в женскую консультацию на значительно более поздних сроках, по нашим данным 17,8% беременных этой группы встали на учет на сроке беременности 20 и более недель.

Только четверть опрошенных женщин отметили, что врач неонатолог побеседовал с ними в родовспомогательном учреждении до наступления родов, практически столько же женщин (27,1%) дали отрицательный ответ, затруднилась ответить на этот вопрос почти каждая вторая опрошенная женщина.

Исследование показало, что положительную оценку работы врача неонатолога с новорожденными и взаимодействия его с матерями дали свыше 80% респонденток, родивших здоровых детей и детей высокого медицинского риска и только 55% респонденток, относящихся к группе социального риска. Большинство опрошенных матерей отметили добросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей медицинскими сестрами, среди недовольных их работой – часть женщин высокого социального риска, проживающих в городской местности.

Представляет интерес самооценка матерями состояния здоровья новорожденных. Все матери, родившие здоровых новорожденных, оценили состояние их здоровья как хорошее и удовлетворительное, матери из группы высокого медицинского риска оценили здоровье новорожденных как удовлетворительное в 67,5%, как неудовлетворительное в 25,0%, матери из группы социального риска расценили состояние здоровья новорожденных как удовлетворительное в 57,8%, как неудовлетворительное в 15,6%, при этом затруднялись дать характеристику состояния здоровья новорожденного 7,5% женщин из группы высокого медицинского риска и 26,7% женщин из группы социального риска. Сравнение результатов оценки состояния здоровья новорожденных матерями и врачом неонатологом показывает их совпадение только в группе женщин, родивших здоровых детей. В группе новорожденных высокого медицинского риска неонатологом были выявлены

заболевания или отклонения в состоянии здоровья в 87,5%, при этом в 42,5% случаев матерям была объяснена необходимость дальнейшего лечения новорожденных с переводом их в другое медицинское учреждение. В группе новорожденных социального риска неонатологом подтверждено здоровье детей в 28,9%, в 33,3% выявлено наличие признаков нездоровья, а 22,2% из них предложен перевод для продолжения лечения, а одна треть матерей из групп социального риска отметила, что врач неонатолог никак не характеризовал состояния здоровья новорожденного.

С позиции конечного результата интегральным показателем качества оказания медицинской помощи в родовспомогательном учреждении с точки зрения респонденток является показатель удовлетворенности организацией лечебного процесса, ухода, соблюдения принципов медицинской этики. В целом по итогам пребывания в родовспомогательном учреждении, расположенном в городской местности, полностью удовлетворены качеством оказания медицинской помощи и обслуживанием 93,3% женщин, родивших здоровых детей, 72,5% женщин, родивших детей из группы высокого медицинского риска, и 44,4% женщин из группы социального риска.

Таким образом, изучение удовлетворенности матерей организацией и качеством оказания медицинской помощи новорожденным в родовспомогательных учреждениях позволяет получить оценку организации медицинского обслуживания и работы медицинского персонала, принимать необходимые меры для совершенствования деятельности по оказанию помощи новорожденным и улучшения работы с их матерями.

Библиографический список

1. Основные тенденции здоровья детского населения России / под ред. А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого. – М.: Союз педиатров России, 2011. – с. 4.

Е.А. Рязанова, Н.А. Лебедева-Несевря,
ФБУН "Федеральный научный центр медико-профилактических
технологий управления рисками здоровью, Пермь

ИНФОРМИРОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ О РИСКЕ, СВЯЗАННОМ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, И МЕРАХ ПО ЕГО СНИЖЕНИЮ⁷⁰

Принятие эффективных управленческих решений в сфере охраны здоровья населения региона и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия предполагает опору на актуальные данные о состоянии и динамике медико-демографической ситуации на территории, а также специфике влияния факторов среды обитания на показатели заболеваемости, смертности и ожидаемой продолжительности жизни населения. Кроме того, требуются адекватные инструменты обоснования оптимального распределения материальных и иных ресурсов общества на различные виды деятельности, связанные с сохранением и укреплением здоровья граждан.

На сегодняшний день большинство решений в области управления здоровьем населения субъекта Российской Федерации (РФ) принимается при отсутствии четких критериев эффективности мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения, а также без оценки потенциального и реального ущерба для здоровья [1]. Механизм повышения продуктивности управленческих действий органов власти по воздействию на популяционное здоровье на региональном уровне может заключаться в более активном использовании результатов количественной оценки потенциальной и реальной опасности влияния факторов среды обитания (как санитарно-гигиенического, так и социально-экономического свойства) на здоровье, т.е. в ориентации на методологию оценки риска как основополагающую при принятии решений.

⁷⁰ Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РГНФ № 12-16-59016.

Следует отметить, что в соответствии со ст. 1 Федерального закона №52-ФЗ от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [2] санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается при отсутствии вредного воздействия факторов среды обитания на человека. Действия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия включают, в частности, определение причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания с помощью методов и критериев оценки риска, связанного с воздействием факторов среды обитания на здоровье населения. Оценка риска реализуется с целью обеспечения населения, лиц, участвующих в принятии управленческих решений, средств массовой информации и общественных организаций достоверной и научно обоснованной информацией об уровнях риска здоровью и необходимых санитарно-противоэпидемических мероприятиях.

Информирование о риске является одним из важнейших элементов методологии анализа риска, включающей также оценку риска и управление риском. Следует отметить, что передача и распространение информации о риске являются естественным продолжением процесса оценки риска. Иначе говоря, оценка риска практически не имела бы смысла, если бы получаемые при этом результаты не доводились тем или иным образом до сведения тех, кто причастен к принятию решений по снижению риска, или тех, кого касаются такие решения [3].

На региональном уровне объектом информирования выступают органы исполнительной власти субъекта РФ. В первую очередь, речь идет о главе исполнительной власти субъекта РФ (губернаторе региона, главе администрации, мэре (в случае городов федерального значения), главе республики и т.п.), и тех органах исполнительной власти, в компетенции которых входят вопросы управления человеческим потенциалом региона, медико-демографической ситуацией и состоянием здоровья населения. Например, в Пермском крае к таковым можно отнести министерства,

входящие в так называемый блок «Социальная политика» — министерства здравоохранения, социального развития и физической культуры и спорта.

Процедура информирования осуществляется с целью реализации полномочий по принятию управленческих решений по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и управления риском для здоровья населения на территории субъекта РФ, осуществлению мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения, пропаганде здорового образа жизни, разработке и реализации региональных целевых программ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения [4].

Субъектами информирования о риске для здоровья населения региона выступают, в первую очередь, органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Кроме того, в качестве субъектов информирования могут выступать научно-исследовательские и другие организации, занимающиеся вопросами оценки воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на здоровье населения.

Информирование региональных органов власти о результатах оценки влияния факторов среды обитания на здоровье населения субъекта РФ, а также оценки риска для здоровья может носить как плановый, так и экстренный характер. Основанием для экстренного информирования является квалификация риска, по итогам процедуры оценки риска для здоровья, на уровне «экстремально высокий риск».

Источниками информации для подготовки информационных материалов могут являться базы данных Федерального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга, данные Росстата и его территориальных органов, данные углубленных специальных исследований, проводимых научными учреждениями и организациями.

Значимой проблемой при подготовке материалов для информирования о риске для здоровья является отбор тех показателей популяционного здоровья, которые являются наиболее важными при построении региональной политики. На наш взгляд, ключевыми для анализа могут выступать медико-демографические показатели, включенные в перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ, утверждаемый Указом Президента РФ [5]. Это такие показатели как ожидаемая продолжительность жизни при рождении (для всего населения, для мужчин, для женщин) и смертность населения (для всего населения, для мужчин, в т.ч. трудоспособного возраста, для женщин, в т.ч. трудоспособного возраста). Дополнительными показателями могут выступать показатели общей и первичной заболеваемости населения приоритетными классами болезней.

Материалы по информированию органов региональной власти представляют собой обобщенную информацию по результатам оценки риска, связанного с воздействием приоритетных факторов среды обитания на здоровье населения региона, представленную в понятной и доказательной форме с указанием на достоверность и ограничения характеристик риска.

Для оценки риска развития нарушений здоровья могут использоваться множественные эволюционные модели, отражающие влияние различных факторов (по отдельности и в комплексе) на риск развития различных нарушений здоровья в зависимости от возраста и длительности воздействия [6]. Можно также выполнить оценку сокращения прогнозируемой продолжительности жизни, ассоциированного с воздействием приоритетных факторов среды обитания.

Наряду с количественными характеристиками уровней риска должна присутствовать их интерпретация. Данные, полученные по результатам оценки риска, должны быть сгруппированы с учетом количественных значений рисков, тяжести и социальной значимости возможных вредных эффектов, а также размера экспонируемой популяции.

Структура материалов по информированию может включать следующие компоненты: а) описание вредных эффектов для здоровья, которые могут возникнуть при воздействии приоритетных факторов, в т.ч. сокращение продолжительности жизни; б) количественная характеристика параметров канцерогенного риска и опасности неканцерогенных эффектов, установленных в ходе оценки; в) указание на необходимость специальных мероприятий по снижению или устранению уровней воздействия источников риска; г) указание на неотложность принятия решения в области управления риском для здоровья населения, д) перечисление основных факторов, которые должны быть приняты во внимание в процессе управления риском; е) характеристика факторов, снижающих обоснованность и достоверность результатов оценки риска, включая неопределенности оценки риска.

Для повышения эффективности информирования целесообразно провести процедуру категоризации (шкалирования) риска (например, с использованием показателя приведенного относительного совокупного агрегированного риска, связанного с приоритетными факторами среды обитания). Риск может быть квалифицирован как а) очень низкий, практически не влияющий на уровень состояния здоровья на исследуемой территории, б) низкий; в) умеренный (средний); г) повышенный; д) умеренно высокий; е) экстремально высокий риск. Рекомендации по управлению рисками выдаются в соответствии с установленной категорией риска.

Ключевым элементом материалов по информированию органов исполнительной власти субъекта РФ является раздел с рекомендациями по принятию управленческих решений, содержащий конкретные предложения по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, сохранению и укреплению его здоровья на уровне региона.

Целесообразно структурировать все предложения по приоритетности их реализации и по горизонту внедрения. По приоритетности реализации предложения могут быть разделены на а) неотложные, б) приоритетные и в) прочие. По горизонту внедрения – на а) краткосрочные (эффект от внедрения

будет получен в течение года) и б) долгосрочные (эффект от внедрения будет получен через несколько лет).

Рекомендации должны содержать предложения, потенциально воздействующие на показатели, включенные в перечень для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ. Можно представить количественные значения данных показателей, достижимые при условии реализации сделанных рекомендаций. Также необходимо продемонстрировать, каким образом меры по снижению конкретных факторов риска сказываются на а) снижении смертности населения и б) увеличении ожидаемой продолжительности жизни.

Пока система информирования органов власти о рисках для здоровья населения на уровне региона представляется недостаточно проработанной: информация о состоянии среды обитания и риске для здоровья часто поступает несвоевременно, используются неадекватные каналы распространения информации, содержание предлагаемой информации не соответствует потребностям адресатов, распространяемые сведения воспринимаются неправильно. Существующая дисфункциональность системы информирования о рисках здоровью указывает на необходимость трансформации политики информирования на всех этапах этого процесса, создания новых эффективных стратегий информирования, в которых в должной степени учитываются особенности реципиентов информации.

Библиографический список

1. *Онищенко Г.Г.* Актуальные проблемы управления состояние окружающей среды и здоровьем населения [Текст] / Г.Г. Онищенко, В.Б. Гурвич, С.В. Кузьмин, С.В. Ярушин // Уральский медицинский журнал. 2008. № 11. С. 4-10.

2. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ [Электронный ресурс] // URL:

<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=132813> (дата обращения 28.05.2013)

3. Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду [Текст] / Под ред. Рахманина Ю.А., Онищенко Г.Г. М.: НИИ ЭЧ и ГОС, 2002. С. 23.

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 октября 2007 г. №656 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по исполнению государственной функции...» [Электронный ресурс] // URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12057015/> (дата обращения 28.05.2013)

5. Указ Президента РФ от 21 августа 2012 г. № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» (с изм. и доп. от 28.12.2012) [Электронный ресурс] // URL: <http://base.garant.ru/70217848/> (дата обращения 28.05.2013)

6. См. об этом: Количественная оценка неканцерогенного риска при воздействии химических веществ на основе построения эволюционных моделей. Методические рекомендации МР. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2012.

Д.Д. Самойлова, И.Л. Кром, Ю.Б. Барыльник,
ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Институт социального образования (филиал) РГСУ в Саратове,
Центр медико-социологических исследований, Саратов

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, РЕЛЕВАНТНОГО ЗДОРОВЬЮ, ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Согласно современной парадигме клинической медицины, понятие «качество жизни, связанное со здоровьем», положено в основу понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного. Улучшение качества жизни является главной целью лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни, дополнительной – при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни, единственной – для пациентов в инкурабельной стадии заболевания [5].

Изучение качества жизни, как указывают А.А. Новик и Т.И. Ионова, является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Исследование качества жизни в медицине в настоящее время особенно важно в таких направлениях, как фармакоэкономика, стандартизация методов лечения и экспертиза новых с использованием международных критериев, обеспечение полноценного мониторинга состояния больного, а также в проведении социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска, обеспечении динамического наблюдения за этими группами и оценки эффективности профилактических программ [1].

Современная концепция качества жизни в медицине включает три главные составляющие [1]:

- 1) многомерность (качество жизни несет информацию о всех основных сферах жизнедеятельности человека);
- 2) изменяемость во времени (в зависимости от состояния больного эти данные позволяют осуществлять мониторинг и в случае необходимости проводить коррекцию лечения и реабилитации);
- 3) участие больного в оценке его состояния (оценку должен проводить сам пациент).

Целый ряд социальных наук, предметом изучения которых стало здоровье человека, ориентированы на изучение качества жизни как связанного со здоровьем параметра. Так, исследуя такую социологическую категорию, как удовлетворенность индивида здоровьем и жизнью в целом, И.В. Журавлева пишет: «Показатель удовлетворенности индивида своим здоровьем является интегральным психосоциальным эмпирическим показателем, поскольку, с одной стороны, он характеризует именно самооценку здоровья и отношение индивида к своей самооценке, с другой стороны, находится в сложном взаимодействии с оценками параметров качества жизни. Об этом свидетельствуют данные ВЦИОМа по исследованию качества жизни» [2]. И.В. Журавлева подчеркивает также влияние гендерного фактора на показатели удовлетворенности здоровьем и составляющие качества жизни.

Взаимосвязь показателя удовлетворенности жизнью со здоровьем показана и в работах И.Б. Назаровой. Автор утверждает: «Здоровье является одним из индикаторов качества жизни» [3]. Взаимообусловленность качества жизни и здоровья объясняется социологическими теориями здоровья, такими как теория капитала (человеческого и социального), теория социального статуса, теория неравенства и социальной справедливости. Методологические подходы к исследованию качества жизни в его взаимосвязи со здоровьем в содержательном отношении весьма разнообразны. Так, Назарова указывает, что в исследованиях Института социально-экономических проблем народонаселения РАН качественное

состояние населения было «представлено в терминах потенциалов таких важных свойств человека, как здоровье (физическое, психическое, социальное), образование и квалификация (интеллектуальный уровень), культура и нравственность (социальная активность). Особое значение придается измерению способности к труду (трудового потенциала)» [3]. Назарова также отмечает, что качество жизни может рассматриваться через поведение по сохранению здоровья (самосохранительное, здоровье сберегающее поведение). Данное допущение основывается на созданной ею концептуальной модели взаимодействия поведения, статуса здоровья и качества жизни: поведение в отношении здоровья → статус здоровья → качество жизни. Как видим, модель связывает поведение по сохранению здоровья с уровнем здоровья, а уровень здоровья – с понимаемым качеством жизни [3].

По мнению Н.С. Данакина, «качество жизни характеризует структуру потребностей человека и возможности их удовлетворения». Немаловажное место в этой структуре составляют потребности, связанные со здоровьем. В свою очередь, потребности – регулятор поведения человека. Потому изучение качества жизни, связанного со здоровьем, должно неотъемлемо включать факторы образа жизни и поведения по отношению к здоровью (самосохранительного, здоровье сберегающего поведения). Таким образом, четыре компонента являются ключевыми в оценке качества жизни, связанного со здоровьем: условия жизни, образ жизни, удовлетворенность ими, поведение по отношению к здоровью. Поскольку социология медицины – это отрасль науки об обществе, основными методологическими принципами медико-социологического изучения качества жизни, связанного со здоровьем, очевидно, являются следующие. Качество жизни, связанное со здоровьем, на индивидуальном уровне базируется на особенностях социального статуса и социальных отношений индивида, как комплексный показатель здоровья населения (групп, общества) формируется на основе социальных процессов, воздействующих на ценностные ориентации,

установки, мотивации поведения в сфере здоровья. Социальное поведение в сфере здоровья (самосохранительное, здоровье сберегающее) посредством влияния на уровень здоровья регулирует качество жизни. Институциональной формой организации отношений по удовлетворению потребностей общества в высоком качестве жизни, связанном со здоровьем, являются отношения в сфере охраны здоровья населения. В деятельности организационных структур медицины как социального института и системы здравоохранения как его инструмента реализуются регулирующие функции медицинской культуры общества [4]. Методологический аппарат социологии медицины, сочетая подходы социальных и медицинских наук, дает широкие возможности для того, чтобы наиболее полно обосновать концепцию социального управления здоровьем населения и медико-социальным поведением в рамках приоритета качества жизни, связанного со здоровьем [6].

Внимание к качеству жизни, релевантного здоровью, как основному критерию эффективности лечения, при отсутствии реальной угрозы жизни пациента, является значимым результатом гуманизации врачебной практики. И, прежде всего, это связано с возрастанием значения субъективного фактора, отношения самого пациента к болезни. Как раздел естествознания медицина подвергается соблазну техницизма, когда проведение новейших исследований становится целью клинической работы. С ориентацией медицины на качество жизни пациента в контекст истории болезни включается в большей мере индивидуальность пациента, жалобы больного перестают играть вспомогательную роль, но учитываются как важнейший самостоятельный элемент. Не случайно, возрастающее число исследований по качеству жизни совпадает с трансформацией медицинской этики, в которой на первый план выдвигаются принцип уважения личности пациента, предоставление ему необходимой информации, возможность осуществления контроля за ходом исследования и (или) лечения, «терапевтическое сотрудничество» – участие больного в процессе оказания ему медицинской

помощи. Связанное со здоровьем качество жизни выступает как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии [5].

Концепция качества жизни в психиатрии предполагает интегративный подход к оценке этой характеристики, отражающей личностный смысл здоровья/болезни, выступает как составляющая многомерной функциональной системы адаптации и социальной реабилитации.

По мнению Katsching Hienz, концепция качества жизни в психиатрии должна быть основана на комплексной и дифференцированной оценке этого параметра. В рамках данного подхода необходимо выделять три компонента качества жизни: субъективное благополучие/удовлетворенность, выполнение (социальных) ролей, внешние жизненные условия (материальные, т.е. «стандарт жизни», и социальные, например социальная сеть и социальная поддержка) [7].

С 2008 года в Центре медико-социологических исследований проводилось исследование качества жизни больных с пограничными психическими расстройствами. В исследование были включены 98 респондентов мужского и женского пола трудоспособного возраста, страдающие пограничными психическими расстройствами, находящиеся на лечении в ГУЗ СОПБ им. Святой Софии с 2008-2010 гг. Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность 198 респондентов.

Исследование качества жизни проводилось нами с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Опросник ВОЗ КЖ-100 является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. Он имеет модульную структуру, где ядерный модуль измеряет те аспекты качества жизни, которые являются общими для всех людей, а специфические модули применяются для оценки

качества жизни тех, кто имеет определенные болезни или живет в особых обстоятельствах.

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер [8].

При исследовании качества жизни больных, страдающих пограничными психическими расстройствами, проблемы респондентов выявлены нами во всех исследуемых сферах (физической, психологической, социальной и духовной). В «Физической» сфере и сфере «Окружающая среда» различия в показателях качества жизни больных депрессивными неврозами и клинически здоровых лиц минимальны. И те и другие респонденты испытывают болевые ощущения и дискомфорт, неудовлетворенность, нет чувства защищенности и безопасности.

В остальных сферах отмечаются большие различия показателя качества жизни в группе респондентов, страдающих депрессивными расстройствами, и контрольной группе. У больных депрессивными расстройствами выявлено значительное снижение качества жизни в сфере «Уровень независимости», «Психологической» сфере и в «Духовной» сфере.

Полученные нами результаты позволяют рассматривать качество жизни как самостоятельный многофакторный показатель состояния больных при пограничных психических расстройствах. Введение в клиническую практику оценки качества жизни позволит объективизировать разработку

стратегий медико-социальной реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами, определить направления медико-социальной реабилитации, основанной на ресоциализации и восстановлении нарушенных болезнью функций, социальных ролей и связей.

Библиографический список

1. Новик А.А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Олма Медиа Групп. 2007.С. 19-20.
2. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Медицина. 2006. С. 62.
3. Назарова И. Б. Здоровье занятого населения: монография. М.: Медицина. 2007.
4. Данакин Н. С. К определению качества жизни // Качество жизни населения: показатели и пути повышения: сб. науч. тр. Белгород. 2004. V. 1. С. 14–18.
5. Сурмач М.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины // СОЦИОЛОГИЯ. 2011. V. 2. С. 102-104.
6. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. - М.: Медицина. 2002. С. 234-236.
7. Katsching Hienz. How useful is the concept of quality of life in psychiatry?// Psychological Medicine. 1998. V. 28. P. 159-164.
8. Диагностика здоровья: психологический практикум /под ред. Г.С. Никифорова. СПб «Речь». 2007. С. 454-484

ВРАЧ КАК ПРОФЕССИОНАЛ И СУБЪЕКТ ПРАВА: ДИХОТОМИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ

Как известно, медицинская деятельность регулируется профессиональными стандартами, этическими нормами и юридическими законами. Но если этическая составляющая не только выделяется как особая, но и присутствует во всех видах нормативной регуляции (в соответствии с природой морали), то профессиональная и юридическая детерминанты врачебной деятельности не всегда согласуются между собой. Поэтому встает вопрос – чем должен руководствоваться врач в ситуации нормативного конфликта – своими клиническими знаниями и навыками или буквой закона? Вопрос не риторический, поскольку всякое неэффективное действие врача, обычно, объявляется врачебной ошибкой, а она в общественном сознании приравнивается к преступлению, хотя в юриспруденции термина «ошибка» не существует.

Проблема врачебной ошибки всегда остается очень острой как в медицинском, так и в социальном контексте, поскольку деятельность врача с древних времен довольно жестко регламентировалась посредством различного рода социальных норм (морали, религии, права). Документальные упоминания о ненадлежащем врачевании, ошибках и их последствиях в России относятся ко второй половине XVI века. В России первыми официальными документами, предусматривающими наказание за ненадлежащее врачевание и ошибки, были указы 1686 и 1700 г., которые вошли в полное собрание законов Российской империи под названием «Боярский приговор о наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным». Советский период характеризуется ростом числа норм, предусматривающих уголовную ответственность медицинских работников, в связи с

чем проблема врачебной ошибки приобрела свою остроту применительно к потребностям судебно-следственных органов.

Традиционно понятие «врачебная ошибка» основывалось на *невиновном причинении вреда при наличии добросовестного отношения медицинских работников к своим обязанностям*. Здесь присутствует типичный изоморфизм между диагностикой и лечением: неверный диагноз всегда предполагает неверное лечение, но правильный диагноз не всегда предполагает отсутствие ошибок в лечении. Хотя их вероятность при правильном диагнозе резко снижается. И здесь встает вопрос о том, какой же вред вообще может принести врач пациенту?

В литературе выделяют четыре разновидности «медицинского вреда»:
а) вред, вызванный бездействием (неоказание помощи); б) вред, вызванный небрежностью или злым умыслом; в) вред, вызванный неквалифицированными (или необдуманно) действиями; г) вред, вызванный необходимыми в данной ситуации действиями [1, с. 40-45]. При этом классификация вреда проводится первоначально в этическом поле. А здесь существует такое понятие, как вред, нанесенный по необходимости. В принципе, корпоративная этика всегда позволяет коллегам оценить нанесенный их товарищем вред именно так. Но в этом случае правовая оценка уже не дается, предмет рассмотрения выводится из правового поля. Следовательно, предметом интереса в праве является вред здоровью как результат определенных действий. Причины и субъекты этих действий не персонифицируются и не идентифицируются. Предметом интереса в биоэтике является вред как непосредственное действие, совершенное медицинским работником на основании определенных мотивов. Этическая классификация вреда может быть полезна при правовой оценке, но она имеет смысл тогда, когда нанесение вреда является юридически установленным фактом. Мы полагаем справедливой следующую дефиницию: *врачебная ошибка - это невиновное причинение вреда здоровью или жизни лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических и/или*

реабилитационных мероприятий практикующим врачом, имеющим лицензию на деятельность данного рода. Но почему в массовом сознании россиян такое понимание врачебной ошибки не закрепилось? Во многом существование неверных представлений в этом вопросе зависит от агентов влияния на массовое сознание.

Интерпретация данных социологических исследований по проблеме врачебной ошибки показывает дифференцированное понимание данного феномена у специалистов и неспециалистов. Очевидно, что агентами формирования массового сознания в данном вопросе выступают а) профессионалы-медики и б) средства массовой информации, включая интернет-публикации. Нами проведено исследование, материалом для которого служили а) публикации в научной литературе, б) публикации в СМИ, в) мнения врачей и пациентов, г) клинические случаи. Применялись социологические методы: контент-анализ, фокус-группа, анкетирование. В качестве экспертов были привлечены работники судебно-медицинской экспертизы, это объяснялось тем, что судебно-медицинская экспертиза занимает как бы промежуточное пространство между медициной и правосудием. Разделяет она их или объединяет? Как раз это и удалось выяснить в ходе исследования.

По мнению половины экспертов, их заключения порой противоречат выводам следственных органов и только 10% отрицали расхождение мнений следствия и судебно-медицинского заключения в своей практической деятельности. Как видим, 90% экспертов косвенно признали конфликты с работниками правоохранительных органов. 80% экспертов указали, что основной причиной конфликтов с правоохранительными органами являются сроки выполнения экспертиз, 10% затруднились ответить, а 10% указали, что причиной конфликта чаще является «расхождение результатов экспертизы с мнением и желанием следователя». Получается, что разногласия, в основном, связаны с операциональной стороной экспертизы, а не с ее содержанием, поскольку наличие врачебной ошибки может установить только

профессиональный медик, но никак не юрист. Тем более не может выноситься достоверных суждений по этому поводу на уровне массового сознания. Тем не менее, суждения выносятся и, как правило, не в пользу врачей. Причина в том, что такие установки сознательно формируются у населения средствами массовой информации и интернет-авторами.

Достоверные данные о влиянии СМИ и Интернета на отношение к врачебной ошибке населения содержится в исследовании М. Ковалевой и А. Кузнецова [2, с. 45-48], которые провели контент-анализ публикаций по проблеме врачебных ошибок в СМИ. Им было отмечено, что количество Интернет-публикаций, посвященных врачебным ошибкам, постоянно растет, причем, под врачебной ошибкой понимают и неправильные действия врача, произведенные по независящим от него причинам, а потому не позволяющие признать его виновным в причинении вреда (12%), и любые действия, как врачей, так и медперсонала, нанесшие любой (!) вред пациенту (62%), и преступления врачей, повлекшие гибель пациента (26%). Анализ научных публикаций по проблеме показал, что представленные случаи можно оценить как врачебные ошибки в 20% (из них 10% проблематичны). Те же случаи оцениваются СМИ как врачебные ошибки в 39%. Иногда вместо термина «врачебная ошибка» употребляется термин «преступная халатность», это больше соответствует истине, но меньше упоминается в СМИ (19% - СМИ, 31% - научные публикации). 24% публикаций в СМИ содержали термин «врачебная ошибка», но он не имел смысловой нагрузки.

Сопоставив данные упомянутых и некоторых других исследований, мы сделали вывод, что проблема врачебной ошибки для массового сознания предстает в недифференцированном виде не только вследствие некомпетентности, но и под влиянием СМИ, которые не отличают ошибки от проступков и преступлений. Ими освещается, преимущественно, операционная сторона ситуации негативных результатов общения врача и пациента. Все это ведет к формированию в общественном сознании негативного образа врача, снижает уровень позитивных установок людей на общение с медицинскими работниками и, следовательно, на медико-профилактические мероприятия.

Такие публикации формируют фобии и у самих медицинских работников, способствуют их психологической дестабилизации и, следовательно, провоцируют новые ошибки.

Для того, чтобы выяснить, в чем состоит разница подходов к оценке врачебной ошибки отдельных социальных групп: профессионалов и потребителей медицинских услуг, нами была проведена фокус-группа. Участники группы рассматривали конкретные случаи врачебных ошибок и давали свою оценку. В результате были получены ответы на следующие вопросы:

Что такое врачебная ошибка? - Действие, имеющее негативный эффект для здоровья пациента, который, однако, не зависит от врача (*общеемнение*).

Можно ли избежать врачебных ошибок? - Нет (*общеемнение*).

Является ли врачебная ошибка а) преступлением, б) некачественным оказанием помощи? – Ни тем, ни другим (*общеемнение*) в) правонарушением? – Да (*пациенты, пострадавшие от врачебных ошибок*).

Можно ли снизить количество врачебных ошибок? - Да, если ввести обязательное страхование врачебной ошибки (*специалисты и представители следственных органов*). Да, улучшив условия труда врачей (*пациенты*).

Есть ли гарантия снижения числа врачебных ошибок?- Да, высокий уровень профессионализма (*общеемнение*).

В чем причины врачебных ошибок? - Отсутствие системного подхода в постановке диагноза; избыточная диагностика и избыточная лекарственная терапия; недостаточная квалифицированность медперсонала.

Кто должен возмещать ущерб, нанесенный при врачебной ошибке: врач? медицинское учреждение? Страховая компания? – Страховая компания (*общее мнение*).

Общим выводом дискуссии стал тот, что в случае ошибки врач не защищен. Но защищен ли он в других случаях?

Здесь нужно отметить, что одним из научных направлений всех Национальных съездов (Конгрессов) по медицинскому праву (Москва 2003,

2005, 2007, 2009) была именно проблема прав и обязанностей медицинских работников. Права пациента являются неотъемлемой составной частью прав человека, права медицинских работников – тоже, но внимания им уделяется в обществе гораздо меньше. Более того, врачи, как показали исследования последних лет [3], очень плохо осознают свои права и не умеют их защищать. Врачи также пока плохо ориентируются в понятиях «медицинская помощь» и «медицинская услуга», склоняясь к мнению, что услуги – это дополнительная помощь, оказываемая не в рамках страховой медицины, а за деньги клиентов [4]. Они считают, что имеют право на «терапевтическую привилегию», хотя понятие это сугубо этическое. Примеры можно продолжить. Но дело не только в низком уровне правовой грамотности врачей. Результаты исследования показали, что сами медицинские работники социально уязвимы во многих отношениях, прежде всего, в экономическом. В среднем затраты времени на получение профессионального медицинского образования составляют 9 лет. Средняя заработная плата опрошенных нами врачей составила примерно 1,5 МРОТ в месяц, что согласуется с данными исследований других авторов [5, с. 44-49]. Только 15% респондентов считали, что их труд оплачивается по справедливости, еще четверть считали, что это бывает иногда, большинство же (57%) дали твердые отрицательные оценки. Больше всего не устраивает врачей несоответствие заработка трудовому вкладу (63%).

Аналогичная ситуация и в правовом поле. В №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» есть глава – «Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья». Прав и обязанностей медицинских работников в сфере охраны здоровья здесь нет. Значит, они не граждане? Или они – бесправные граждане? Проведя такую жесткую редукцию, мы только хотели подчеркнуть, что и в новом Законе пациенты живут отдельно, а медицинские работники – отдельно. Их права и обязанности в документе никак не согласованы. Правам медицинских работников посвящена *Статья 72. Права медицинских работников и*

фармацевтических работников и меры их стимулирования. Всего прав медицинских работников в документе 7. Но в большинстве своем – это права их как граждан России, уже закрепленные в других правовых документах. Так, п. 1.1 данной статьи предусмотрен Конституцией РФ, пп. 1.2, 1.3, 1.5 – Трудовым Кодексом РФ. Так в чем же отличие прав медицинских работников от прав граждан вообще? В чем специфика их деятельности, требующая дополнительной нормативной регуляции?

Корреляция с правами пациентов проведена в *Статье 74. Ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности.* Там предусмотрено 6 ограничений для медицинских работников и 4 – для фармацевтических. В целом ограничения сформулированы так, чтобы соответствовать целям защиты прав пациентов – и в этом достоинство документа. Но не прописано обратное соотношение – обязанностей пациента как соответствующих задачам защиты прав медицинских работников. Анализ нового Закона РФ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» подтвердил необходимость дальнейшей работы в решении проблемы охраны прав медицинских работников, поскольку социальная задача приведения в соответствие прав пациентов и прав медицинских работников в нем не решена. Нам представляется наиболее убедительным один из вариантов ее решения, который, тем не менее, нуждается в обосновании.

Нормообразующую функцию в деятельности медицинских работников осуществляет не только государство. К тем, кто защищает их права диссертант относит корпоративные добровольные объединения (медицинские ассоциации) и независимые этические комитеты ЛПУ. Деятельность этих субъектов специально законодательством не прописывается, хотя регламентирующие документы разработаны и действуют. Кроме того, это нецелевые субъекты – защита прав врачей не является их основной задачей, но коррелирует с решением других заявленных задач. Таким образом, хотя некоторые институциональные признаки эти социальные субъекты и

имеют, неформальные компоненты в их деятельности играют достаточно большую роль для того, чтобы считать их полностью институализированными.

Так, проведенный нами опрос членов Волгоградской Медицинской Ассоциации показал, что они считают защиту прав врачей – одной из основных функций профессиональных ассоциаций (40,2%). Чаще других этот вариант ответа выбирали городские врачи (61%), реже – сельские (38%). На втором месте такая функция ассоциаций как выражение мнения врачей по поводу проводимых реформ здравоохранения (36,5%). На третьем месте – функция информационного обеспечения профессиональной медицинской деятельности (23,3%). В целом же все опрошенные были согласны с тем, что государство пока не готово использовать потенциал профессиональных ассоциаций для повышения эффективности поддержки медицинских работников.

Несколько большее влияние имеют независимые этические комитеты ЛПУ – их заключения могут приниматься судами, хотя все зависит от позиции судьи [6, с. 24]. Этические комитеты лечебных учреждений учреждаются как консультативные группы и привлекаются в тех случаях, когда возникают моральные трудности. Их прерогатива – обсуждение сложных этических проблем, возникших в клинической практике и формулировка рекомендаций о том, как эти проблемы следует решать. Смысл существования комитетов по этике и этических консультаций в том, чтобы не доводить проблемную ситуацию до суда, а попытаться решить на межличностном уровне, путем разумного соглашения. Этические комитеты формируются из независимых лиц, компетентных в вопросах биоэтики, которые могут оценить медицинскую сторону дела и дать советы не только практикующим врачам, но и пациентам.

Деятельность вышеназванных субъектов полезна и заслуживает внимания, но не достаточна для обеспечения защиты врачей конкретно в ситуации врачебной ошибки. Достаточным условием этого может быть только страхование профессиональной ответственности.

По данным нашего опроса, оказалось, что большинство врачей имеют заинтересованность в полисе страхования профессиональной

ответственности (89%), мотивируя ее обретением стабильности или запросами пациентов (60, 5%), однако не готовы приобретать полисы за свой счет. Основными причинами, затрудняющими процесс страхования профессиональной ответственности, по мнению врачей, является несовершенство, как профессионального законодательства, так и законодательства о страховании. Большинство респондентов видит в роли страхователя либо медицинскую организацию (42%), либо государство (29%). В интервью врачи в качестве причин, по которым они не желают или не могут застраховать свою профессиональную ответственность лично, большинство указало на низкий уровень оплаты труда в здравоохранении (73%). Полученные данные демонстрируют, что 70% врачей недостаточно осведомлены о возможностях страхования своей профессиональной ответственности, при этом 49% респондентов, из числа опрошенных отдают свое предпочтение, обязательной форме страхования, подразумевая под этим гарантии со стороны государства при возникновении страхового случая.

Наше исследование показало, что необходима юридическая модернизация собственно медицинской деятельности, основой которой является придание врачу статуса субъекта гражданско-правовых отношений. Ее следует рассматривать как *социальную задачу*, для реализации которой будут полезны следующие практические рекомендации:

1. Поскольку необоснованные медицинские вмешательства провоцируют социальные риски — возрастание зависимости пациентов от врачей — необходима этическая экспертиза Стандартов оказания медицинской помощи, а также создание сети больничных этических комитетов, которые проводили бы экспертизу случаев необоснованных вмешательств. Это, в свою очередь, требует разработки Министерством здравоохранения России специального Положения об этическом комитете медицинской организации.
2. Риск повышения властного ресурса медицины увеличивается в ситуации социальной незащищенности врачей. Государство должно оптимизировать свои функции в сфере правовой и экономической политики в

здравоохранении. Необходима разработка социологического мониторинга нововведений в оплате труда с позиций повышения социальной защищенности врачей.

3. Многие недостатки социальной организации нормативного обеспечения медицинской деятельности, как показало наше исследование, связаны с ее дискретностью. Несогласованности, а, порой, и разнонаправленности клинических стандартов, этических норм и законодательных актов можно избежать, если аккумулировать данные о состоянии нормативной регуляции медицинской деятельности на основе регулярного социологического мониторинга. Для этого необходимо открыть штатные должности социологов медицины в региональных органах здравоохранения.

4. Уже много лет ведется разработка федерального закона о страховании профессиональной ответственности врачей. Целесообразно завершить этот процесс принятием данного закона, поскольку без него система защиты прав пациентов, равно как и гарантии прав врачей работать не могут.

Библиографический список

1. *Седова Н.Н.* Правовые основы биоэтики. М.: «Триумф». 2004. – С. 40 – 45.
2. *Ковалева М.Д., Кузнецов А.В.* Доверие врачам: позиция СМИ и позиция пациентов//Биоэтика.2009.№2(4)–С.45 – 48.
3. *Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н.* Медицинские нормы и юридические законы. М., «Юрист». 2012.
4. *Михальченко Д.В., Фирсова И.В., Седова Н.Н.* Фирсова И.В. Социологический портрет медицинской услуги. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011.
5. *Доника А.Д., Кондрашов А.А., Руденко А.Ю.* Социокультурные маркеры урбанизации: уход из профессии (по материалам социологического исследования профессиональной группы врачей)// Социология города. 2012. №2. – с. 44 – 49.
6. *Седова Н.Н.* Зависимость независимых этических комитетов//Биоэтика. – 2009. - №1. – С.24.

Н.Г. Семедова-Полупан,
Чебоксарский филиал РАНХиГС, Чебоксары

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ КАК ОБЪЕКТ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)

Состояние здоровья населения страны является предметом исследования не только медицинской практики, но и государства, и общественности. Здоровье женщин выделяется своей общественно-политической значимостью, так как оно напрямую связано со здоровьем детей, а значит, с будущим государства и нации. На сегодня наиболее актуализированными проблемами в области здоровья женщин продолжают оставаться:

- Высокий уровень абортов, являющихся одной из ведущих причин бесплодия и невынашивания беременности.
- Невынашивание беременности, связанное с необходимостью развития системы интенсивной терапии и реанимации новорожденных, выхаживание недоношенных и маловесных детей (около 15% новорожденных нуждаются в интенсивном уходе), коррекция врожденных пороков развития.
- Состояние здоровья девочек-подростков, которое в последние годы имеет негативные тенденции.
- Гинекологическая заболеваемость среди девочек за последние пять лет выросла в 1,5 раза, что обусловлено ранним началом половой жизни, родами, абортами, инфекциями, передающимися половым путем.
- Показатели, характеризующие социально обусловленные заболевания подростков: алкоголизм, токсикомания, сифилис,

распространение ВИЧ-инфекции, свидетельствуют о необходимости межведомственного подхода к решению проблем молодежи, участия медицинских, образовательных, социальных структур, создание специализированных молодежных центров.

- Ухудшение репродуктивного здоровья супружеских пар. Доля бесплодных браков в стране — более 15%, зарегистрировано около 6,5 млн. женщин и около 4 млн. мужчин, страдающих бесплодием.

- Проблема абортов, невынашивания беременности, бесплодия требует обеспечения доступности оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

К началу XXI века рождаемость в России достигла рекордно низкой оценки. Число родившихся уменьшилось до 1,3 млн. в год. Коэффициент суммарной рождаемости — до 1,25 на одну женщину в репродуктивном возрасте. Это означает, что каждое поколение родителей воспроизводит себя в детях чуть более, чем на половину. Именно резкий спад рождаемости в период с начала 1990-х годов стал главной причиной депопуляции в России.

Ведущими факторами снижения рождаемости большинство российских и зарубежных исследователей считают факторы ухудшения уровня жизни населения и в целом обострение социально-экономической обстановки в стране. В то же время все эти процессы происходили и происходят на фоне весьма заметного ухудшения репродуктивного здоровья российских женщин.

Численность постоянного населения Чувашской Республики на 1 января 2013 года составила 1243,4 тыс. человек, сократившись за последний год на 3,6 тыс. человек.

Динамика численности населения определяется комплексом факторов, основными из которых являются естественное движение, состояние внутренних и межрегиональных миграционных процессов, социально-экономическая привлекательность административных территорий.

Сокращение численности населения происходило в основном из-за естественной убыли населения, вместе с тем, естественная убыль населения в

2012 году сменилась естественным приростом.

Перспектива демографического развития общества во многом предопределяется половозрастной структурой населения, от которой в значительной степени зависят уровни рождаемости, смертности, заболеваемости, брачности, миграции.

Численность детей в возрасте от 0 до 15 лет увеличилась по сравнению с 2011 годом и составила на начало 2012 года 17,1% от общего числа жителей.

На 1 января 2012 года численность мужчин в Чувашии составила 580,1 тыс.(46,5%), женщин — 666,9 тыс. человек (53, 5% от численности населения). На одну тысячу мужчин приходится 1149 женщин, в том числе в городской местности — 1224 женщины, в сельской — 1049.

Рост рождаемости — один из критериев устойчивого развития общества. В 2012 году в Чувашской Республике родилось на 1307 младенца больше, чем в 2011 году, коэффициент рождаемости увеличился на 8,5% и составил 14,0 на 1000 населения.

В сельской местности рождаемость традиционно выше, чем в городе, соответственно 14,4 и 13,8 на тыс. населения.

В республике возросло число повторных рождений. За 2012 год, по сравнению с 2011 годом, число детей, рожденных вторыми по очередности рождения, увеличилось на 10,7% и составило 6,991 ребенка, третьими — на 27,8% (1962 ребенка), четвертыми и более — на 15,5% (596 ребенка).

В 2012 году общий коэффициент смертности снизился на 2,2% по сравнению с прошлым годом и составил 13,3 на тыс. населения.

В результате положительной динамики показателей рождаемости и смертности на территории республики увеличилась ожидаемая продолжительность жизни населения до 69,66 года. Продолжительность жизни мужчин составила 63,44 года, женщин — 76,17 года. Разрыв продолжительности жизни мужчин и женщин в 2011 году составил 12,73 года.

В Чувашской Республике по состоянию на 1 января 2012 года проживали 666863 женщины, в том числе женщин репродуктивного возраста 48,9% в общей численности женщин. Удельный вес девочек в возрасте от 0 до 14 лет составил 14,4%. Количество женщин в возрастной группе 50 лет и старше — 36,7%.

Нарушение здоровья молодых женщин является весомым фактором ухудшения репродуктивного здоровья популяции, а также здоровья будущего поколения, которое может проявиться увеличением распространенности нарушений физического развития среди детей, а также увеличением доли ослабленных и больных детей.

В 2012 году удельный вес заболеваний женских половых органов в структуре обращаемости по поводу болезни мочеполовой системы у взрослого населения составил 40,8%. В структуре впервые выявленных болезней мочеполовой системы для заболеваний женских половых органов составила 48,5.

В структуре гинекологической заболеваемости ведущее место занимают воспалительные болезни женской половой сферы, эрозия шейки матки, расстройство менструальной функции. Рост частоты гинекологической патологии в определенной степени обусловлен внедрением современных медицинских технологий, способствующих улучшению диагностики таких заболеваний, как эндометриоз, расстройство менструации, бесплодие в браке.

В условиях современной демографической ситуации все большую актуальность приобретает проблема бесплодия, которым в Чувашии страдает 17-18% супружеских пар. В структуре бесплодного брака 60% составляет женское бесплодие. Основными Факторами бесплодия являются трубно-перитонеальный, эндокринный, мужской фактор, причины, смешанного генеза.

Один из резервов сохранения уровня рождаемости — увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи по лечению бесплодия в браке с использованием вспомогательных репродуктивных

технологий.

Центр «Семья», созданный на базе БУ «Президентский перинатальный центр» Минздравсоцразвития Чувашии, проводит эффективные методы по лечению бесплодия, в том числе экстракорпоральное оплодотворение, инсеминация спермой мужа, донора, суррогатное материнство, донорство ооцитов, микрохирургическое оплодотворение единичными сперматозоидами. В 2012 году проведено 854 процедуры ЭКО.

Ведущее место в структуре заболеваемости женщин занимает онкологическая патология, в том числе злокачественные новообразования репродуктивной системы. За период с 2008 по 2012 год заболеваемость женщин злокачественными новообразованиями увеличилась на 10,4%. На долю рака молочной железы приходится, в структуре злокачественных заболеваний среди женщин, 21,0%. Заболеваемость раком шейки и тела матки в 2012 году составила 12,0% и 19,7%. на 100 тыс. женского населения, соответственно.

Важная характеристика состояния репродуктивного здоровья женщин — частота аборт, нередко приводящая к развитию гинекологических заболеваний, бесплодию, осложнениям беременности и родов.

Работа по профилактике абортов в Чувашской Республике проводится службой планирования семьи, представленных в лечебно-профилактических учреждениях кабинетами охраны репродуктивного здоровья населения. В республике разработаны и внедрены программы по обучению навыкам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья для различных контингентов слушателей.

В рамках действующих целевых республиканских программ выделяются финансовые средства из муниципальных и республиканских бюджетов на приобретение средств контрацепции для бесплатной раздачи среди социально не защищенных слоев населения.

В Чувашской Республике общее число абортов снизилось по сравнению с 2008 годом на 31,2% и составило 9692 случая. Уменьшился показатель

абортов на 1000 женщин фертильного возраста. Начиная с 2008 года число родов в Чувашской Республике превышает число аборт.

В медицинских организациях Чувашской Республике внедряются современные методики безопасного аборта, постабортная реабилитации, направленная на сохранение репродуктивной функции и профилактика повторных абортов методами контрацепции.

В связи с переходом в 2012 году на критерии рождения, рекомендованные ВОЗ, уровень младенческой смертности повысился (по сравнению с 2011 годом) составил 5,3 на тыс., родившихся живыми.

Анализируя структуру младенческой смертности по основным классам болезней за 2012 год, отмечено, что в республике лидирующее место занимают болезни перинатального периода, врожденные аномалии, внешние причины смерти, инфекционные заболевания, болезни органов дыхания.

В республике внедрена система мониторинга, позволяющая отслеживать состояние детей в жизнеугрожающих ситуациях. Эту роль выполняют созданные при отделениях реанимации и интенсивной терапии БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздравсоцразвития Чувашии и БУ «Президентский перинатальный центр» Минздравсоцразвития Чувашии республиканские консультативные центры.

Снижение младенческой смертности достигнуто за счет многоступенчатой системы неотложной помощи, осуществляются персонифицированный экспертный анализ каждого случая смерти ребенка первого года жизни и определение степени его предотвратимости. Резервом снижения младенческой смертности являются дальнейшее развитие существующей в республике системы оказания медицинской помощи матерям и детям, медико-генетической службы с приоритетом профилактики врожденных пороков развития и наследственных заболеваний и качественной пренатальной диагностикой, совершенствование системы экстренной помощи матерям и детям.

Таким образом, последовательная реализация государственной

политики, направленной на стимулирование рождаемости, поддержку материнства и детства, оказание помощи молодым семьям и молодым женщинам, обеспечение доступности высокотехнологичной помощи матерям и детям, внедрению принципов здорового образа жизни, укреплению материально-технической базы учреждений, родовспоможения и детства способствует стабилизации показателей рождаемости в республике, снижению материнской, перинатальной, младенческой смертности.

И.Н. Симаева,

Институт региональных исследований Балтийского
федерального университета им. И. Канта, Калининград

СОЦИАЛИЗАЦИЯ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ: СУЩНОСТЬ И МЕХАНИЗМЫ

Социализация детей и молодежи в сфере здоровья (самосохранительная социализация) означает формирование у них ценностей, установок и навыков для здорового образа жизни подразумевает развитие общей культуры здоровья и самосохранения в обществе, системную работу на всех уровнях социальной организации и вовлечение в этот процесс институционального механизма охраны здоровья [5; 6; 7].

Социальные институты интегрируют и координируют как индивидуальные действия людей, так и социальные отношения в наиболее важных сферах человеческой жизни, причем задачи социальных институтов на разных этапах развития общества могут изменяться, в частности может произойти наделение их новыми функциями.

В охране здоровья как широко трактуемом явлении сегодня играют роль различные социальные институты и организации общества. Традиционно принято отдавать приоритет институту здравоохранения, существенное влияние оказывают социальные институты права, политики, семьи. Статистика заболеваемости и продолжительности жизни в РФ показывает, что здравоохранение, несмотря на все реформы, в настоящее время не справляется с обеспечением сохранения здоровья населения [3]. Другие же институты, к примеру, экономика и СМИ, затрагивают в своей деятельности лишь отдельные аспекты этой проблемы, либо даже противодействуют ее разрешению. Институт семьи претерпевает глубокий кризис и также не способен в полной мере обеспечить охрану здоровья детей.

На наш взгляд, в данной ситуации следует обратиться к наиболее влиятельному с точки зрения социализации институту — образованию.

Образование представляет собой единственный социальный институт, в который индивид активно включен на протяжении длительного и значимого с точки зрения социализации периода своей жизни. Для детей и подростков учебная деятельность является естественной, поэтому вопросы формирования здорового образа жизни, навыков самосохранительного поведения могут быть органично включены в учебно-воспитательный процесс. Благодаря многоступенчатой структуре системы образования существует возможность обеспечить преемственность на всех этапах ее формирования самосохранительной социализации детей и подростков [2].

Сущность самосохранительной социализации — целенаправленная и системная деятельность по формированию и развитию у обучающихся самосохранительных установок (аттитюдов) и поведения на протяжении всего времени их пребывания в образовательной системе, превенции негативных тенденций в сфере воздействия на социальные и индивидуальные факторы здоровья детей и подростков с целью минимизации негативного влияния на здоровье и создания условий, обеспечивающих безопасность их жизни и здоровья. Деятельность такого рода не может сводиться к отдельным мероприятиям, а как сквозной процесс должна пронизывать все учебные программы и дисциплины без исключения, охватывать математические, исторические, биологические и прочие аспекты индивидуальных и групповых установок и определенного опыта самосохранения.

Социально-психологический механизм социализации в сфере здоровья способен задействовать практически все первичные, вторичные и третичные факторы социализации для последовательного и целенаправленного формирования когнитивного, эмоционального и конативного компонентов самосохранительной установки, которая направляет самосохранительное

поведение и делает его избирательным, а также создать условия для ее устойчивой интериоризации.

Под самосохранительной социализацией средствами образования понимается планомерный процесс педагогического взаимодействия, направленный на организацию и стимулирование активных действий дошкольника, школьника или студента по овладению им системными диспозициями, стратегиями и навыками поведения, способствующими здоровью. Отдельные виды педагогической деятельности направлены на развитие навыков самоорганизации поведения для предупреждения риска некоторых заболеваний. В конечном счете, самосохранительная социализация обеспечивает устойчивые общие схемы самосохранительного поведения [2].

Методами самосохранительной социализации могут быть последовательное решение ряда педагогических ситуаций, в частности ситуаций стимулирования самосохранительного поведения, выбора его формы, успеха в достижении результатов в сохранении здоровья, оценка степени риска для здоровья в повседневной жизнедеятельности или исключительных обстоятельствах, решения проблемных задач при здоровом образе жизни; рефлексия и самооценка поведения в отношении здоровья, самокритика самосохранительного или саморазрушительного поведения, подчинения и убеждения в процессе изменения самосохранительных установок, ограничения в жизнедеятельности (режима, питания, привычек и т. д.). Весьма эффективным может стать освоение новых способов деятельности в игровых ситуациях для анализа самосохранительных компетенций, стереотипов, установок, тренинговые ситуации, ситуации ответственных решений, угрозы наказания, конфликтные ситуации и т. д. [6; 7].

В деятельности большинства образовательных учреждений сегодня обнаруживаются лишь зачатки деятельности по самосохранительной

социализации обучающихся. В программных документах школ и детских садов (миссии, стратегии или программе развития) нередко можно обнаружить идеи охраны здоровья и формирования здорового образа жизни в качестве одной из задач или критериев деятельности. Однако, нередко заявленные цели (критерии) охраны здоровья обучающихся вступают в противоречие с характером и методами организации учебного процесса, внеучебной работы и всей организации жизни учебного заведения.

Планирование и организация учебно-воспитательного процесса, а также разработка программ всех учебных дисциплин не учитывают такой критерий, как формирование компетенций в сфере здоровья и готовности к самосохранительному поведению и не имеют систематического характера. Вопросы здоровья и здорового образа жизни, как правило, рассматриваются (достаточно односторонне) в рамках изучения специальных учебных дисциплин (таких, как «Основы безопасности жизнедеятельности») и не интегрированы в содержание остальных предметов, тогда как необходимо постоянно завуалированно и в доступной возрасту форме транслировать эталоны самосохранительного поведения в процессе обучения. В отсутствие такого «непрерывного обучения здоровью» нарушается один из важных принципов эффективной социализации — многократности повторения информации.

В планировании воспитательной деятельности образовательного учреждения компоненту, связанному с охраной здоровья и формированием самосохранительного поведения, как правило, принадлежит очень скромное место. Можно говорить лишь об отдельных мероприятиях, так или иначе соотносящихся с проблемой охраны здоровья. Однако, не будучи встроенными в общую систему работы по охране здоровья и нередко имея формальный характер, они не только не дают желаемого результата, но и имеют обратный эффект (так, по данным исследований, после кампаний

борьбы с курением число курильщиков среди обучающихся возрастает) [1; 4].

Анализ воспитательной практики образовательных учреждений также показал, что по мере повышения ступени образования активность и значимость такой работы в жизнедеятельности учебных заведений снижается. Соответственно все меньше внимания уделяется и вопросам охраны здоровья и формирования самосохранительного поведения, что не позволяет реализовать принцип своевременности при обучении детей и подростков нормам и навыкам здорового образа жизни. В итоге выявлена печальная тенденция: чем больше индивид находится в системе образования, тем хуже состояние его здоровья [2]. Иными словами, институт образования латентно оказывает негативное влияние на здоровье обучающихся.

На наш взгляд, сложившаяся ситуация требует определить новую функцию для института образования помимо обучения и воспитания: осуществление самосохранительной социализации обучающихся путем формирования специального механизма развития, прогнозирования и регуляции здорового образа жизни — воздействия на систему ценностей, правил и норм поведения и контроля над ними, ответственности за самосохранительное поведение. А также создания институциональных правил, которые будут препятствовать развитию тех или иных отклонений и возвращать поведение в здоровое русло.

Охрана здоровья эмерджентно связана с транслирующей, коммуникативной и другими функциями образования, а также с функциями системы здравоохранения, экономики и других общественных институтов, поэтому ее реализация будет способствовать обеспечению непрерывности и устойчивости общественной жизни.

В настоящее время институт образования латентно выполняет дисфункцию охраны здоровья, поскольку цели и задачи образования достигаются зачастую ценой разрушения здоровья детей и молодежи [2; 4].

Необходимо устранить дисфункцию, угрожающую выживанию нации, и внести в функционирование института образования принципиальные изменения, которые позволят использовать потенциал и возможности системы образования для формирования, развития и укрепления здоровья как функционального ресурса у детей и молодежи.

Библиографический список

1. *Кислицина О. А.* Масштабы распространения курения и потребления алкоголя среди детей, подростков // Дети и молодежь. Интернет-конференция. URL: <http://ecsocman.edu.ru/text/33372865>.
2. *Симаева И.Н., Алимтиева А.В.* Охрана здоровья и образование: институциональный подход: монография. – Ч. 1; Калининград, 2010. Ч. 2-Калининград, 2011.
3. Совещание по вопросам детского здравоохранения: 16 мая 2011г. Моск. Обл. Горки. <http://www.kremlin.ru/ntws/11246>.
4. *Шубочкина Е. И., Молчанова С. С., Куликова А. В.* Образ жизни подростков и риски ухудшения здоровья // III Всероссийский социологический конгресс: программа, тезисы докладов, публикации, организаторы. М., 2008
5. *Яковлева Т. В.* Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи // Общенациональный форум «Здоровье детей — основа здоровья нации»: материалы форума. М., 2009. С. 2—6.
6. Essentials of health behavior: social and behavioral theory in public health / M. Edberg. Jones and Bartlett Publishers Inc., 2007.

7. *Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. CA, 2008.*

А.Ф. Сокол,
Израильская Независимая Академия развития наук, Беер-Шева
Р.В. Шурупова,
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова НИИ СМЭЗ и МС, Москва

ГРАНИ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА: ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Профессия врача занимает исключительное место среди профессий, созданных человечеством. По справедливому мнению академика РАМН А.В. Решетникова [1], «медико-социальное поведение (в частности, врачей-авт.) должно быть рассмотрено в контексте адаптации к *современной действительности*». По его же замечанию, «медико-социологические исследования особенно важны для врача-практика, поскольку понимание собственной роли и роли пациента помогает снизить количество ошибок в прогнозировании последовательности действий».

Рассматривая личность врача, в ней можно выделить условно несколько граней:

1. Грань профессиональной культуры;
2. Грань мыслительной деятельности;
3. Грань профессиональных знаний и умений;
4. Грань общей культуры и общечеловеческих качеств.

Все грани, естественно, реализуются в интегральной и согласованной форме. Это, однако, не исключает их отдельного изучения и совершенствования и последующего синтеза полученных результатов. Другими словами, выдвигается идея **концептуального** подхода к проблеме формирования многогранных качеств врача.

Недостатки профессиональных и личностных качеств врача, работающего в условиях высоких технологий в медицине, обусловлены:

1. Недостаточным знанием некоторых общих вопросов эволюции и динамики болезней, больных и образа врача в современной медицине;

2. Нередкой заменой клинического мышления разрешающей способностью аппаратно-инструментальных методов;

3. Недостаточным пониманием некоторых общих принципов профессионального и общекультурного совершенствования.

Перечисленные проблемы в их взаимосвязи явились предметом нашего изучения.

Каждая эпоха накладывает отпечаток на образе врача, в известной мере формирует его общечеловеческие и профессиональные качества. Однако при всех изменениях социально-экономических формаций, незыблемыми остаются базовые качества врача: умение общаться с больными и его близкими, сострадание, бескорыстие, профессионализм, высокая профессиональная и общая культура.

Вопросы взаимоотношений врача и больного, морально-этические принципы врачевания и медицины интересовали врачей далекого прошлого (Гиппократ, Авиценна. Маймонид). Многие их советы не потеряли своей актуальности и до нашего времени.

Известные клиницисты и писатели обеспокоены низким общекультурным уровнем многих, особенно молодых, врачей [2; 3; 4; 5].

Особенности развития современной медицины, ее технологизация и коммерциализация, тревожное разобщение врача и пациента, неудовлетворенность общества перекосами в формировании врача вызвали к жизни ряд работ (преимущественно диссертационного характера), выполненных социологами, психологами, философами, педагогами и посвященных различным аспектам формирования личности врача и социологии пациента [6; 7; 8; 9].

Анализ этих проблем позволил выявить противоречия между планируемой системой подготовки врачей и конечным результатом этой подготовки в современных социально-экономических условиях:

1) Имеются недостатки профессиональной подготовки (слабое владение физическими методами непосредственного обследования больного, недооценка данных тщательного анамнеза);

2) Изменение профессиональной ментальности (ориентация главным образом на аппаратно-инструментальные и лабораторные методы);

3) Когнитивные изменения (снижение уровня клинического мышления и принятие подчас неверных решений, опирающихся исключительно на технологический прогресс);

4) Недостаточный уровень общей и профессиональной культуры. Эти противоречия определяют актуальность рассматриваемой проблемы.

Известно, что одним из важных направлений социологии медицины является социология врачебных профессий, социология болезни и поведения больного, взаимоотношения между врачом и больным.

В соответствии с выделенными нами гранями личности современного врача рассмотрим

а) Пути повышения профессиональной культуры ;

б) Пути оптимизации мыслительной деятельности врача;

в) Пути оптимизации профессиональных и личностных качеств врача.

Пути повышения профессиональной культуры врача.

Профессиональная культура предполагает знание общих вопросов, закономерностей развития и течения болезней, особенностей больных и образа врача в современной медицине.

Образы болезни и больного в современной медицине.

Прежде всего следует указать на преобладание в общетерапевтической практике больных хроническими заболеваниями (хронизация болезней). Достижения медицинской науки обусловили значительное увеличение продолжительности жизни при заболеваниях, которые ранее были совершенно или в значительной степени неизлечимыми.

Весьма существенной особенностью является длительное, на протяжении лет и десятилетий сохранение бытовой и профессиональной трудоспособности на фоне хронических заболеваний.

Характерной особенностью болезней нашего времени является полиморбидность, т.е. наличие у одного больного нескольких заболеваний.

Современный образ жизни, его бешеный темп, постоянное предчувствие любого рода катастроф (война, терроризм, ядерная угроза, землетрясение и др.) породили массовую невротизацию населения.

В последние десятилетия наблюдается тревожный рост депрессивных состояний. Весьма нередко терапевтические болезни сочетаются с аллергическими реакциями.

В тесной связи с побочными эффектами медикаментозной терапии находятся ятрогенные болезни, т.е. болезни, вызванные словом и действиями врача.

Следует отметить увеличение числа больных старших возрастных групп. В конечном итоге это связано с удлинением продолжительности жизни в развитых странах. Значительное количество, если не большинство, больных имеет избыточную массу тела вплоть до выраженных степеней ожирения.

Характерной особенностью современного больного является большая фармакологическая зависимость и употребление большого количества лекарств в связи с множеством болезней.

Психологически современного пациента можно охарактеризовать следующим образом. Обращает внимание возросшая образованность больных. Однако последняя не всегда совпадает с культурой и интеллигентностью.

Наводнение книжного рынка огромным количеством псевдонаучных книг и брошюр, особенно в области т.н. альтернативной медицины, Интернет обещают легкие, необременительные и эффективные пути исцеления практически от всех болезней и формируют у больных переоценку своего

понимания медицины. Практическим врачам хорошо известна определенная категория больных, скептически относящихся к врачебным назначениям и пытающихся вовлечь врача в «научную» дискуссию. Собственное представление о медицине нередко является причиной нарушения врачебных предписаний, произвольного изменения программы лечения и склонности к самолечению.

Образованный и начитанный больной понимает важность профилактики и здорового образа жизни на словах, при их частом игнорировании на деле.

Особенностью современного больного является обостренный интерес к ненаучным методам диагностики и лечения, что значительно затрудняет работу врача и чревато серьезными последствиями для самого больного.

Следует остановиться на вопросе о роли и месте пациента в принятии решения в клинической практике [10].

Несомненно, при минимальной возможности следует считаться с мнением пациента и его отношением к проводимым исследованиям и назначенному лечению. Следует подчеркнуть, что и сам пациент должен быть обучен правильному общению с врачом. Только согласованная работа врача и пациента обеспечивает выбор оптимального решения.

«Пациент имеет право решать не потому, что его решение более разумно, а потому, что это его решение» (Д.Б. Добс).

Образ врача в современной медицине.

Диалектика вещей такова, что за все достижения современной медицины мы платим большую цену: потерей врачами некоторых существенных качеств, свойственных врачам «старого времени».

Высокая разрешающая способность современных аппаратно – инструментальных методов значительно снизили интерес врачей к физикальным методам исследования.

Умению думать в медицинском вузе уделяется гораздо меньше внимания, нежели запоминанию многочисленных фактов.

Для современного врача характерна безмерная интенсификация труда, особенно в условиях поликлиники.

Такая сверхинтенсивная работа связана с другой особенностью современной медицины – с ее коммерциализацией.

Чрезмерные нагрузки, ненормированный рабочий день, постоянное напряжение из-за возможных профессиональных ошибок в связи с нехваткой времени, необходимость значительных усилий для повышения квалификации создают условия для развития синдрома эмоционального (синоним: профессионального) выгорания.

Наш клинический и педагогический опыт согласуется с мнением профессора Н.В. Эльштейна [11] об усредненных особенностях современного врача: «большой отход от классических методов диагностики с переоценкой аппаратно-инструментальных данных; все более выраженный упрощенный экономический подход к врачеванию; тенденция ко все большей дегуманизации медицины, при которой игнорируются психологические, типологические характерологические особенности пациента; нежелание врача вникнуть в домашний, рабочий «климат» и социальные условия жизни больного».

Таким образом, создавшаяся система медицины в конкретных социально-экономических условиях наряду с колоссальным прогрессом в области диагностики и лечения оказала нежелательное воздействие на формирование образа врача.

Важно отметить то обстоятельство, что особое значение в формировании образа врача имеют разные точки зрения различных сообществ.

Так, по результатам фокус-группы, проведенной с профессорско-преподавательским составом Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, обучающимся по

программе "Преподаватель высшей школы" (2011 год), был представлен следующий образ врача.

С точки зрения СМИ - низкоквалифицированные, низкооплачиваемые, малоуважаемые.

С точки зрения врачебного сообщества - в большинстве - это квалифицированные люди, однако, ввиду низкой оплаты, ведущей к большим перегрузкам, не занимаются повышением квалификации, не умеют общаться. Негативное отношение СМИ подрывает авторитет врача.

По мнению респондентов, идеальный врач: высококвалифицированный, повышающий свой профессиональный уровень, сопереживающий, уделяющий достаточное внимание пациентам и родственникам. Повышенная заинтересованность в своём труде.

Реальный врач имеет средний уровень профессиональных знаний. В большинстве случаев вынужден совмещать несколько работ [12].

Пути и методы оптимизации мыслительной деятельности врача

О количестве необходимой и достаточной диагностической информации

Впервые в медицинской литературе предпринята попытка определения максимального количества признаков, необходимых и достаточных для постановки диагноза. Теория информации предлагает следующую формулу Шеннона-Хартли [13]: если сообщение указывает на N равноправных вариантов, то оно несет количество единиц информации, равное $\log_2 N$. Следовательно, зная общее число симптомов, можно определить то их количество, которое необходимо и достаточно для распознавания данного заболевания. Оно будет равно двоичному логарифму числа всех признаков.

На основе формулы Шеннона-Хартли произведен расчет максимального количества признаков для распознавания важнейших классов эндокринных заболеваний. Так, например, общее количество симптомов при

сахарном диабете равно 72, количество необходимых для распознавания симптомов равно 6,17.

Определение вероятности и сравнительной ценности симптомокомплексов в диагностике заболеваний.

В реальной клинической практике решающее значение приобретает не столько частота отдельных признаков, сколько частота сочетаний признаков. Для определения вероятности двух и более независимых признаков использовалась теорема умножения теории вероятностей [14].

При этом задача формулировалась следующим образом: если в определенном числе испытаний (наблюдений) установлена вероятность двух или более независимых событий (признаков), какова вероятность их совместного появления у каждого больного данным заболеванием?

Чем выше вероятность сочетания признаков, тем более это сочетание характерно для данного заболевания.

Разработка алгоритмов дифференциальной диагностики.

Как свидетельствует клинический опыт и результаты моделирования диагностических ситуаций в учебном процессе, использование алгоритмов повышает эффективность диагностики в 5-25 раз.

Одним из авторов этой статьи разработан комплекс алгоритмов дифференциальной диагностики целого класса заболеваний (болезни эндокринной системы). Кроме того, разработаны экспресс-программы диагностики основных заболеваний эндокринной системы. Эти исследования отражены в книге «Диагностические алгоритмы в эндокринологии [15].

Создан также системный алгоритм диагностики всех неотложных состояний в эндокринологии. Поскольку большинство острых ситуаций в эндокринологии встречается редко, их изучение в реальной клинической практике весьма затруднительно. В связи с этим используются любые формы моделирования этих ситуаций (клинические задачи, деловые игры и др.). Как

свидетельствует опыт, при таком подходе мыслительная деятельность студентов и врачей значительно оптимизируется.

В доступной литературе и при поиске в Интернете не обнаружены аналоги предлагаемого алгоритма.

Некоторые клиницисты [16] предостерегают молодых врачей от чрезмерного упования на алгоритмы, что может привести к угасанию собственного творческого подхода к решению задач. Алгоритмы занимают значительное место в диагностике, но не исчерпывают ее содержания.

Анализ когнитивных ошибок в работе врача.

Среди причин, тормозящих эффективность медицины, ведущее место занимают врачебные ошибки.

На примере отдельных случаев нами показано, что причиной когнитивных ошибок являются стандартная модель мышления, игнорирование анамнеза и существенных клинических признаков, психологическая неподготовленность к возможности атипичного случая.

Агрессивная, иногда изошренная, иногда откровенно циничная рекламная деятельность фармацевтических фирм нередко навязывает врачу выгодное им решение о лечении больных с использованием рекламируемых препаратов.

Следует остановиться на принципе Гиппократа «не навреди». Этот принцип, чрезвычайно важный для клинической практики, иногда является неким самооправданием врача в случае его профессиональной пассивности.

Отказ от активных действий – нередкая причина когнитивных ошибок врачей.

С позиций современной психологии можно выделить несколько вариантов когнитивных ошибок врачей, которые должны быть предметом специального изучения на медицинских факультетах.

Пути и методы совершенствования профессиональных и личностных качеств врача.

Сформулированные одним из авторов 25 советов начинающим врачам, изданное пособие о взаимосвязи литературы и врачевания широко используются на занятиях с обучающимися в медицинских вузах с целью совершенствования профессиональных и личностных качеств врача.

По мнению У. Ослера, будущие врачи должны знать литературу не хуже, чем медицину. В США на медицинских факультетах начали преподавать литературу и искусство. Установлено, что студенты, изучавшие литературу и живопись, значительно больше преуспели в изучении специальных дисциплин [17].

Как свидетельствуют наши исследования, для совершенствования современного врача еще далеко не исчерпаны все методы и средства.

Библиографический список

1. Решетников А.В. Социология медицины. – М., 2010.
2. Воробьев А.И. – цит. по: Сокол А.Ф. Этюды клинической медицины. – Беер-Шева, 2010.

3. *Лаун Б.* Утерянное искусство врачевания (пер. с англ.). – М., 1998.
4. *Залманов А.С.* Глубинная медицина. – М., 1997.
5. *Казинс Н.* Анатомия болезни с точки зрения пациента (пер. с англ.). – М., 1991.
6. *Ясько Б. А.* Психология личности и труда врача. – М., 2005.
7. *Шурупова Р.В.* Концепция формирования и реализации социальной роли врача-педагога в отечественной медицине. – Дис. ... д-ра социологически наук. – Волгоград. 2011.
8. *Ефименко С.А.* Социология пациента. - Дис. ... д-ра социологических наук. - М., 2007.
9. *Ковелина Т.А.* Медицинская деятельность: профессия и призвание. – Краснодар, 1994.
10. *Ефименко С.А., Сокол А.Ф.* Роль и место пациента в принятии решений в клинической практике. – «Мысль». – Ашдод. 2013. - № 21 (в печати).
11. *Эльштейн Н.В.* Врач, больной и время. – Таллинн, 1983.
12. *Шурупова Р.В., Макарова И.И.* Преподаватель медицинского вуза: творчество и профессиональное самообразование /Международный конгресс по здравоохранительному праву стран СНГ и Восточной Европы 7-9 ноября 2012 года, г. Москва. Сборник тезисов докладов. – М.: ИЦ Интермедия, 2012. - С.227
13. *Тростников В.Н.* Человек и информация. – М., 1970.
14. *Гмурман В.Е.* Теория вероятностей и математическая статистика. – М., 1972.
15. *Сокол А.Ф.* Диагностические алгоритмы в эндокринологии.- Ленинград, 1981.
16. *Группмэн Д.* Как думают доктора? (пер. с англ.) . – М., 2008.
17. *Рогачев В.* Русская классика на службе американской медицины. – <http://www.rusedina/ org/>

Е.М. Соколова,
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава
России, Саратов

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Последние несколько десятилетий проблематика профессионального самоопределения лиц с ограниченными возможностями здоровья является предметом интереса российских и западных социологов, психологов и педагогов [2; 3; 4].

В России статистические данные о заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни, отражают снижение уровня здоровья молодежи. Начиная с 1995 года по 2009 год, эти показатели увеличились с 4653 до 6751 человек [1].

Отмечено, что за последние 5 лет существует устойчивая тенденция увеличения состава студентов с ограничениями по здоровью. В связи с увеличением численности молодых людей с ограничениями по здоровью, обучающихся в вузах, возникает необходимость решения данной проблемы на государственном и региональном уровнях.

Динамика состава студентов первых курсов с ограниченными возможностями здоровья, занимающихся в спецгруппах Саратовского медицинского университета представлена следующим образом: в 2005-2006 уч. г. – общее количество студентов составило 1905 чел, из них 434 человека (22, 78%) занимались в спецгруппах; в 2006-2007 уч. году из 1964 обучающихся занимались в спецгруппах 461 чел. (23, 47%); в 2007-2008 уч. году из 2046 обучающихся занимались в спецгруппах 498 чел.(24, 13%); в 2009-2010 уч. году из 2095 студентов обоих курсов занимались в спецгруппах 534 чел. (25, 5%); в 2010-2011 уч. году из 2169 обучающихся занятия в спецгруппах посещали 621 чел. (28, 63%). Данная статистика определяет общую тенденцию снижения уровня здоровья молодых людей в

России.

Выбор и получение профессии является определяющим этапом жизненного пути для любого молодого человека. Помимо работы государственных и социальных институтов, оказывающих помощь лицам с ограничениями здоровья, для каждого индивидуально существует необходимость решения данной проблемы.

Интересным представляется тот факт, что лица с ограниченными возможностями здоровья пытаются решить проблемы, связанные с состоянием здоровья, выбирая профессию врача. Во многом этому способствует создание безбарьерной образовательной среды в медицинском вузе.

В процессе профессионального самоопределения молодому человеку помимо мотивации получения профессии необходима достоверная информация о состоянии и возможностях собственного здоровья. Для лиц с ограничениями здоровья выбор профессии врача определяется не только возможностью преодоления и решения собственных проблем со здоровьем в рамках профессиональной деятельности. Это еще и возможность развиваться, приобретая знания, наличие которых определенно будет способствовать полноценному образу жизни. Тем более, что профессия врача является одной из наиболее трудоемких профессий. Получение медицинской профессии требует огромных усилий от личности, учитывая динамику инноваций в развитии современной медицины. При выборе конкретной специализации в медицине важно адекватно оценивать собственные физические и психологические возможности, необходимые для ее успешного освоения. Особенно важно это при наличии определенной степени нарушения жизнедеятельности.

Профессиональная деятельность медика по своей природе связана с различными рисками, поэтому процесс профессиональной социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья в медицине является наиболее сложным процессом. Возникает вопрос – является ли медицинское

образовательное пространство достаточно толерантным и, вместе с тем, доступным в плане организации образовательной среды для лиц с ограничениями здоровья?

В организационном плане медицинское образование само по себе сопряжено с определенными трудностями и имеет свою специфику. Прежде всего, это интенсивность обучения. Студентам-медикам приходится учиться дольше остальных по количеству лет обучения. Также часы учебной нагрузки в неделю превышают нагрузки в других вузах. Удаленность учебных корпусов и клинических баз друг от друга, необходимость быстрого передвижения по городу за учебный день – это те обязательные условия обучения, к которым необходимо адаптироваться студенту-медику в первый год обучения.

Студент-медик для того, чтобы соответствовать современным требованиям жизни и профессии, должен развиваться в интеллектуальном, нравственном и коммуникативном направлениях, проходя последовательно все этапы профессионального совершенствования. Врачу необходимы такие качества как высокий уровень интеллектуального развития, хорошо развитая логическая память, быстрота реакции, психоэмоциональная стабильность, способность переносить большие физические нагрузки. Все эти характеристики представляются идеальной моделью мотивации самосовершенствования в достижении поставленной цели. Таким образом, очевидно, что выбор, а затем и освоение профессии врача для лиц с различными ограничениями по здоровью, являются определенным этапом жизненного самоопределения, результатом которого должна стать интеграция в профессию и общество.

Определенно, что поступая в медицинские вузы, абитуриенты с ограничениями возможностями здоровья, помимо желания разобраться и понять проблемы своего недомогания надеются встретить толерантное отношение к своему соматическому состоянию со стороны студенческого и преподавательского коллектива.

Изначально у многих студентов возникает желание скрыть свои нарушения здоровья. Так, студентка I курса медицинского университета в интервью рассказала, что скрывала свой диагноз из-за страха показаться больной перед однокурсниками (студентка Н., 17 лет, диагноз – сахарный диабет). Очевидно, что не все преподаватели относятся терпимо к лицам с ограниченными возможностями здоровья, поэтому необходимо уделять должное внимание внедрению определенных методик и курсов для повышения квалификации преподавательского состава, а также организации социальной помощи для соответствующего контингента обучающихся. Таким образом, существует необходимость формирования толерантного отношения студентов и преподавателей к лицам с нарушениями здоровья.

Можно утверждать, что обучение лиц с ограничениями по здоровью в медицинском вузе воспитывает и улучшает студенческий коллектив, демонстрируя при этом гуманистические принципы развития современного общества. Взаимодополнение медицинской и социальной поддержки для студента с ограничениями по здоровью, является лучшим подтверждением слогана «медицина - гуманная профессия». Ведь именно медицинская среда должна быть наиболее толерантной к людям, испытывающим проблемы со здоровьем. Необходимой составляющей процесса профессиональной социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья в медицинском вузе является организация необходимой медицинской, социальной и психологической помощи.

Библиографический список

1. Молодежь в России. – Статистический сборник. М., 2010. – 166 с.
2. Старкова Е.В. Доступность высшего образования: оценка экспертов // Журнал исследований социальной политики. 2006. Т. 4. № 2. С. 183-204.
3. Холл Дж., Тинклин Т. Студенты-инвалиды и высшее образование // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2. № 1. С. 115-126.

4. *Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В.* Проблема доступности высшего образования для инвалидов. Социологические исследования. 2005. №10. С. 48-56.

А.К. Соловьев,
Пенсионный фонд Российской Федерации, Москва

ПРОБЛЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ПЕНСИОННОЙ СИСТЕМОЙ В УСЛОВИЯХ НОВОГО ЭТАПА РЕФОРМИРОВАНИЯ

Достижение целевых ориентиров развития пенсионной системы, обозначенных в КДР-2020, а также принятого в декабре 2012 г. программного документа - Стратегии долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации затруднено, в первую очередь, по причинам внешних по отношению к пенсионной системе неблагоприятных условий - финансового кризиса 2008 г., и недостаточных темпов развития экономики в посткризисный и рецессионный период.

На ее долгосрочное развитие наибольшее влияние оказывают демографические и макроэкономические риски. Для эффективной реализации пенсионных прав застрахованных лиц необходимо ускорить позитивные демографические тенденции, с одной стороны, и стабилизировать социально-значимые макроэкономические параметры: разработать механизмы повышения заработной платы, снижения инфляции, стабилизации рынка труда и расширения форм занятости граждан и др.

Финансовый кризис 2008 г. внес коррективы в реализацию целевых ориентиров КДР-2020. Существует три проблемы:

- низкий уровень жизни пенсионеров, который в первую очередь обусловлен медленным и непоследовательным продвижением страховой пенсионной реформы, низким уровнем заработной платы и высоким уровнем инфляции;

- наличие, начиная с 2005 г. страхового дефицита по причинам, внешним по отношению к пенсионной системе: недостаточным ростом экономики, наличием большого объема скрытой заработной платы;

- проблемы достижения рекомендованного МОТ уровня коэффициента замещения.

Существующая пенсионная система многоукладна, ее отличает большой объем пенсионных обязательств, сформированных еще в советский период, а так же переход от бюджетной формы финансирования к страховой.

Стратегическими целями развития пенсионной системы исходя из задачи последовательной реализации страховых принципов являются:

- обеспечение долгосрочной устойчивости пенсионной системы;
- повышение размера трудовой пенсии до уровня мировых стандартов (коэффициент замещения на уровне 40%);
- обеспечение государственных гарантий минимального уровня обеспечения всех пенсионеров.

Все дальнейшие действия по развитию пенсионной системы должны быть направлены на выработку экономического механизма решения этих проблем.

- 1) совершенствование тарифной политики, включая базу для начисления страховых взносов и уплату страховых взносов самозанятым населением;

- 2) определение целевых источников финансирования трудовых пенсий по старости, назначенных до наступления общеустановленного пенсионного возраста;

- 3) проведение параметрических изменений продолжительности страхового стажа и усиления мотивации продолжения трудовой деятельности

после наступления общеустановленного пенсионного возраста как альтернативы повышения пенсионного возраста;

4) преобразование формулы исчисления трудовой пенсии в целях обеспечения адекватности пенсионных прав и пенсионных обязательств;

5) совершенствование обязательных пенсионных накоплений.

В процессе разработки Стратегии долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации именно пенсионная реформа рассматривается как главная экономическая угроза, поскольку дальнейшее развитие пенсионной системы в сложившемся формате сопряжено с неотвратимой необходимостью реализации государственных гарантий сохранности накопленных (не следует путать с индивидуальными пенсионными накоплениями в рамках системы обязательного пенсионного страхования) государственных пенсионных обязательств.

Многолетняя практика функционирования пенсионных систем развитых западных стран подтвердила, что только экономическая заинтересованность каждого участника пенсионной системы (застрахованного лица-работника, страхователя-работодателя и страховщика) обеспечивают долгосрочную финансовую устойчивость пенсионной системы, гарантируют ее автономность и независимость от политической и социальной конъюнктуры в государстве.

В условиях затянувшегося финансового кризиса и нарастающей угрозы демографического «кризиса» («кризис» отождествляется с ростом продолжительности жизни нашего населения и увеличением численности людей нетрудоспособного возраста) пенсионная система России все чаще преподносится как главный тормоз успешного развития страны по пути модернизации и инновации, а расходы на обязательные страховые отчисления работодателей за своих работников - как необоснованно тяжелое (а зачастую даже - неправомерное) обременение отечественного «бизнеса», предлагая облегчить «социальную нагрузку» на бизнес в целях сокращения

сферы теневой экономики и «освобождения ресурсов» для «инвестиционного рывка». При этом противопоставляют «обременительную» российскую социальную политику (в основном - именно пенсионное, а не медицинское или другие виды социального страхования) западной социальной политике, которая – якобы – не тяготит работодателей.

Методы управления пенсионной системой зависят от экономического механизма, заложенного в основу государственной пенсионной системы. В наиболее общем виде можно выделить: экономический механизм материального обеспечения в старости, который полностью встроен в госбюджет (поэтому, назовем его бюджетным), и который вовлекает в систему финансовые ресурсы работодателя в качестве страхователя своих работников (поэтому назовем его - страховым).

Для бюджетной формы организации экономических отношений не имеет значение размер личного вклада самого работника и его работодателя, а размер материального обеспечения при утрате трудоспособности зависит полностью от наличия и количества средств в госбюжете. Бюджетный механизм финансирования достаточно образно характеризует базовый принцип – остаточное финансирование.

Государственное регулирование новой пенсионной модели должно заключаться в управлении внутренними и внешними факторами, влияющими на развитие пенсионной системы страны.

Государственное регулирование внутренними факторами предполагает, прежде всего:

- государственное регулирование формирования финансовой базы системы обязательного пенсионного страхования для обеспечения реализации государственных пенсионных обязательств,

- и государственное регулирование формирования пенсионных прав застрахованных лиц.

В практике развитых пенсионных систем государственное регулирование внешними факторами включает, как правило:

- повышение рождаемости, снижение смертности и привлечение внешней трудовой миграции, что способствует росту численности работников, за которых уплачиваются страховые взносы;
- улучшение здравоохранения и профилактики заболеваемости с целью сокращения высокой смертности мужчин в трудоспособном возрасте,
- опережающее повышение производительности труда и увеличение заработной платы, что в условиях демографического кризиса и сокращения числа работающих позволяет обеспечить достойный уровень пенсий;
- мероприятия сокращению теневой экономики и недопущению сокрытия зарплаты;
- рост занятости, создание новых рабочих мест, недопущение теневой занятости и сокращение рабочих мест с вредными и опасными условиями труда, снижение уровня безработицы;
- предотвращение инфляции, ведущей к обесцениванию пенсионных прав и снижению покупательной способности пенсий.

В условиях финансового кризиса государственная пенсионная политика была усилена комплексом мер по дополнительной материальной поддержке не только самых бедных, но и всех пенсионеров. Среди этих мер следует выделить систему социальных доплат до величины прожиточного минимума в регионе, а также валоризацию. Это – система перерасчета пенсионных прав всех пенсионеров, имеющих трудовой стаж до 1991 и 2002 гг. Все эти социальные мероприятия обеспечиваются финансовыми ресурсами из федерального бюджета. Наряду с социальной поддержкой населения в условиях финансового кризиса государство поддерживает и страхователей, для отдельных категорий которых предусмотрен переходный период до 2020 года с постепенным повышением для тарифа страховых взносов в государственные внебюджетные фонды и компенсацией выпадающих доходов из федерального бюджета.

В федеральном бюджете и бюджете ПФР на эти цели предусматриваются в 2013 году 56,4 млрд. рублей.

Однако это не решает всего комплекса проблем, тормозящих достижение заданных целей по обеспечению долгосрочной финансовой устойчивости пенсионной системы

Из них наиболее острой остается проблема дефицитности бюджета ПФР и его перманентной финансовой зависимости от федерального бюджета. Финансовая самостоятельность бюджета ПФР в настоящее время не может быть достигнута по причине недостаточности тарифа страховых взносов и практики предоставления отдельным категориям страхователей льгот по уплате тарифа в целях стимулирования развития экономики. Однако подобные меры ведут к уменьшению пенсионных прав застрахованных лиц, занятых у этих страхователей; снижению коэффициента индексации расчетного пенсионного капитала и назначенных пенсий для всех застрахованных лиц; снижению коэффициента замещения, а также к увеличению расходов федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов ПФР.

Так, в 2013 г. дефицит запланирован 1,07 трлн.руб., в 2014 г. – 2015 г. составит 1,7- 1,8 трлн.руб. По отношению к объему ВВП недостаток собственных средств сохранится в долгосрочной перспективе на уровне 2.2-2,4%.

С макроэкономических позиций размер такого дефицита может быть оценен как вполне управляемый недостаток средств в обязательном пенсионном страховании, который не может послужить сколь-нибудь значительной причиной финансовой дестабилизации в стране. Однако ради

объективности проводимого анализа следует признать, что сохранение вышеуказанного уровня недостатка собственных средств ПФР обеспечивается в результате за счет постепенного снижения солидарного коэффициента замещения трудовой пенсии с нынешних 38% до 23% к средней заработной платы в экономике.

Другая принципиальная проблема - снижение в долгосрочной перспективе коэффициента замещения пенсией заработной платы – до 30% к 2020 г. и 25% - к 2030 году (хотя в среднесрочном периоде его удастся поддерживать на уровне 37%)

Предусмотренное целевыми ориентирами Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (КДР-2020) соотношение трудовой пенсии с прожиточным минимумом пенсионера на уровне 250% достигается не к 2016-2020 гг., а к 2050 году.

Следующая проблема – повышение пенсионного возраста. Его увеличение в течение предстоящих 10 лет невозможно ни по политическим, ни по демографическим условиям.

В развитых странах мира пенсионный возраст повышался поэтапно и достигает 65—67 лет, но там *средняя продолжительность жизни* для мужчин — свыше 70 лет, для женщин — свыше 80 лет. Россия отстает по этому показателю: для мужчин — 62 года, для женщин — 74 года. Таким

образом, в нашей стране отсутствует демографический резерв, необходимый для передвижки возрастной границы выхода на пенсию.

Единственная мера в части пенсионного возраста, которую можно обсуждать, — выравнивание пенсионного возраста для мужчин и женщин на границе 60 лет с учетом большей продолжительности жизни последних после назначения пенсии.

Как решать эти проблемы?

Руководствоваться нужно единственным принципом — последовательной реализации всего комплекса актуарно обоснованных мероприятий по совершенствованию пенсионной системы. Предлагаемым комплексом мер в сфере тарифной политики предусмотрены следующие меры

1. Взносообложение всего заработка.
2. Расширение охвата различных категорий населения обязательным пенсионным страхованием. Речь идет о неформальном секторе рынка труда (15—18 млн. чел.), трудовых мигрантах (в том числе нелегальных), лицах свободных профессий и лицах, оказывающих на регулярной основе услуги без регистрации в качестве индивидуальных предпринимателей (частный извоз, няни, сиделки и др.).
3. Отмена всех льгот для отдельных категорий страхователей с переходом на выделение им целевых субсидий из федерального бюджета (при наличии такой необходимости);

4. Параметрические изменения структуры тарифа страховых взносов:

- отмена деления тарифа на солидарную и индивидуальную части;
- придание тарифу в размере 22%, который уплачивается работодателями, солидарного характера;
- введение страхового взноса, уплачиваемого непосредственного из заработка застрахованных лиц 1967 года рождения и позднее, в размере 2—4%, который будет направляться на формирование пенсионных накоплений. За счет этой меры появится возможность перераспределить 2—4% тарифа, уплачиваемого работодателями, на финансирование текущих обязательств пенсионной системы.

5. Введение повышенных тарифов страховых взносов за лиц, занятых на рабочих местах с вредными, тяжелыми и опасными условиями труда, которые имеют право досрочного выхода на пенсию до 10 лет и более чем на 10 лет ранее пенсионного возраста. С 2014 года эти дополнительные тарифы могли бы составить 2 и 4% соответственно, с тем чтобы в течение 10-летнего переходного периода достигнуть 10 и 15%.

6. Увеличение размера страхового взноса, уплачиваемого индивидуальными предпринимателями, адвокатами и нотариусами со стоимости страхового года. Ставка страховых взносов для них должна быть дифференцирована в зависимости от размера пенсии, на которую они рассчитывают. 30-летняя уплата взносов по минимальной ставке (0,19

средней заработной платы) обеспечит трудовую пенсию по старости на уровне 1,25 прожиточного минимума пенсионера, по максимальной ставке (0,24 средней заработной платы) — на адекватном уровне (0,4 средней заработной платы).

Когда сбалансированности пенсионной системы нельзя достигнуть за счет регулирования внутренних параметров, тогда, как показывает мировой опыт, подключаются внешние факторы.

Один из способов финансовой стабилизации, способный дать реальный экономический эффект, заключается в последовательном сокращении и ликвидации скрытой оплаты труда.

Следует напомнить, что в период 2000-2003 гг. величина скрытой оплаты труда постепенно снижалась с 59% до 45,5 % фонда заработной платы (таблица 2), то с 2006 года, после проведения налоговой реформы, снизившей ставки ЕСН в ПФР на 8%-ных пунктов, доля скрытой оплаты труда вновь поднялась — до 54,4 % в 2010 году. При этом ее удельный вес в ВВП рос на протяжении всех лет с 2000 г. — начиная с 11,09% до 14,3 % (в 2010 году.)

Начисление взносов на скрытую оплату труда принесло бы в бюджет Пенсионного фонда Российской Федерации свыше 1,4 трлн. руб., при том, что дефицит в 2013 г. составит менее 1,1 трлн. рублей. Это позволит в пределах указанной суммы осуществить удвоенный размер индексации всех видов пенсий.

Актuariйный анализ показывает, что первоочередные меры по обеспечению финансовой устойчивости бюджета ПФР лежат не столько в самой пенсионной системе, сколько в внешних факторах: в первую очередь демографические, экономические и социально-трудовые, т.е. связанные, с одной стороны, с увеличением численности населения, способного к трудовой деятельности, а с другой – с более активным вовлечением всех секторов рынка труда в активное формирование собственных пенсионных прав на основе легализации заработной платы. Однако экономический эффект данного фактора проявится только в средне- или даже в долгосрочной перспективе.

Другой возможный вариант — покрытие дефицита пенсионной системы, связанного с невозможностью применения актуарного метода сбалансирования ее доходов и расходов, *путем направления в ПФР трансфертов из федерального бюджета.*

Этот вариант достаточно распространен в мировой практике, но в случае его использования не решается политическая задача по прекращению роста дефицита бюджета ПФР. Поэтому целесообразно рассмотреть возможность использования другого широко применяемого в мировой практике варианта — *закрепление за ПФР помимо страховых взносов еще одного самостоятельного доходного источника*, который не был бы связан с увеличением фискальной нагрузки на фонд оплаты труда организаций (например, части НДС).

Он имеет как плюсы (возможность проводить регулярные индексации пенсий, исходя из роста доходов ПФР и не наращивая системного дефицита, отсутствие у работодателей мотивации к укрытию фонда оплаты труда и увода его в тень), так и минусы («размывание» фундаментальных принципов обязательного пенсионного страхования как особой системы страхования утраченного заработка работника).

В принятой правительством Российской Федерации в декабре 2012 года Стратегии долгосрочного развития пенсионной системы Российской

Федерации определены следующие целевые ориентиры дальнейшего развития пенсионной системы:

- гарантирование социально приемлемого уровня пенсионного обеспечения;
- обеспечение сбалансированности и досрочной финансовой устойчивости пенсионной системы.

Для успешной реализации Стратегии, в том числе и с учетом рассмотренных вариантов достижения этих целей, государство должно сохранять свою лидирующую позицию регулятора в российской пенсионной системе, создавая благоприятные макроэкономические и демографические условия в целях поддержания ее долгосрочной финансовой устойчивости.

Библиографический список

1. Из доклада Всемирного банка «Пенсионные системы в период кризиса: Региональный доклад по странам Европы и Центральной Азии» (12 ноября 2009 г.) и обзора Центра макроэкономических исследований Сбербанка России «Пенсионные системы после кризиса» (май 2011)
2. Аналитический доклад «Итоги пенсионной реформы и долгосрочные перспективы развития пенсионной системы Российской Федерации с учетом влияния мирового финансового кризиса», Министерство здравоохранения и социального развития, 26 ноября 2010 года
3. *Соловьев А.К.* Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы России // М.: Журнал «Финансы». – 2012. - № 3 С.14-23
4. *Денисенко Е.* Гадание на пенсионной гуще// Журнал «Эксперт Северо-Запад», №7 (503) от 21 февраля 2011 г.
5. Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации.// Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25.12.2012 № 2524-р.

И.А. Сосунова, Е.Е. Задесенец,
ВНИИТЭ Минобрнауки России, Москва

ЭКОДИЗАЙН КАК КОМПЛЕКСНЫЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ БЛАГОПРИЯТНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

В отличие от всех иных живых организмов человек способен приспосабливаться к реальному миру не только как биологическое, но и как социобиологическое существо, т.е. осуществляя целенаправленную адаптацию внешней среды в соответствии с собственными интересами и потребностями, и являясь, по мнению Н.Н. Моисеева, квантом общего коэволюционного процесса [1].

При этом человек не только изменяет естественную природную среду, но и целенаправленно создает искусственную предметно-пространственную среду, в которой протекают различные виды его жизнедеятельности и которая должна оградить его от вредных влияний естественной среды или, по крайней мере, значительно их ослабить. Однако в исторической практике бурное развитие предметно-пространственной среды повсеместно сопровождалось увеличением негативных воздействий на окружающую природную среду. По сути, вся преобразующая природу деятельность человека, независимо от ее масштабов, до настоящего времени приводила к медленному или быстрому, но всегда фатальному разрушению системы «общество – природа», включая субъекта этого разрушения – человека [2]. В контексте рассматриваемой проблемы наиболее важно постоянное, как минимум локальное, нарушение хрупкого баланса характеристик окружающей среды, соответствующих оптимальным условиям существования человека как биологического вида. В частности,

1087

позитивный для здоровья человека эффект какого-либо артефакта, как правило, сопровождался ущербом для здоровья на производственных объектах и т.п.

В современной обстановке стала общепризнанной необходимость оптимизации взаимоотношений общества и природы путем создания предметной среды на основе изменения традиционной иерархии ценностей, концентрации внимания на сберегающих и охраняющих отношениях между природой и обществом; установки на причастность личности к результатам деятельности; отождествления, а не противопоставление себя природному окружению; сбережения культурных ценностей и традиций единения человека с окружающим миром [3].

Подобные изменения существенно затрагивают сферу дизайна, т.е. специфическую область деятельности, связанную с проектированием объектов вещной (предметной) среды, окружающей человека, с целью формирования целостной, гармоничной, художественно-полноценной предметной среды, наиболее приспособленной для жизнедеятельности человека и сохранения его здоровья [4]. В процессе проектирования объектов предметной среды современный дизайнер совместно со специалистами других профессий обращает пристальное внимание на решение вопросов экологической безопасности создаваемых изделий, комплексов и технических систем, снижения потребления невозобновляемых источников энергии, использования малоотходных материалов и технологий, эффективной утилизации продукции после окончания ее эксплуатации и т.д.

Иными словами к настоящему времени достигнуто понимание, что творческая деятельность дизайнера в самом широком смысле осуществляется в пределах целостной мегасистемы - антропоэкосистемы, объединяющей две подсистемы: «человек — природная среда», с одной стороны, и «человек — предметная среда» — с другой. Данные подсистемы связаны и₁₀₈₈

взаимодействуют друг с другом, образуя среду жизнедеятельности, в которой человек живет и самореализуется. При этом человек, являясь субъектом целостной антропоэкосистемы, оказывается одновременно составной частью обеих подсистем и выступает как бы в двух ипостасях: как созидатель и хранитель природы, с одной стороны, и как пользователь и разрушитель, с другой [4].

В настоящее время особая роль в изучении и целенаправленном формировании структурных составляющих антропоэкосистемы принадлежит новым научным дисциплинам, в первую очередь, социальной экологии [5,6 и мн. др.] и экологическому дизайну (экологическому подходу в дизайне). Экологический дизайн возник в последние два десятилетия на основе актуализации общих проблем гармонизации взаимодействия общества и природы. Особое внимание в экологическом дизайне уделяется, прежде всего, охране и восстановлению окружающей природной среды и заботе о здоровье человека. Основные положения экологического подхода в дизайне провозглашают максимальную экономию ресурсов и материалов, преимущественное использование энергетических ресурсов и материалов возобновляемого и восстанавливаемого типа, учет долговечности изделий с тем, чтобы соотношение затрат материалов и продолжительности жизни изделий было оптимальным. Это направление по-новому поставило вопрос о месте и значении природного фактора в формировании предметно-пространственного окружения человека. По сути, экодизайн основан на отказе от абсолютизации пути создания «второй природы», на идее хотя бы частичного возврата человека в природную среду и создания дружественной и природе и человеку одновременно природно-пространственной среды жизнедеятельности [7].

На общесистемном уровне в идеальном случае речь идет о формировании в созданной при помощи экодизайна среде личности,

характеризующейся органическим единством экологически развитого сознания, экологического мировоззрения, экологической культуры и научно обоснованной волевой утилитарно-практической экологической деятельности. Любой предмет (элемент) этой среды, равно как и системы предметов и среда в целом, должны создаваться на основе единого подхода, единых принципов.

Данное единство обеспечивается, в первую очередь, внедрением системного дизайна, базирующегося на использовании комплексных дизайн-программ и позволяющего решать крупные комплексные проблемы межотраслевого характера. Фактически в данном случае речь идет о реализации парадигмы дизайна как интеллектуального феномена, подразумевающей неразрывность социальных, утилитарно-функциональных и эстетических требований к «второй природе», органическое единство искусства и расчета на основе объективных законов творческой проектной деятельности.

В рамках концепции системного дизайна уже прошли практическую проверку многие элементы экодизайна, причем не только на предметном уровне (примером концепции данного уровня может служить, в частности, система принципов экодизайна, предложенная японскими специалистами [8]), но и на уровне поселений. В этом отношении следует упомянуть прежде всего разработанный в еще начале 80-х г.г. XX в. пионерский проект агропоселка Гюнель недалеко от г. Баку (ныне Республика Азербайджан) [9]. Данный проект был создан на основе результатов работы представительного международного семинара, проведенного ВНИИТЭ. В 1992 — 1994 гг. ВНИИТЭ были выполнены работы по созданию комплексной дизайн-программы «ЛПХ», направленной на улучшение качества жизни жителей сельских регионов России. В рамках программы была, в частности, разработана концепция развития российского села в условиях рынка,¹⁰⁹⁰

созданы проекты оборудования и обустройства экологически чистых модульных хозяйств, формирования типологии новых видов сельского жилища, комплексов оборудования и т.д.

Исключительно важно отметить, что во всех случаях позитивный потенциал экодизайна в сфере сохранения и укрепления здоровья получал заметное отражение в научных результатах работ. Справедливость данного вывода подтверждается в частности содержанием общей концепции формирования агроэкосистем [10], в соответствии с которой экологически чистый сельскохозяйственный продукт должен производиться в хозяйствах и на сельскохозяйственных предприятиях, отвечающих современным экологическим нормам и требованиям, функционирующих в экологически чистой природной среде и соответствующих требованиям охраны здоровья.

Механизм развития агроэкосистем формируется под влиянием трех ведущих факторов:

- интенсификации сельскохозяйственного производства на базе новых технологий, использования передовых достижений науки и техники;
- эффективной адаптации агроэкокультур и биоорганизмов к окружающей среде;
- единства природной и искусственно формируемой человеком среды, создании агроэкосистем как целостных биосоциальных структур, обеспечивающих благоприятную для здоровья человека среду обитания.

Критерии позитивного развития агроэкосистем подразделяются при этом на три основных группы, характеризующих соответственно:

совершенствование предметной среды жизнедеятельности человека, условий труда, быта и отдыха людей (показателями такого развития служат характеристики здоровья человека, безопасности труда, отсутствие травматизма и др.);

сохранение экологически чистой природной среды, ведущее к образованию качественно новых видов биоценоза, т.е. совокупностей растений и животных, населяющих участок среды обитания с более или менее однородными условиями жизни;

интенсивное развитие агрокомплекса (крестьянского, фермерского хозяйства), рост продуктивности биообъекта (растениеводства, животноводства и др.), повышение качества сельскохозяйственной продукции, ее экологической чистоты.

Критерии и показатели здоровья при этом учитываются в интегрированных блоках. Примерный состав блока «Здоровье» включает такие показатели, как уровень заболеваемости, продолжительность жизни, доступность медицинской помощи, состояние окружающей среды и другие. Они характеризуют, в основном, биологическую составляющую жизненного потенциала общества и соответствие процессов, средств и условий жизнедеятельности первичным (базовым) потребностям [11].

Необходимо учесть, что экодизайн является по сути концептуальным уровнем создания благоприятной для здоровья человека окружающей среды и в этом качестве нуждается при разработке своих моделей и подходов в наиболее комплексных адекватных показателях здоровья населения. Данная проблема является объективно сложной, о чем в частности свидетельствуют результаты экспертных опросов проведенных под руководством И.А.Сосуновой в 2008-2010 г.г., согласно которым даже в такой привлекающей внимание научного сообщества сфере как качество жизни соответствующие показатели до сих пор явно недостаточно проработаны (по мнению 60-70% экспертов).

Разумеется, развитие экодизайна потребует решения большого числа разнородных проблем, в том числе научного, научно-технического, экономического характера. Препятствием к реализации проектов и

концепций экодизайна может стать, в частности, подчиненное положение экологических ценностей в ценностной системе не только населения России, но и такой важной социально-профессиональной группы как ЛПР (лиц принимающих решения). Именно у них часто декларируемое положительное отношение к природе часто не совпадает с конкретной моделью экологических ценностей и экологического поведения. В ситуации реального выбора, когда действительно надо отказаться от благ цивилизации в целях охраны природы или хотя бы контакта с ней, экологические ценности проигрывают [12; 13].

Однако в то же время, как неоднократно отмечалось в ходе социологических исследований, происходит и несомненная актуализация социально-экологических проблем в общественном сознании, что создает благоприятные перспективы для развития экологической культуры и «социальной востребованности» экологического дизайна [14].

Это обстоятельство является особенно позитивным, поскольку в современных условиях экодизайн обладает заметным потенциалом не только разрешения, но и предупреждения возникновения социально-экологических проблем, что, в частности, требует тщательного научного изучения социальных и социально-экологических аспектов данной сферы деятельности. Несомненным положительным моментом является рост внимания, проявляемого к потенциалу экодизайна со стороны органов государственной власти. В частности, в настоящее время проводятся согласования по включению в мероприятия действующей федеральной целевой программы разработки типового дизайн-проекта по социальному развитию и обустройству экопоселений на территориях, подвергшихся радиационному заражению в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Библиографический список

1. *Моисеев Н.Н.* Козволюция природы и общества // Экология и жизнь. 1997. Январь-август.
2. *Кутырев В.А.* Экологический кризис: постмодернизм и культура // Вопросы философии. 1996 . № 11.
3. *Генисаретский О.И.* Экологический дизайн: поиски, результаты//Техническая эстетика. 1988. №5.
4. *Задесенец Е., Сосунова И.* Экологический дизайн как эффективная технология решения социально-экологических проблем//Менеджер-эколог. 2007. №11.
5. *Алексеев С.М. и др.* Экология, экономика, социум: состояние, тенденции, перспективы. М., 2002.
6. Экология, охрана природы, экологическая безопасность./Учебное пособие под общ. ред. А.Т.Никитина и С.А.Степанова. М., 2000.
7. *Задесенец Е.Е.* Дизайн/Качество жизни. Краткий словарь. М., 2009.
8. *Соре Я.* Дизайн изделий с экологической составляющей. Дизайн. Документы-3. Архитектура. Дизайн. Искусство.//Сб. материалов. Тюмень, 2003.
9. *Соловьёв Ю.Б.* Дизайн в XXI столетии // Труды ВНИИТЭ. Сер. «Проблемы современного дизайна». Вып. 4. Системный подход в отечественном дизайне. Вып. 4. М., 2007.
10. *Федоров М.В.* Экология крестьянских хозяйств – важнейший элемент формирования агроэкосистем/Научно-методические проблемы дизайна для решения социально-экономических задач/Под. ред. Задесенца Е.Е. М., 2010.
11. *Зараковский Г.М.* Качество жизни населения России: Психологические составляющие. –М., 2009.
12. *Арский Ю.М., Данилов-Данильян В.И. и др.* Какой счет? // Общественные науки и современность, 1998, №3/
13. *Марар О.И.* Духовная жизнь общества и проблемы экологическ4ой культуры в современной России. Воронеж, 2010.
14. *Сосунова И.А.* Методология и методы современной социальной экологии. – М., 2010.

А.А. Старченко,
НП "Национальная медицинская палата", Москва

ПРОБЛЕМЫ НОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Вступивший в юридическую силу в 2012 году новый закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ввел в обиход ряд ключевых понятий, в том числе определение качества медицинской помощи. Это нововведение должно принципиально изменить подход к оценке качества оказываемой нашим согражданам медицинской помощи во всех медицинских организациях, независимо от формы собственности, и разрешить важный технологический вопрос: «Как оценить качество медицинской помощи?». Ответа на этот вопрос нет в законе, т.к. отсутствует определение главного мерила качества – дефекта медицинской помощи, без которого любая практическая оценка качества крайне затруднительна и сводится к банальной вкусовщине эксперта. Само название закона «Об основах охраны здоровья ...» более соответствует не законодательному конкретному акту, а второсортному эссе. Создается несерьезное впечатление, что есть основы, а есть и безосновательные составляющие и т.д., как будто, охрана здоровья – это что-то второстепенное, несущественное...

Существенным недостатком закона или проблемой № 1 является отсутствие в нем понятия дефекта качества медицинской помощи. На это грубое упущение при подготовке закона разработчикам было указано в процессе его общественной экспертизы. Отсутствие в нем понятия дефекта качества медицинской помощи – демонстрация неуважения к медицинскому работнику – исполнителю, действия которого контролируется множеством экспертов. Если государство выстраивает систему контроля качества, оно₁₀₉₅

обязано утвердить исполнителю единые прозрачные и понятные правила. Контроль качества подразумевает выявление его дефектов, при этом отсутствует главное - определение предмета выявления. Закон не объяснил исполнителю предмет того, что он не имеет права допускать. Провокация потому, что отсутствие конкретного определения дефекта провоцирует врача на совершение действий, которые могут быть расценены как правонарушение или преступление.

Проблема № 2 – определение качества, по которому каждый случай оказания медицинской помощи может быть признан дефектом. Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ в части определения качества медицинской помощи, как совокупности характеристик, отражающих: - своевременность оказания медицинской помощи, - правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, - степень достижения запланированного результата, является отправным для экспертного разрешения вопроса о составляющих добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство. Из этого определения следует, что отсутствие отражения в медицинской документации указанных характеристик качества медицинской помощи должно расцениваться экспертом, как ненадлежащее информирование пациента о медицинском вмешательстве. Так, в отсутствие формулирования в протоколе информированного согласия четких и понятных пациенту критериев качества конкретного вмешательства, которое ему будет оказано, лишает пациента права на информированный отказ от такого вмешательства в связи: - со сроками его проведения (критерий – своевременность); - с неприемлемым для пациента конкретным услугом, которые будут оказаны в рамках вмешательства (кроезамещение для некоторых религиозных сект) (критерий – правильность выбора методов диагностики и лечения); - с запланированным результатом лечения₁₀₉₆

(может ли быть запланирован для пациента летальный исход, к примеру? Таким образом, отсутствие в медицинской карте стационарного больного в плане ведения больного записи о планируемом результате диагностики и лечения или отсутствие в целом плана ведения больного являются признаками ненадлежащего качества медицинской помощи, что подлежит применению финансовых санкций.

Проблема № 3 – отсутствие в законе требования, существовавшего в предыдущем законе, об обязательном письменном предупреждении пациента (родителя) о последствиях отказа от медицинской помощи. Отсутствие в протоколе добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство одного из установленных законом требования – обязательный повод для применения финансовой санкции. Отсутствие в протоколе отказа пациента от медицинского вмешательства перечисления последствий такого отказа - обязательный повод для применения финансовой санкции. Информирование пациента, а особенно важно – родителя несовершеннолетнего пациента, о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства письменно – единственный способ для врача избежать уголовного преследования в случае возникновения тяжких последствий для жизни и здоровья пациента, отказавшегося от медицинского вмешательства. Никакие ссылки на устное информирование в доступной форме не избавят такого врача от трех-пяти лет потерянного на следственные действия времени. Только письменное оформление отказа в медицинской документации или журнале отказов от госпитализации с перечислением возможных и реальных последствий отказа с учетом результатов обследования пациента и диагноза его заболевания (состояния), а не любых произвольных, «приходящих первыми на ум врачу» последствий, - реальная возможность сохранить время, деньги и здоровье. Руководители учреждений

здравоохранения как правило возлагают ответственность на такого, попавшего «под горячую руку» прокурора врача.

Пункт 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ определяет качество медицинской помощи, как степень достижения запланированного результата. Исходя, из определения характеристики качества медицинской помощи, как степени достижения запланированного результата, следует признать следующие выводы. Планирование у пациента летального исхода в стационаре не соответствует цели оказания медицинской помощи, т.к. целью ее оказания является – улучшение или облегчение состояния (заболевания) или создание условий (терапевтическим, хирургическим или иным вмешательством) для выздоровления пациента от имеющегося заболевания. Таким образом, создание риска прогрессирования имеющегося заболевания у пациента – дефект качества медицинской помощи. Из этого следует, что в процессе оказания медицинской помощи запрещается создание риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода), а планирование летального исхода у пациента в стационаре – это реализация на практике риска прогрессирования имеющегося заболевания.

Проблема № 4 – обязанность оптимизации расходования ресурсов при оказании медицинской помощи в кратчайшие сроки. Планирование летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического процесса также является признаком ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, т.к. планируемый результат любой деятельности (в том числе и медицинской) должен быть достигнут с минимальными временными и ресурсными затратами. В страховом случае с пациентом в терминальной стадии онкологического процесса планируемый результат в виде летального исхода должен быть также достигнут в кратчайшие сроки и с наименьшими ресурсными затратами. Другими словами, при планировании летального исхода у пациента в терминальной стадии онкологического

процесса медицинский персонал должен «активно способствовать наступлению» летального исхода в кратчайшие сроки и с наименьшими затратами на лечение: как минимум – не лечить пациента, как максимум – ввести препараты для эвтаназии.

Исходя из данной логической цепи постулатов, следует признать следующие выводы о страховом случае стационарного лечения с летальным исходом: 1) в стационаре планирование летального исхода запрещается и является признаком ненадлежащего качества медицинской помощи; 2) в стационаре разрешено планирование исходов без создания риска прогрессирования имеющегося заболевания (вплоть до летального исхода); 3) летальный исход в стационаре – это недостижение запланированного результата (выздоровление или улучшение состояния); 4) каждый страховой случай с летальным исходом – случай ненадлежащего качества оказания медицинской помощи по признаку п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ - отсутствия достижения запланированного результата. Статья 70 «Лечащий врач» определяет лечащего врача как главную фигуру, ответственную за организацию оказания медицинской помощи и ее качество, при этом даже рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи. Однако лечащий врач не является должностным лицом и не вправе осуществлять организационно-распорядительные функции. Провокация № 5: как лечащий врач будет противостоять мнению главного врача, директора института или других высоких должностных лиц, начиная с заведующего профильным отделением ? Так формируется уникальная социальная группа в России - «стрелочника».

Таким образом, принятое в 2011 году новое законодательство является несовершенным по проблеме главного – качества оказания медицинской помощи. Введение в закон понятия качества медицинской помощи несбалансированно отсутствием определения дефекта медицинской помощи, что во многом возлагает ответственность за неудовлетворительную организацию и оказание медицинской помощи на уникальную социальную группу в России - «стрелочника».

СИСТЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Законом РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» была подтверждена действующая с 1993 года в России модель массового общественного контроля за качеством оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), который осуществляют независимые эксперты медицинской помощи страховых медицинских организаций (СМО), включенные в федеральный и или территориальный регистр врачей-экспертов. Независимый статус эксперта медицинской помощи страховой медицинской организации обеспечивается:

- финансовой независимостью страховой медицинской организации и ее экспертов от федеральных и территориальных органов управления здравоохранением и контролируемых медицинских организаций;
- служебно-трудовой независимостью экспертов СМО от территориальных органов управления здравоохранением и контролируемых экспертом медицинских организаций;
- правовой регламентацией экспертной деятельности страховой медицинской организации и ее экспертов на основе норм закона;
- уровнем профессиональной подготовки, подтверждаемым наличием авторских работ, ученой степенью, ученым званием, опытом экспертной работы, стажем работы по специальности, врачебной квалификационной категорией, аккредитацией в регистре экспертов.

Независимый статус эксперта медицинской помощи СМО является

основой общественного контроля за качеством оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Серьезные усилия органов государственной власти по повышению безопасности граждан в последние годы направлены на ужесточение материальной ответственности организаций и лиц за оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, и причинение вреда жизни и здоровью граждан, в том числе и пациентов. Независимый статус эксперта медицинской помощи страховой медицинской организации является базисом для осуществления таких контрольных мероприятий и служит залогом формирования в общественном здравоохранении системы сдержек и противовесов.

Жесткое административно-служебное подчинение врачей патологоанатомической службы руководству медицинского учреждения, где были оказаны ненадлежащего качества медицинские услуги, исключает патологоанатома из круга доверия независимых экспертов, что приводит к тому, что родственники умерших пациентов требуют судебно-медицинского исследования трупа. Однако аналогичное служебное подчинение экспертов судебно-медицинской службы органу управления здравоохранением субъекта РФ, т.е. местному министру здравоохранения, также не повышает доверия родственников умерших пациентов к судебно-медицинским заключениям. Все чаще они обращаются в страховую медицинскую организацию за помощью. Поэтому в обществе в настоящее время возникла насущная необходимость повышения результативности общественного экспертного контроля, особенно на фоне осуществляемых государством мощных финансовых вливаний в сферу здравоохранения, а также как мощного общественного антикоррупционного фактора.

По данным отчетов Федерального фонда ОМС, в течение 2011 года страховыми компаниями были проанализированы 22 млн. страховых случаев оказания медицинской помощи и по этим случаям проведено 7,4 млн.¹¹⁰¹

медико-экономических экспертиз. По результатам проведенных медико-экономических экспертиз выявлено более 10,9 млн. дефектов (в 2010 году таких нарушений было 5,8 млн.). За 6 месяцев 2012 года страховые медицинские организации изучили 10 млн. страховых случаев оказания медицинской помощи и провели 4,9 млн. медико-экономических экспертиз, при которых ими выявлено около 4 млн. дефектов.

При медико-экономической экспертизе эксперты страховых медицинских компаний выявляют:

- нарушения в оформлении медицинской документации, среди которых так называемые приписки составили по итогам 2011 года 62 %!;

- дефекты при оказании медицинской помощи, среди которых массово (75%) выявляется невыполнение необходимых лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с порядками или стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Минздравом России.

В течение 2011 года в России усилиями СМО проведено 3,8 млн. экспертиз качества медицинской помощи (в 2010 году таких экспертиз качества медицинской помощи было выполнено 2,5 млн.). Эксперты СМО подробно проанализировали 11,5 млн. страховых случаев заболеваний и оказания медицинской помощи и выявили 2,7 млн. дефектов качества медицинской помощи. За 6 месяцев 2012 года экспертами СМО подвергнуты анализу 3,8 млн. страховых случаев заболеваний и проведено 1,6 млн. экспертиз качества медицинской помощи, при которых 820 тыс. дефектов.

При экспертизе качества медицинской помощи эксперты страховых медицинских компаний в 2011 году выявили:

- дефекты медицинской помощи при выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками или стандартами оказания медицинской помощи, которые составляют 46% от всех выявленных при экспертизах качества медицинской помощи нарушений;

- дефекты оформления первичной медицинской документации (33,2 % в среднем по РФ от всех нарушений);

- необоснованный отказ пациенту в оказании медицинской помощи, включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Финансовые результаты контроля объемов и качества медицинской помощи СМО в 2011 году более, чем впечатляющи. Медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь по представленным к оплате счетам в 2011 году страховыми медицинскими организациями направлено 584,4 млрд. руб. По результатам выявления дефектов оказания медицинской помощи при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в 2011 году сумма, исключенная страховыми компаниями из оплаты медицинским организациям в результате предъявления санкций за выявленные нарушения, составила 21,7 млрд. рублей, т.е. всего 3,73 % от направленного в лечебные учреждения объема финансовых средств. При выявлении более, чем 13 млн. дефектов в оказании медицинской помощи, страховые компании наказали медицинские учреждения, допустившие ненадлежащее качество оказания помощи пациентам, всего на 3,7 % от годового финансирования. Из 21,7 млрд. рублей финансовых санкций в 2011 году страховыми компаниями возвращено в систему здравоохранения на оказание медицинской помощи пациентам в последующие месяцы - 19,8 млрд. руб., или 91 % (в 2010 году возвращено в систему здравоохранения 87,0 % от финансовых санкций за ненадлежащее оказание медицинской помощи). Причем на предупреждение (снижение) дефектов в оказании медицинской помощи – страховые медицинские компании выделили 1,3 млрд. руб. СМО в 2011 году на обучение врачей-экспертов направлено 11,1 млн. рублей.

Эти цифры говорят сами за себя: эксперт страховой медицинской компании, приходя в лечебное учреждение и контролируя оказание медицинской помощи, в первую очередь, выявляет дефекты в ее оказании и, указывая в акте экспертизы на причины дефектов, т.е. фактически указывает руководству учреждения здравоохранения на пути искоренения этих дефектов при оказании медицинской помощи пациенту. Временно изъятые экспертом страховой медицинской организации по акту экспертизы из лечебного учреждения финансовые средства составляют всего 2-3 % от объема его финансирования в системе ОМС. Причем львиная доля этих средств возвращается экспертом СМО в систему здравоохранения – в бюджет государственного учреждения – ТФОМС! Изъятие из 100% объема финансирования всего-навсего 2-3 процентов никак не сказывается на технологии оказания медицинской помощи, не может служить нерадивому главному врачу оправданием в отсутствии в его учреждении лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых, утвержденных распоряжением Правительства РФ, не может оно служить и популистским оправданием задержки или невыплаты заработной платы и медицинским работникам.

Анализ судебной практики обращений пациентов в суды за защитой своих прав на своевременную и качественную медицинскую помощь, по данным ФОМС, показал, что в 2011 году в целом по РФ в судопроизводстве находилось всего-навсего 584 исковых заявления, из них подано за 2011 год - 397 исков. Судами рассмотрено 455 судебных дел (77,9 % от общего количества исков), из которых удовлетворено 309 исков в пользу пациентов (67,9 % от общего количества рассмотренных исков); отказано пациентам в 104 случаях (22,8 % от общего количества рассмотренных исков). Сумма возмещения ущерба по удовлетворенным судебным искам пациентов составила 28,8 млн. рублей, из них сумма материального возмещения - 5,1₁₁₀₄

млн. рублей, сумма возмещения морального вреда - 23,7 млн. рублей. В среднем на 1 удовлетворенный судебный иск сумма возмещения составила 93.3 тыс. рублей.

За 6 месяцев 2012 года в судопроизводстве находилось 360 исковых заявлений. Судами рассмотрен 171 иск, из которых: удовлетворено 63% от общего количества рассмотренных исков, отказано в 26% обращений пациентов. За 6 месяцев 2012 года сумма возмещения ущерба по удовлетворенным судебным искам к медицинским организациям составила 7,9 млн. рублей, из них сумма материального возмещения - 1,7 млн. рублей, сумма возмещения морального вреда - 6,2 млн. рублей. В среднем на 1 удовлетворенный судебный иск сумма возмещения составила 74,0 тыс. рублей.

Обращает на себя внимание крайне недостаточный уровень обращений граждан-пациентов в суды за компенсацией морального и материального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказания медицинской помощи. Судя по отчетам ФОМС, число исков в суды не превышает 600-700 в год на всю огромную более чем 130 миллионную Россию, что явно свидетельствует о недоверии граждан судебному этапу защиты их прав. Причем главной причиной такого недоверия является опасение «мести» пациенту со стороны ответчика - медицинского учреждения, в которое пациент в дальнейшем будет вынужден обращаться неоднократно за медицинской помощью. Среди причин такого явно недостаточного числа судебных обращений: длительность судебного разбирательства, недоверие суду и службе судебно-медицинских экспертов, что приводит к назначению судом повторных или даже многократных судебно-медицинских экспертиз. Еще один камень преткновения — понуждение судом пострадавшего пациента к оплате судебно-медицинской экспертизы, что выглядит, по меньшей мере, странно, тем более, что бюро судебно-медицинской₁₁₀₅

экспертизы - бюджетное учреждение, а пациент – добросовестный налогоплательщик, который в бюджет страны уже выплатил налоги, и оплата еще и экспертизы стоимостью 50-100 тысяч рублей для него слишком обременительна!

Поэтому единственным действенным методом борьбы за повышение качества оказания медицинской помощи является ужесточение финансовых санкций в системе ОМС к учреждениям здравоохранения за ненадлежащее качество медицинской помощи, оказанной гражданину-налогоплательщику России. Увещевания, попытки уговоров и призывов к совести в качестве моральных стимулов повышения качества медицинской помощи, к глубочайшему сожалению, в настоящее время не работают. Более того, выявление экспертом СМО дефектов в оказании и организации медицинской помощи при отсутствии необходимых медицинских изделий, расходного медицинского оснащения и лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых лекарственных средств, является залогом освобождения от юридической ответственности лечащего врача, непосредственно оказывающего помощь, и является поводом для возложения ответственности на главного врача и его заместителей, как непосредственных виновников отсутствия необходимых лекарств и медицинских изделий в учреждении здравоохранения и в распоряжении лечащего врача. Именно в силу этого обстоятельства акт экспертизы страховой медицинской компании является фактической защитой не только пациента, но и его невиновного лечащего врача от произвола администрации учреждения здравоохранения.

В этих условиях независимая общественная экспертиза в лице СМО направлена на повышение качества медицинской помощи, т.к. в каждом акте экспертизы экспертом указываются конкретные дефекты и их причины. Причем выявление экспертом ряда дефектов в оказании медицинской помощи, которые не привели к летальному исходу или другим тяжким последствиям, но могли привести к ним, является мощным профилактическим стимулом к действительной профилактике дефектов и борьбе с ними. Для этого необходимо всего-навсего главному врачу больницы внимательно читать акт экспертизы страховой компании и требовать от подчиненных искоренения указанных в нем причин дефектов!

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БОРЬБЫ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ Г. БАРНАУЛА

Здоровье - важнейшая потребность человека и общества. Отношение человека к вредным привычкам, например, к табакокурению, в значительной степени предопределяет состояние здоровья. Известно, что с табакокурением связано возникновение таких заболеваний как хроническая обструктивная болезнь легких, злокачественные опухоли, ишемическая болезнь сердца, заболевание периферических сосудов, гипертоническая болезнь и т. п. [3, с. 11-12]. Радиоактивные вещества, находящиеся в табаке, обладают канцерогенным действием, являются особо опасными в генетическом отношении и способны вызвать мутации, которые могут проявиться спустя десятилетия, а иногда обнаружиться только через поколение [1, с. 32].

Особую озабоченность вызывает табакокурение молодых людей, поскольку их организм только формируется, закладывается фундамент для дальнейшего развития.

В связи с высокой актуальностью исследуемой проблемы была сформулирована цель работы: на основе анкетирования студентов и экспертов изучить распространенность табакокурения среди учащейся молодежи и отношение к данному вопросу и самих студентов и экспертов.

Для этого были опрошены 18 учащихся и 11 сотрудников высших учебных заведений г. Барнаула. Из опрошенных студентов юношей было 16,7 %, девушек - 83,3 % в возрасте 18-21 года. Мужчин-экспертов было 63,6 %, женщин - 36,4 % в возрасте от 22 до 75 лет. Все эксперты имеют высшее образование: 63,6 % - педагогическое, 27,3 % - медицинское; 9,1 % - экономическое; из них 45,4 % - ученую степень кандидата наук, а 9,1 % -

ученую степень доктора наук. Среди экспертов работают в должности доцента 36,3 %; профессора - 18,2 %, старшего преподавателя - 18,2 %; учителя, лаборанта и зав. кафедрой - по 9,1 %. Стаж работы экспертов в данной должности составил от 1 до 51 года. Эксперты ответили на 25 вопросов, студенты - на 30, полученные на них ответы были обработаны с помощью компьютерной программы «Statistical Package for the Social Sciences» (SPSS Statistics) на уровне частотного анализа, полученные результаты представлены ниже.

Большинство опрошенных студентов (72,2 %) ответили, что пробовали курить, но теперь не курят; 22,2 % - никогда не пробовали; 5,6 % - курят регулярно. Впервые попробовали курить в 15 лет 27,8 % опрошенных; в 14 лет - 11,1 %; возрасте 6, 10, 11, 12, 16, 17 и 18 лет - по 5,6 % анкетированных, 21,9 % не ответили.

По мнению 18,2 % опрошенных экспертов, современная молодежь начинает курить с 11 лет; столько же экспертов (18,2 %) считают, что с 14 лет; по 9,1 % - с 7, 10, 12, 13, 15 лет; а 18,1 % не ответили на вопрос.

С точки зрения 42,3 % опрошенных экспертов у молодежи, которая курит, могут возникать проблемы со здоровьем; 19,2 % - проблемы с трудоустройством; 15,4 % - проблемы с учебой; 15,4 % - финансовые проблемы; 7,7 % - проблемы с общением.

Таким образом, значительное число совпадений ответов экспертов со студенческими ответами о распространенности, начале и последствиях табакокурения свидетельствует о понимании экспертами серьезности и масштабов данной вредной привычки.

Рассмотрим основные мотивы начала курения и возможные мотивы для его прекращения. На вопрос «Почему Вы попробовали курить?» 73,3 % ответили, что сделали это из любопытства, интереса; 13,3 % - потому что

курят друзья (одноклассники, одноклассники); 6,7 % - вследствие стресса; 6,7 % - наперекор запретам родителей, чтобы быть независимым.

Мы попросили респондентов распределить в порядке «уменьшения значимости» возможные причины отказа от курения. В качестве первой и наиболее значимой причины 77,8 % студентов отметили резкое ухудшение здоровья; второй и третьей - повышение цен на сигареты в 3-5 раз (по 27,8 %); четвертой - повышение возрастного ограничения при продаже сигарет до 21 года с обязательным предоставлением документов, удостоверяющих личность (27,8 %). Далее следуют причины: а) запрет на курение в общественных местах (22,2 %), б) ограничение количества точек продажи сигарет (16,7 %); в) «когда перестанут курить друзья» (11,1 %).

Среди ближайшего окружения анкетированных студентов курят: друзья и знакомые (так ответили 38,6 %); отец (30,8 %); одноклассники, одноклассники, коллеги по работе (19,2 %); мать (3,8 %); родной брат или сестра (3,8 %); любимый человек (3,8 %).

По мнению 26,6 %% экспертов наиболее частой причиной начала курения является влияние компании (пример курящих сверстников); на втором месте было отмечено желание быть взрослым, «крутым», лидером (17,6 %); далее - любопытство (14,7 %); пример курящих родителей (14,7 %); доступность табачных изделий (8,8 %); реклама табачных изделий (5,9 %); мода на курение (5,9 %); протест (2,9 %); желание снять стресс (2,9 %).

Таким образом, причины начала курения экспертами были оценены довольно объективно, поскольку большинство отмеченных причин в анкетах студентов и экспертов совпали. Некоторые несовпадения, касающиеся процентного распределения (по частоте встречаемости), можно объяснить сложностью, а порой и невозможностью точной оценки собственных мотивов, также как и самооценки молодежи.

Далее мы попытались узнать, осознают ли сами курильщики опасность табакокурения. Опрос показал, что лишь 5,6 % участников опроса хотят бросить курить, 11,1% – не хотят, а 83,3 % - не ответили на этот вопрос.

На вопрос «Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Ваши дети начали курить?» 88,9 % опрошенных ответили, что будут категорически против, заставят бросить; 11,1 % сказали, что отрицательно, поговорят о вреде курения, но заставлять бросать не станут.

Среди мер, которые родители анкетированных предпринимали, чтобы оградить их от курения, 50,0 % студентов отметили беседы на тему вреда курения; 18,2 % - запрет курения в доме; 13,7 % - ничего не предпринимали; 9,1 % - не курили при них; 4,5 % - не ходили с ними в места, где курят; 4,5 % - дали хорошее воспитание.

Низкий процент ответов на вопрос о желании бросить курить, вероятнее всего, объясняется деликатностью данной темы. (Следует подчеркнуть, что во всех исследованиях, проводимых в разных странах с целью изучения вредных привычек, часть молодых людей не отвечают на вопросы личного характера. Например, проведенное в марте 2009 года в школах Бельгии исследование распространения табакокурения среди учащихся [6, с. 12] показало, что из 2600 интервьюированных лиц в возрасте 10-17 лет - 64 % не ответили на этот вопрос). Тем не менее, студенты осознают опасность курения, поскольку большинство из них настроены решительно против курения в будущем их детей. Анкетированные также отметили, что родители в большинстве случаев предпринимали попытки по ограждению их от курения. Однако значительный процент курящих молодых людей свидетельствует о том, что этих мер оказалось явно не достаточно.

Также мы попытались выяснить, каким образом работает механизм по

борьбе с табакокурением, насколько он эффективен и какие меры могут способствовать его совершенствованию.

По мнению экспертов снижению распространенности табакокурения среди молодежи может способствовать запрет курения в общественных местах (так считают 25,0 % опрошенных); увеличение количества профилактических мероприятий - 16,7 %; запрет рекламы сигарет - 13,9 %; повышение стоимости сигарет - 11,1 %; ограничение количества мест продажи сигарет - 8,3 %; повышение возрастного ценза при продаже сигарет - 8,3 %; организация бесплатных программ для желающих отказаться от курения (психологическая поддержка, медицинская помощь и т.п.) - 8,3 %; запрет на курение на законодательном уровне - 2,8 %; ограничение карманных средств - 2,8 %; организация досуга, дополнительное образование - 2,8 %.

При опросе студентов выяснилось, что лишь у 44,4 % спрашивали документы, удостоверяющие возраст, при покупке табачных изделий; у 22,2 % - нет; 33,4% - не ответили на вопрос.

Полученные данные свидетельствуют о том, что существует ряд мер по профилактике и ограничению табакокурения, которые при постоянной их реализации на практике могут положительно повлиять на сложившуюся ситуацию. Однако, некоторые из этих мер, например, необходимость документального подтверждения возраста при покупке табачных изделий, не всегда соблюдаются.

Почти половина экспертов (45,4 %) считают, что в учебных заведениях проводятся мероприятия, направленные на борьбу с вредными привычками; 36,4 % - нет; 18,2 % ответили - не знаю.

Более половины опрошенных студентов (52,6 %) отметили, что принимали участие в мероприятиях по борьбе с табакокурением еще в школе; 5,3 % - в колледже, ВУЗе; 42,1 % - не принимали ни разу.

Следовательно, половина экспертов и студентов считают, что в учебных заведениях ведется профилактика табакокурения. Основная часть подобных мероприятий, по данным студентов, проводится в средней школе, а в высших учебных заведениях такая практика мало распространена. Однако борьба с табакокурением среди молодежи должна проводиться непрерывно, поскольку вероятность начала курения в студенческом возрасте также крайне высока. Например, Камаев И.А. и др. [2, с. 197] отмечает, что «применительно к молодежи экспериментирование с табаком... можно определить как своеобразный элемент процесса взросления...».

Самыми эффективными мероприятиями по борьбе с вредными привычками среди молодежи в учебных заведениях, по мнению 57,1 % опрошенных экспертов является личный пример; 14,3 % - лекции и беседы с наглядным материалом, демонстрирующим результаты употребления алкоголя и табака; 14,3 % - бесплатные спортивные секции; 14,3 % - системные мероприятия.

Наиболее продуктивной формой мероприятий по профилактике вредных привычек среди молодежи являются индивидуальные беседы специалистов (мнение 29,2 % экспертов); семинары и «круглые столы» - 25,0 %; «Дни здоровья», тематические вечеринки - 20,8 %; фильмы и просмотр видеоматериалов 16,7 %; лекции - 8,3 %.

Полученные данные говорят о многообразии форм и методов профилактики табакокурения молодежи. При этом особо эффективным воздействием на молодых людей, по мнению экспертов, является личный пример и индивидуальный подход, организация и проведение мероприятий с учетом интересов и особенностей аудитории.

Половина экспертов (50,0 %) убеждены, что проблемы профилактики среди молодежи такой вредной привычки как табакокурение должны

решаться на федеральном уровне; 27,3 % - на региональном; 22,7 % - на муниципальном.

Ниже приводим ответы экспертов о самых известных им нормативных документах, направленных на ограничение табакокурения: а) «документы ВОЗ», «ЮНЕСКО», «краевые» (33,4 % ответов); б) «ограничение курения в общественных местах» (33,3 %), «запрет на реализацию табачных изделий детям» (33,3 %). Это говорит о недостаточной осведомленности экспертов в той части законодательства, которая регулирует различные вопросы, связанные и с табачной продукцией и с табакокурением. Между тем, «по-прежнему актуальной остается работа законодателей и правоприменителей по совершенствованию системы юридических норм, направленных на обеспечение охраны здоровья и создания условий для здорового образа жизни» [5, с. 42].

Более трети экспертов (34,8 %) убеждены, что основными органами управления исполнительной власти, в большей степени занимающимися развитием программ по борьбе с табакокурением среди молодежи, являются органы здравоохранения; 26,1 % считают - органы управления образованием; 17,4 % - органы управления внутренних дел; 8,7 % - органы опеки и попечительства; 4,4 % - краевое законодательное собрание; 4,3 % - органы социальной защиты населения; 4,3 % - «никакие».

Свыше половины опрошенных экспертов (54,5 %) не знают об учреждениях, деятельность которых направлена на борьбу с табакокурением среди молодежи; 36,4 % знают; 9,1 % затруднились ответить. По мнению 36,4 % экспертов в этих учреждениях оказывают психологическую помощь; 27,2 % - медицинскую; 18,2 % - образовательно-просветительскую; 18,2 % - материальную.

Самыми эффективными мерами по профилактике вредных привычек молодежи по мнению 20,0 % экспертов являются воспитательные (работа₁₁₁₃

с родителями, индивидуальные беседы с педагогами, врачами и т. д.); 20,0 % считают - организация труда, занятости и отдыха; 17,1 % - силовые (санкции в виде общественных работ; выговор; «доска позора» и т. п.); 11,4 % - экономические (повышение цен на алкоголь и сигареты, штрафы и т. д.); 11,4 % - просветительские (лекции, семинары, раздача листовок, ТВ-программы и т.д.); 8,6 % - развитие системы просвещения, включая родителей; 5,7 % - укрепление материально-технического оснащения учреждений, работающих с молодежью; 2,9 % - совершенствование межведомственного взаимодействия; 2,9 % - создание сайтов «Антикурение».

Для более успешной профилактики вредных привычек вышеназванные меры должны постоянно совершенствоваться и апробироваться в молодежной среде на предмет своей эффективности. Об этом свидетельствуют данные не только отечественных, но и зарубежных исследователей. Так, в монографии канадских авторов Marie-Claude Roberge и Charles Choinière, посвященной анализу мероприятий, направленных на укрепление здоровья в школах Квебека, говорится о том, что Совет Квебека по табаку и здоровью (CQTS) проводит ежегодные консультации респондентов против табака, улучшает программу и инструменты воздействия [7, с. 62].

Выявленная экспертная оценка эффективности существующих методов борьбы с табакокурением, а также количество высказанных опрошенными предложений говорит о высокой заинтересованности экспертов в решении данной проблемы и о готовности принимать непосредственное участие в процессе решения проблемы табакокурения. Однако, вопросы, касающиеся технологий профилактики табакокурения и борьбы с ним, были раскрыты экспертами в ответах не полностью, что говорит о недостаточной занятости экспертов вопросами вредных привычек молодежи, а также₁₁₁₄

недостаточной эффективности существующих методов борьбы с табакокурением как на уровне региона, так и непосредственно в ВУЗах.

Выводы

Полученные данные говорят о широком распространении табакокурения среди молодежи. Это подтверждают ответы как самих студентов, так и экспертов. Также было подтверждено, что общество знает о масштабах табакокурения, владеет обширной информацией об основных причинах начала табакокурения, даже сами студенты-курильщики осознают, что табакокурение опасно. В связи с этим проводится соответствующая политика против распространения табакокурения на различных уровнях. На уровне семьи: большинство родителей предпринимают попытки по ограждению их детей от курения. На уровне учебных заведений: существует ряд антитабачных мероприятий проводимых в школах, училищах, ВУЗах. Наиболее эффективно на молодых людей, по мнению экспертов, воздействует личный пример и индивидуальный подход, мероприятия, учитывающие интересы и особенности аудитории. Ряд законодательных мер, ограничивающих табакокурение, закреплены как на региональном, так и федеральном уровнях. Однако, не все меры и методы активно применяются и согласуются между собой. А некоторые из этих мер, например, необходимость документального подтверждения возраста при покупке табачных изделий, соблюдаются не всегда.

Это говорит о несовпадении нормативно-правовой базы с прикладными ресурсами, об отсутствии межведомственного взаимодействия и четкого распределения задач на исполнительном уровне. Даже эксперты не достаточно компетентны, чтобы четко назвать, какие нормативно-правовые документы направлены на борьбу с табакокурением молодежи, какие учреждения оказывают подобную помощь, какие органы исполнительной

власти должны реализовывать антитабачную политику и т.д. Все это свидетельствует о недостаточной согласованности предлагаемой антитабачной молодежной политики особенно на уровне исполнения.

На депутатских слушаниях 2002 года «О проблемах организации здорового образа жизни населения Алтайского края» депутат Н. П. Данилова говорила, что «построение философии здоровья должно стать основным определяющим условием развития стратегии здорового образа жизни населения нашего края» [4, с. 12]. Но, как видно из материалов исследования, до сих пор актуальным является разработка модели профилактики табакокурения, как составляющей стратегии здорового образа жизни, способствующей созданию четких структур с достаточным контролем на всех этапах исполнения антитабачной политики.

Библиографический список

1. Здоровый образ жизни: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. М. Митяева. - М. : Издательский центр «Академия», 2008. - 144 с.
2. *Камаев И.А., Поздеева Т.В., Дмитроченков А.В., Ананьин С.А.* Здоровье и образ жизни школьников, студентов и призывной молодежи: состояние, проблемы и пути решения». Монография. Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2005. – 312 с.
3. Курение и здоровье (Материалы МАИР): Пер. с англ./Под ред. Д. Г. Заридзе, Р. Пето. — М.: Медицина, 1989. — 384 с: ил.
4. О проблемах организации здорового образа жизни населения Алтайского края. Материалы депутатских слушаний / Под общ. ред. Н. П. Даниловой / Барнаул, 2002. 115 с.
5. Проблемы и пути формирования здорового образа жизни населения Российской Федерации // под ред. Т. В. Яковлевой, В. Ю. Альбицкого. – М.: ООО «М-Студио», 2011. – 216 с.
6. Marc Vandercammen. Jeunes et tabac // Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs. Janvier, 2010. Bruxelles, Belgique, 50 p. (Источник - www.crioc.be)
7. Marie-Claude Roberge, Charle Choiniere. Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois: cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche Ecole en santé – Direction développement des individus et des communautés // Mai, 2009. Québec, Canada, 243 p. (Источник – www.inspq.qc.ca)

**СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ
ПОДРОСТКОВ БЕЛАРУСИ И ЗДОРОВЬЕ ФОРМИРУЮЩАЯ
ФУНКЦИЯ СЕМЬИ.**

**Сообщение 1: Распространённость поведенческих факторов риска
здоровью**

Актуальность изучения факторов здоровья подростков для современной Беларуси чрезвычайно остра. Доля данной группы в возрастной структуре населения катастрофически уменьшается. Ухудшаются и показатели заболеваемости подростков.

Одной из вновь возникших современных медико-социальных проблем здоровья подростков становится проблема «неравенства в здоровье». Как отмечает И.В. Журавлёва, обычно неравенство в сфере здоровья связано с тремя группами факторов. Это, во-первых, экономические ресурсы, физическая и социальная среда, в которой живут люди; во-вторых - медицинское обслуживание с разными возможностями для разных категорий населения (то есть неравенства в доступности и возможности качественной медицинской помощи); и, в-третьих, это индивидуальные особенности поведения людей [2].

Очевидно, что у подростков, проживающих в Республике Беларусь, проблема «неравенства в здоровье» связана лишь с физической и социальной средой проживания, условиями воспитания в семьях. Медицинское обслуживание в стране построено по принципу равной доступности для жителей всех территорий. Доступность медицинской помощи является

важнейшей составляющей государственной политики в области охраны здоровья населения и рассматривается как один из механизмов реализации права граждан на охрану здоровья.

Неравная среда проживания влияет на поведение подростка в сфере здоровья посредством нескольких механизмов. Высоко значим пример родителей. У потомков курящей матери риск приобщения к курению возрастает в два раза для мальчиков и в девять раз для девочек. Даже умеренное потребление алкоголя матерью (один раз в месяц) более чем в два раза увеличивает вероятность алкогольной инициации для подростков обоего пола [3]. Правила и нормы, бытующие в социуме, также определяют поведение подростка в сфере здоровья. Так, российские родители в пять раз чаще демонстрируют одобрение потребления алкоголя своими детьми по сравнению с американскими родителями (24,7% против 4,9% для подростков 15-17 лет) [7].

К механизмам влияния социальной среды относится стигматизация – выделение из общей социальной структуры, накладывающее отпечаток на процесс идентификации личностью своего положения в коллективе и в обществе [1]. Стигматизация может быть обусловлена неудовлетворительным материальным положением семьи или иными значимыми с точки зрения подростка факторами. Так, например, в одном из исследований было выявлено, что курение российских подростков тесно связано с типом поселения [8]. При более детальном изучении оказалось, что высокая частота курения у мальчиков из села и у девочек из мегаполиса обусловлена разными факторами социального характера. У девочек из крупных городов это был фактор курения матери. У мальчиков из села – низкая самооценка, связанная с принадлежностью к стигматизированной, по мнению мальчиков, группе (жители малого населённого пункта) [5; 8]. Установлено, что подростки-мальчики, проживающие в арендованных

квартирах или общежитиях, с большей вероятностью потребляют алкоголь [3]. Причём воздействие типа жилья объясняется не фактором жилой площади, наличия либо же отсутствия удобств и прочих условий, но специфическим социальным окружением, в котором потребление алкоголя и другое рискованное поведение является нормой, общественное мнение толерантно, а алкоголь доступен [4].

Целью работы являлось оценить распространённость некоторых медико-социальных проблем здоровья подростков Беларуси и установить их связь с семьей. В частности, выявить, влияют ли состав семьи, её материальное положение, образование родителей (матери) на такие факторы здоровья и качества жизни подростков, как сексуальное поведение, наличие вредных привычек, самооценка полноценности питания, физическая активность, эмоциональный фон, наличие кризисных психологических состояний.

Материалы и методы

Сексуальное и репродуктивное поведение молодёжи, поведение подростков в сфере здоровья являлось предметом наших медико-социологических исследований с 2004 года. Опрашивались республиканские репрезентативные выборки. Использован оригинальный социологический инструментарий. В 2010 году выборочная совокупность, репрезентативно отражающая генеральную совокупность подростков, проживающих в Республике Беларусь (по факторам пола и территориального распределения), составила 949 человек: 463 девушки и 486 юношей 15-18 лет. В 2011 году опрошено 705 девушек и 746 юношей 19-24 лет (1451 человек), модель выборочной совокупности молодёжи 19-24 лет, репрезентативная населению данной возрастной группы республики и достаточная по объёму, согласно данным переписи населения 2009 года.

Результаты

Результаты анализа данных **самооценки здоровья** подростков оказались следующими. Как «плохое» (1 балл) состояние своего здоровья оценили 2,3% опрошенных; «удовлетворительное» (2 балла) – 17,8%; «ближе к хорошему» (3 балла) – 21,2%; «хорошее» (4 балла) – 40%; «отличное» (5 баллов) – 18%. Менее 1% подростков не ответили на вопрос о самооценке здоровья. При этом средняя оценка у мальчиков по 5-бальной системе составила ($M \pm m$) $3,76 \pm 0,046$ баллов, у девочек – $3,3 \pm 0,049$ баллов (различия по полу достоверны, $t=6,8$, $p<0,0001$).

Рискованное **сексуальное поведение** в подростковом возрасте – ведущая причина возникновения целого ряда заболеваний и актуальная для большинства стран Европы проблема. Так, медики Польши, обеспокоенные наиболее высокой среди стран Евросоюза заболеваемостью раком шейки матки, указывают на острую необходимость разработки программ по профилактике рискованного сексуального поведения среди подростков [6].

При опросе подростков 15-18 лет наличие опыта половых отношений подтвердили 31,2% опрошенных (39,09% мальчиков и 22,9% девочек, $\chi^2=15,3$, $p=0,0001$). Возраст начала интимных отношений, согласно ответам, колебался от 10 лет (1 случай) до 18 лет, мода составила 16 лет. Гендерных различий не выявлено: средний возраст начала интимных отношений у мальчиков и девочек составил соответственно $15,07 \pm 0,136$ и $15,5 \pm 0,199$ лет ($t=1,8$, $p=0,07$).

Из числа 1451 респондентов 19-24 лет, опрошенных в 2011 году, отрицательно ответили на вопрос о наличии опыта половых отношений уже только 15,3% девушек и 13,5% юношей. Возраст начала половой жизни составил от 13 до 24 лет у девушек (средний возраст – $17,7 \pm 0,077$ лет, $M \pm m$), от 11 до 23 лет (один ответ – 8 лет) – у юношей (средний возраст – $17,7 \pm 0,077$ лет, $M \pm m$).

16,9±0,015лет, $M\pm m$). Гендерные различия в средних значениях возраста начала половой жизни оказались значимы ($t=10,3$, $p=0,0001$).

Таким образом, почти пятая часть девочек и треть мальчиков отмечают начало половых отношений в период до достижения 19-летия, в среднем возрасте около 15 лет. В последующие годы, в среднем в 16,9 – 17,7 лет, приобретают опыт половых отношений ещё половина молодых людей. Юноши отмечают более раннее начало половой жизни, в сравнении с девушками.

Причины начала половой жизни, названные подростками, имели некоторые отличия от тех, что были указаны более старшей возрастной категорией опрошенных. Так, начало сексуальных отношений в подростковом возрасте, в сравнении с более старшими возрастными группами, чаще происходит по таким мотивам, как «любовь», «сексуальное влечение», «желание утвердиться в кругу сверстников», а также «желание угодить партнёру».

На вопрос о методах контрацепции во время первого сексуального контакта положительно ответили 49,9% девушек и 59,07% юношей 19-24 лет, имеющих опыт половых отношений. В подавляющем большинстве как юноши (27,2%), так и девушки (31,8%) использовали презерватив. Менее популярны в 19-24 года оральные контрацептивы, прерванный половой акт и химические методы контрацепции.

Около 17,0% 15-18-летних подростков, положительно ответивших на вопрос о наличии опыта половой жизни, не используют средства, предохраняющие от наступления беременности. Почти 60,8% указали, какие именно средства (методы) контрацепции они используют. Остальные не ответили на вопрос о контрацепции. Структура используемых средств не отличалась от представленной в ответах более старшей возрастной группы.

Почти четверть (24,5%) 19-24-летних девушек положительно ответили на вопрос о наличии случайных половых связей. У юношей процент положительных ответов составил 46,4%. В возрастной группе 15-18 лет около 8,7% ответили положительно на данный вопрос.

Из числа 1451 респондентов 19-24 лет, опрошенных в 2011 году, **курят** 21,3% девушек и 45,9% юношей ($\chi^2=49,26$, $p=0,00001$). В то же время, среди опрошенных подростков в 15-18 лет (19,5% указали, что курят), гендерные различия не являлись статистически значимыми (22% мальчиков и 16,8% девочек, $\chi^2=2,72$, $p=0,098$). Возраст начала курения колебался с 11 до 23 лет у девушек и с 7 до 23 лет, с единичными ответами о более раннем начале курения, у юношей. Наибольшая часть девушек, положительно ответивших на вопрос о курении, начали курить в возрасте 15-18 лет, юноши - в 14-18 лет. Возраст начала курения в группе 15-18-летних подростков так же не зависел от пола. Около 5% из числа курящих подростков начали курить с 10 лет и ранее, около 7% - с 12 лет, около 13% - с 13 лет. Наибольшая часть курящих подростков (25% и 22% соответственно) указали, что первая проба курения состоялась в 14-15 лет. Около 17% опрошенных из числа курящих подростков начали курить в 16 лет и старше. Средний возраст начала курения ($M \pm m$) у 15-18-летних мальчиков составил $13,68 \pm 0,258$, у девочек – $14,23 \pm 0,246$ лет ($t=1,5$, $p=0,1$). Наибольшее количество выкуриваемых в день сигарет, согласно ответам, составляет 25. Чаще подростки выкуривают от 2 до 5 (34% курящих подростков), либо 10-15 (20,5% курящих подростков) сигарет в день.

Почти 16,1% 15-18-летних подростков (17,9% мальчиков и 14,3% девочек, $\chi^2=1,7$, $p=0,2$), ответили, что у них есть **знакомые, употребляющие наркотические вещества**. Около 7,4% мальчиков и 3,5% девочек ($\chi^2=6,4$, $p=0,01$) указали, что сами пробовали наркотики (около 5,5% опрошенных этого возраста). Из числа 1451 респондентов 19-24 лет, опрошенных в₁₁₂₂

2011 году, пробовали наркотики 7,2% девушек и 12,5% юношей. Почти 16,1% подростков - 17,9% мальчиков и 14,3% девочек ($\chi^2=1,7$, $p=0,2$) ответили, что у них есть знакомые, употребляющие наркотические вещества.

На вопрос «Употреблял(а) ли ты когда-либо сознательно, по своему желанию, **алкогольные напитки?**» положительно ответили 70,8% 15-18-летних респондентов (67,1% мальчиков и 74,7% девочек, $\chi^2=1,15$, $p=0,28$). В 15-летнем возрасте доля ответивших отрицательно составила 37,7%. Состояние алкогольного опьянения испытывали когда-либо половина (50,6%) подростков. К 19-24-летнему возрасту доля употреблявших алкогольные напитки составила уже 91,6% девушек и 92,1% юношей. Среди лиц 24 лет только 3,5% девушек и 2,2% юношей отрицательно ответили на вопрос об употреблении алкоголя.

Анализ данных опроса 15-18-летних подростков показал, что слабоалкогольные (менее 20 градусов крепости) напитки не употребляют лишь 28,9% подростков (31,07% мальчиков и 26,6% девочек ($\chi^2=1,29$, $p=0,3$)). Употребляют напитки крепостью менее 20 градусов 1 раз в неделю и чаще 4% подростков (4,5% мальчиков и 3,5% девочек), несколько раз в месяц – 18,4% (21,6% мальчиков и 15,1% девочек), несколько раз в полгода – 21,1% (19,7% мальчиков и 22,5% девочек, $\chi^2=0,7$, $p=0,4$), раз в полгода и реже – 23,3% (19,7% мальчиков и 27% девочек, $\chi^2=4,33$, $p=0,037$).

Крепкие (более 20 градусов крепости) алкогольные напитки не употребляют 46,7% мальчиков и 46,0% девочек 15-18 лет, употребляют 1 раз в неделю и чаще 1,6% мальчиков и 1,08% девочек, несколько раз в месяц – 8,85% мальчиков и 4,5% девочек ($\chi^2=6,1$, $p=0,01$), несколько раз в полгода – 13,6% мальчиков и 11,4% девочек, раз в полгода и реже – 18,1% мальчиков и 20,7% девочек. Таким образом, мальчики чаще, чем девочки, употребляют крепкий алкоголь несколько раз в месяц и более. Девочки же, несмотря на высокую в целом частоту положительных ответов об употреблении₁₁₂₃

алкоголя, отмечают в основном употребление лишь слабоалкогольных напитков (чаще – пива).

Данные о частоте употребления алкогольных напитков в 19-24 года так же подтверждают более высокий риск у юношей: 1 и более раз в неделю – 7,1% девушек и 16,1% юношей; несколько раз в месяц – 27,7% девушек и 27,2% юношей; 1 и менее раз в месяц – 55,9% девушек и 48,8% юношей; не употребляют – 2,4% девушек и 2,1% юношей; без ответа – 7,0% девушек и 5,8% юношей.

Согласно полученным нами результатам опроса республиканской выборки 15-18-летних подростков, при самооценке **полноценности питания** установлено, что около 1,5% респондентов (0,8% мальчиков и 1,9% девочек) оценивают его как плохое, ещё 12,2% (7,4% мальчиков и 17,3% девочек) - как удовлетворительное. В целом, доля девочек, оценивающих своё питание на низкие баллы, оказалась выше доли мальчиков в 2,34 раза. Считают, что состояние их питания «ближе к хорошему» (3 балла по 5-бальной системе) 13,8% мальчиков и 21,6% девочек. Оценивают свой рацион питания на «хорошо» 42,0% мальчиков и 38,9% девочек. Считают своё питание «отличным» 35,8% мальчиков и 19,9% девочек ($\chi^2=16,9$, $p=0,00001$). Среднее значение самооценки полноценности питания (по 5-бальной системе) составило у мальчиков $4,05 \pm 0,042$, у девочек – $3,58 \pm 0,049$ баллов ($t=7,2$, $p<0,0001$).

О физической активности 15-18-летних проживающих в Беларуси подростков можно судить по частоте занятий физической культурой, которая, согласно ответам, составила: «Ежедневно» - 23,6%, «Часто» - 37,4%, «Иногда» - 36,4%, «Никогда» - 2,2%. Ежедневно занимаются физической культурой 31,07% мальчиков и 16% девочек ($\chi^2=18,5$, $p=0,00001$), «Часто» - 43,4% мальчиков и 31,1% девочек ($\chi^2=7,02$, $p=0,008$), «Иногда» - 24,07%

мальчиков и 42,3% девочек ($\chi^2=30,4$, $p=0,00001$), «Никогда» - 1% мальчиков и 3,5% девочек ($\chi^2=6,17$, $p=0,01$).

Анализ данных опроса подростков 15-18-летнего возраста показывает, что ежедневно отмечают **ссоры** только 3,1% подростков (2,7% мальчиков и 3,7% девочек), часто – 13,4% (10,08% и 16,8% соответственно, $\chi^2=7,15$, $p=0,0075$); ежедневно испытывают **неприятные эмоции** 6,4% (3,9% мальчиков и 9,5% девочек, $\chi^2=10,5$, $p=0,0012$), часто – 21,4% (17,08% мальчиков и 25,9% девочек, $\chi^2=6,76$, $p=0,0093$); бывают в **плохом настроении** ежедневно 4,1% мальчиков и 4,8% девочек, часто – 23,7% (17,08% мальчиков и 30,7% девочек, $\chi^2=14,9$, $p=0,0001$). Никогда не ссорятся с окружающими 11,2% подростков (15% мальчиков и 8,9% девочек, $\chi^2=11,17$, $p=0,0008$), никогда не испытывают неприятные эмоции 8% подростков (10,5% мальчиков и 5,4% девочек, $\chi^2=7,13$, $p=0,0076$), никогда не бывают в плохом настроении 4,6% подростков (6,17% мальчиков и 3% девочек, $\chi^2=4,85$, $p=0,0276$). В то же время, 34,15% мальчиков и 36,5% девочек ($\chi^2=0,27$, $p=0,6$) ежедневно испытывают **положительные эмоции**, 39,7% мальчиков и 45,36% девочек ($\chi^2=1,25$, $p=0,26$) - часто, 34% мальчиков и 28,3% девочек ($\chi^2=1,86$, $p=0,17$) ежедневно бывают в **хорошем настроении**.

Несмотря на в целом положительный эмоциональный фон, почти каждый пятый (18,8%) подросток отмечает, что сталкивался с **ситуацией, когда он/она был готов покончить с собой от отчаяния**. Следует отметить, что данные относятся не к ситуации собственно суицидальной попытки, но к состоянию, предшествующему таковой. При этом ярко проявляются гендерные различия: на наличие кризисной ситуации указали 8,8% мальчиков и 29,16% девочек ($\chi^2=44,05$, $p=0,0001$).

Наиболее популярными из числа вариантов ответа на вопрос «Кто помог тебе в этой ситуации» оказались такие, как: «Сам (сама)» - 75,3% из числа тех, кто положительно ответил на вопрос о наличии кризисной₁₁₂₅

психологической ситуации; «Друзья» - 39,3%; «Родители» - 15,7%. Другой вариант ответа отметили 9,6% подростков, в том числе самыми частыми были варианты ответов «Любимый парень» или «Любимый человек», «Мама», «Брат» («Сестра»), чуть реже – «Бог», «Религиозное воспитание». Отмечались также такие ответы, как «Никто», «Интернет», «Посторонний», «Совесть» и «Учитель». Школьный психолог помог подростку в ситуации готовности к суициду лишь в 1,1% случаев.

Таким образом, поведенческие факторы являются основными в числе факторов риска здоровью подростков. В их числе в Республике Беларусь в современных условиях следует отметить такие, как рискованное сексуальное поведение, курение, употребление алкоголя, психоактивных веществ, распространённость кризисных психологических ситуаций. Приобретают актуальность также факторы нерационального питания, недостаточной физической активности. Для большинства поведенческих факторов (сексуальное поведение, курение, употребление алкоголя, проба наркотиков) отмечается более высокий риск здоровью у юношей.

Так, среди 15-18-летних подростков 31,2% имеют опыт половых отношений. В возрасте 19-24 лет доля отрицающих наличие половой жизни составляет 15,3% девушек и 13,5% юношей. При этом только 49,9% девушек и 59,07% юношей 19-24 лет, имеющих опыт половых отношений, использовали какие-либо методы контрацепции во время первого полового контакта; почти 17,0% 15-18-летних подростков, положительно ответивших на вопрос о наличии опыта половой жизни, не используют средства, предохраняющие от наступления беременности. Четверть 19-24-летних девушек и чуть менее половины юношей положительно ответили на вопрос о наличии случайных половых связей; в 15-18 лет случайные половые связи присутствуют у 8,7% выборки.

Курит каждый пятый-шестой подросток 15-18 лет, и 21,3% девушек и 45,9% юношей 19-24 лет. Знакомые, употребляющие наркотики, присутствуют у 16,1% 15-18-летних подростков; сами пробовали наркотические вещества около 5,5% опрошенных. Употребляли когда-либо сознательно, по своему желанию, алкогольные напитки 70,8% 15-18-летних подростков, состояние алкогольного опьянения испытывали половина (50,6%) опрошенных.

Среднее значение самооценки полноценности питания (по 5-бальной шкале) составило у мальчиков $4,05 \pm 0,042$, у девочек – $3,58 \pm 0,049$ баллов ($t=7,2$, $p<0,0001$). Ежедневно занимаются физической культурой только 31,07% мальчиков и 16% девочек; в целом физическую активность мальчиков следует охарактеризовать как более высокую.

Эмоциональный фон в возрастной группе 15-18 летних подростков в целом положительный. Так, частоту ссор с окружающими, неприятных эмоций можно охарактеризовать как низкую. Девочки несколько чаще отмечают плохое настроение и негативные эмоции, в сравнении с мальчиками; мальчики реже ссорятся с окружающими людьми. Несмотря на в целом положительный эмоциональный фон, почти каждый пятый (18,8%, 8,8% мальчиков и 29,16% девочек) подросток отмечает, что сталкивался с ситуацией, когда он/она был готов покончить с собой от отчаяния.

Социальная природа и поведенческая обусловленность специфических медико-социальных проблем здоровья лиц данной возрастной категории обуславливает приоритетность медико-социологического подхода в числе используемых в комплексном изучении их популяционного здоровья.

Библиографический список

1. Елсуков А.Н. Стигматизация как способ выделения объектов в структурах коммуникативного действия /А.Н.Елсуков // Социология. – 2010. - №4. – С. 3 – 9.
2. Журавлёва И.В. Социальные проблемы здоровья подростков /И.В. Журавлёва // Интернет-конференция [«Дети и молодёжь»](#) / Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент", ГУ – ВШЭ, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, ИК РОС «Социология здоровья и здравоохранения», Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. - [Электронный ресурс]. –2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. – Дата доступа: 01.04. 2010.
3. Кислицина О.А. Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психоактивных веществ /О.А.Кислицина // Интернет-конференция [«Дети и молодёжь»](#) / Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент", ГУ – ВШЭ, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, ИК РОС «Социология здоровья и здравоохранения», Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. - [Электронный ресурс]. –2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. – Дата доступа: 01.04. 2010.
4. Свадьбина Т.В. Изменения практик поддержания собственного здоровья /Т.В. Свадьбина, А.Н. Осянин // Социология РоСА. – 2006. - №2. – С. 28 – 30.
5. Ferguson (Anderson) G.M. Self-esteem among Jamaican children: exploring the impact of skin color and rural/urban residence / G.M. Ferguson (Anderson), P. Cramer // Journal of Applied Developmental Psychopathology. – 2007. - №28. – P. 345 – 359.
6. Poziom wiedzy studentek rzeszowskich uczelni na temat zagrozen i czynnikow ryzyka raka szyjki macicy / J. Kadziolka, E. Barnas, E. Domka [i wsp.] // Probl. Hig. Epidemiol.- 2008. – suppl. 1. – P. 22 – 23.
7. Russian-American partners, alcohol use prevention. Adaptation of a school-based parent-child programme for alcohol use prevention /Williams C.L., Grechanaia N., Romanova O., Komro K., Perry C., Farbakhsh K. // European Journal of Public Health. – 2003. – Vol. 1. - №3. – P. 314 – 321.
8. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy / Perlman F., Bobak M., Gilmore A. [et all.] // Tob. Control. – 2007. - №16. – P. 299 – 305.

СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ БЕЛАРУСИ И ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ СЕМЬИ.

Сообщение 2: Влияние семьи

В отличие от других возрастных групп, большинство проблем здоровья подростков имеют социальную природу (в том числе непосредственно связаны с условиями воспитания в семье) и поведенческую обусловленность.

К числу причин проблем здоровья подростков, связанных с условиями воспитания в семье, следует отнести такие, как недостаточное выполнение семьей её здоровьесформирующей функции. Мы объединили в эту комплексную функцию все компоненты родительской поддержки в формировании здоровья детей, взаимосбережения здоровья всех членов семьи как малой социально-психологической группы. В частности, к таким компонентам следует отнести качество и своевременность предоставления подростку родителями информации медико-гигиенического характера, своевременность обращения за медицинской помощью и полноту выполнения рекомендаций, организацию благоприятного режима дня, питания, формирование необходимых навыков заботы о здоровье. Именно эти компоненты, а также наличие вредных привычек у родителей, особенно у матери, родительский мониторинг, влияют на выработку у подростка стереотипов поведения в сфере здоровья.

Данные предшествующих исследований указывают на тревожную ситуацию: так, по З.А.Севковской, только 4,9% опрошенных 16-летних подростков из числа проживающих в Республике Беларусь на начало 2000-х годов указали, что у них были беседы с родителями на тему половых взаимоотношений [8].

Установлено, что успешность выполнения семьёй её здоровьесформирующей функции во многом определяется составом семьи. Так, в возрастном периоде от 1 года до 13 лет включительно доля здоровых детей в полных семьях не изменяется (она составляет 23%), в неполных – снижается (с 18 до 10%). Детей с хроническими заболеваниями в возрасте 13 лет в полных семьях в два раза меньше, чем в неполных (23% против 38%) [9].

Особенностью подросткового возраста становится зависимость здоровьесформирующей функции уже не столько от состава и полноты семьи, сколько от удовлетворённости подростков взаимоотношениями с родителями. Исследование структуры семей подростков, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), показало, что в группе перенесших ИППП почти в два раза больше подростков из неполных семей, в сравнении с группой подростков, никогда ИППП не болевших [5]. В то же время, установлено, что молодые люди из полных семей, которые не удовлетворены взаимоотношениями с родителями, более подвержены алкоголизации сексуальной жизни и многовекторному риску, нежели их сверстники из неполных, но полноценных в эмоционально-психологическом плане семей [6]. Отсутствие в семье подростка источника доверительных отношений по проблемам, связанным с сексуальной жизнью, особенно первой информации об интимных отношениях, собственно характер семейных взаимоотношений оказались ведущими в числе факторов риска аборта у девушки-подростка [2; 3]. Если семья психологически дисфункциональна (независимо от её состава), родители не способны поддержать ребёнка в построении его собственной идентичности. При этом процесс социализации подростка затрудняется, что приводит к различным отклонениям в поведении. По данным О.А.Кислицыной, подростки, которые согласны с утверждением, что «им нечем гордиться», чаще начинают

употреблять табак и алкоголь, по сравнению с теми, у кого высокая самооценка [4]. Низкая самооценка не позволяет противостоять давлению со стороны курящих и выпивающих приятелей, то есть влиянию «улицы». Для подростков из семей, где отношения с родителями расцениваются как неудовлетворительные, меньшую значимость имеет такая категория, как «ответственность». Одновременно, независимо от состава семьи, для молодых людей, удовлетворённых отношениями с родителями, высоко важна категория «достоинство» [6].

Целый ряд данных свидетельствуют о том, что важным фактором здоровьесформирующей функции семьи становится образование родителей. И.В. Журавлёва указывает, что уровень образования матери считается одним из самых надёжных факторов прогнозирования здоровья детей [1, с. 81].

Целью работы являлось оценить распространённость некоторых медико-социальных проблем здоровья подростков Беларуси и установить их связь с семьей. В частности, выявить, влияют ли состав семьи, её материальное положение, образование родителей (матери) на такие факторы здоровья и качества жизни подростков, как сексуальное поведение, наличие вредных привычек, самооценка полноценности питания, физическая активность, эмоциональный фон, наличие кризисных психологических состояний.

Материалы и методы

Сексуальное и репродуктивное поведение молодёжи, поведение подростков в сфере здоровья являлось предметом наших медико-социологических исследований на протяжении с 2004 года. Опрашивались республиканские репрезентативные выборки. В 2010 году выборочная совокупность, репрезентативно отражающая генеральную совокупность подростков, проживающих в Республике Беларусь (по факторам пола и территориального распределения), составила 949 человек: 463 девушки и 486 юношей 15-18 лет. В 2011 году опрошено 705 девушек и 746 юношей 19-24 лет (1451 человек; модель выборочной совокупности молодёжи 19-24 лет,

репрезентативная населению данной возрастной группы республики и достаточная по объёму, согласно сведениям переписи населения 2009 года).

Результаты

По данным опроса 949 подростков республиканской выборки (463 девушки и 486 юношей 15-18 лет), выполненного в 2010 году, большинство опрошенных считают материальное положение своих семей «хорошим» (45,1%) или «средним» (37,7%). Каждый двенадцатый подросток утверждает, что положение его семьи «трудное».

Большинство подростков, согласно ответам, воспитываются в полных семьях (68,9%). Второе место занимает неполная семья «с мамой» (25%). Примерно равные доли подростков (около 1,5%) воспитываются в неполных семьях «с папой», «с бабушкой/ дедушкой», чуть больше ответов «с мамой и отчимом». В числе других названных подростками форм семей такие, как «то с мамой, то с папой», «с папой и бабушкой», «с опекуном», а также с другими родственниками («с братом», «с тётёй», «с семьёй сестры»). Единичные ответы – «сирота».

Около 3,8% подростков не ответили на вопрос об образовании матери, 18,5% - на вопрос об образовании отца.

Большинство подростков оценили состояние своего здоровья как «хорошее» (4 балла по 5 бальной системе) – 40%, или «отличное» (5 баллов) – 18%. Самооценка здоровья подростка имела обратную корреляционную связь с самооценкой материального положения семьи (r Спирмена = -0,226, $p=0,01$). В то же время, корреляционный анализ не выявил какой-либо связи между самооценкой здоровья и образованием матери (и отца) подростка. Средние значения самооценки здоровья подростков не имели различий в группах, выделенных по признаку состава семьи: в полных семьях значение самооценки здоровья ($M \pm \delta$) $3,58 \pm 1,047$; в неполных $3,44 \pm 1,067$. Различия оказались близки к статистически значимым: $t=1,913$, $p=0,056$.

В числе поведенческих факторов риска здоровью подростков в Беларуси следует выделить такие, как рискованное сексуальное поведение, курение, употребление алкоголя, проба наркотика.

Статистический анализ показал, что влияние материального положения, состава семьи, а также образования родителей на наличие факта **половых отношений у подростка** не подтверждается. Не выявлено и наличие влияния материального положения, состава семьи и образования матери на частоту **использования контрацепции** подростками. Материальное положение семьи и образование родителей не влияют также на наличие у подростка **случайных половых связей**. В то же время, доля положительно ответивших на вопрос о наличии случайных половых связей (из числа живущих половой жизнью подростков) в полных семьях составила 15,8%, в неполных – 31,5% ($\chi^2=4,22$, $p=0,04$, тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=2,05$, $p=0,04$).

При сравнении группы подростков, оценивающих материальное положение своей семьи как «очень хорошее» или «хорошее» и группы, оценивающих его как «трудное» и «очень трудное», не выявлено статистически значимых различий по долям **курящих** ($\chi^2=0,47$, $p=0,49$; $\chi^2_{Yates}=0,24$, $p=0,62$). Не выявлено и влияния на фактор курения состава семьи, образования родителей.

Знакомые, употребляющие наркотические вещества, присутствуют у 13,4% подростков из семей с «очень хорошим» или «хорошим» и 31,1% подростков из семей с «очень трудным» или «трудным» материальным положением ($\chi^2=10,19$, $p=0,0014$; $\chi^2_{Yates}=8,84$, $p=0,0029$). Близким к статистически значимому оказалось различие и между группами подростков из полных и неполных семей (14,5% подростков из полных и 19,5% подростков из неполных семей соответственно, тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=1,9$, $p=0,056$). Влияния образования родителей на наличие у₁₁₃₃

подростка знакомых, употребляющих наркотические вещества, не установлено. Такой фактор, как наличие у подростка самостоятельной пробы наркотика, не выявил влияния на него материального положения, состава семьи, образования матери.

Влияния материального положения семьи на долю 15-18-летних подростков, не употребляющих **алкогольные напитки**, независимо от крепости, не выявлено. В то же время, положительно ответили на вопрос о том, употребляли ли они когда-либо сознательно, по собственной воле, алкогольные напитки, 68,7% подростков из полных и 78,5% - из неполных семей (тест Колмогорова-Смирнова: критерий $z=2,97$, $p=0,003$). Влияние образования матери на данный фактор здоровья подростков не установлено. Крепкие (более 20 градусов крепости) алкогольные напитки употребляют 1 раз в неделю и чаще 1,4% подростков в обеспеченных и 8,1% в малообеспеченных семьях, $\chi^2=7,65$, $p=0,0057$.

Самооценка **полноценности питания** коррелирует с самооценкой состояния здоровья (r Спирмена 0,42, $p=0,01$) и самооценкой материального положения семьи подростка (r Спирмена 0,3, $p=0,01$). Среднее значение оценки полноценности питания подростками из полных семей составило $3,84 \pm 0,039$ ($M \pm m$, $\delta=0,99$), из неполных – $3,75 \pm 0,063$ ($M \pm m$, $\delta=1,07$), различия значимы: критерий Ливиня $F=8,56$, $p=0,004$. Непараметрическими методами анализа не подтверждается влияние образования матери на самооценку полноценности питания подростка.

Непараметрические методы анализа не выявили наличие связи между частотой занятий **физической культурой** и уровнем образования матери, материальным положением семьи. Влияние состава семьи оказалось несколько сильнее, однако так же статистически незначимо: в полных семьях уровень физической активности выше на 0,14 балла (по 4-бальной шкале), критерий Ливиня $F=3,0$, $p=0,08$.

Зависимость между эмоциональным фоном подростка (частотой положительных и отрицательных эмоций, плохого и хорошего настроения, ссор с окружающими) и материальным положением семьи, в которой он воспитывается, обнаружена не была. В то же время, сталкивались с ситуацией, когда были готовы покончить с собой от отчаяния, 11,2% подростков из обеспеченных и 40,0% из малообеспеченных семей ($\chi^2=3,69$, $p=0,05$; $\chi^2_{Yates}=3,08$, $p=0,08$).

Эмоциональный фон подростков различался в зависимости от полноты (состава) семьи. Перевод шкалы самооценки частоты негативных (позитивных) эмоций из порядковой в непрерывную позволил рассчитать средний уровень частоты негативных (позитивных) эмоций в трёх группах подростков (из полных семей, неполных семей «с мамой» и неполных семей «без мамы»). Различия не являлись статистически значимыми, однако очевидно, что подростки из полных семей испытывают негативные эмоции реже, а позитивные – чаще; отличия наиболее значительны при сравнении с подростками из неполных семей «без мамы».

Отмечают наличие ситуации «когда был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния» 15,4% подростков из полных семей, 25,2% - из неполных семей «с мамой» ($\chi^2=7,8$, $p=0,005$) и 30,3% подростков из неполных семей «без мамы» (различия незначимы при сравнении подростков из разных типов неполных семей, но значимы при сравнении подростков из полных семей и неполных семей суммарно, $\chi^2=9,4$, $p=0,002$). В группе подростков, положительно ответивших на вопрос о наличии ситуации «когда был(а) готов(а) покончить с собой от отчаяния», уровень образования матери оказался несколько выше в сравнении с подростками, где такая ситуация отмечена не была, однако непараметрические методы анализа не подтвердили достоверность различий.

Таким образом, каждая из рассмотренных составляющих семьи подростка (материальное положение, состав семьи, образование родителей) так или иначе, значима во влиянии на поведенческие факторы риска здоровью, за исключением таких факторов, как курение и проба наркотика. Для риска сексуального поведения подростка наиболее значимым оказался состав семьи (риск случайных половых связей выше среди подростков из неполных семей). Знакомые, употребляющие наркотические вещества, чаще присутствуют у подростков из семей с «очень трудным» или «трудным» материальным положением, неполных. Материальное положение семьи и образование родителей оказалось незначимым фактором для факта воздержания подростка от употребления алкоголя (доли подростков, не употребляющих алкоголь, не имели различий по указанным факторам). В то же время, сознательное, по собственной воле, употребление алкогольных напитков чаще регистрируется среди подростков из неполных семей. Употребление алкогольных напитков крепостью выше 20 градусов 1 раз в неделю и чаще более распространено среди подростков из малообеспеченных семей.

Наиболее зависимым от семьи поведенческим фактором здоровья подростка оказался фактор питания. Самооценка полноценности питания коррелирует с самооценкой состояния здоровья и самооценкой материального положения семьи подростка; значимым фактором выступает также полнота семьи. В то же время, образование матери не значимо для самооценки полноценности питания подростка.

Непараметрические методы анализа не выявили связь между частотой занятий физической культурой и уровнем образования матери, материальным положением семьи. В полных семьях уровень физической активности подростков несколько выше, однако, различия так же статистически незначимы.

Значимо чаще сталкиваются с ситуацией, «когда были готовы покончить с собой от отчаяния», подростки из малообеспеченных и неполных семей. В группе подростков, положительно ответивших на вопрос о наличии такой ситуации, уровень образования матери выше; однако достоверность различий статистически не подтверждается. Подростки из полных семей испытывают негативные эмоции реже, а позитивные – чаще; отличия наиболее значительны при сравнении с подростками из неполных семей «без мамы».

В целом, степень успешности здоровьесформирующей функции семьи – в том, насколько правильно ребёнок, выходя из детского возраста, строит своё поведение по отношению к здоровью. Наряду с материальным положением, составом семьи, образованием родителей, безусловно значимым фактором является эмоциональная сплочённость с родителями, положительный внутрисемейный микроклимат.

Библиографический список

9. *Журавлёва И.В.* Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлёва. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240с.
10. *Закоркина Н.А.* Причины абортс у подростков, проживающих в сельской местности /Н.А. Закоркина, И.А. Банюшевич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 5. – с. 20 – 22.
11. *Закоркин, Н.А.* Факторы, влияющие на репродуктивные потери /Н.А. Закоркина, И.А. Банюшевич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 6. – С. 25 – 27.
12. *Кислицина О.А.* Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к потреблению психоактивных веществ /О.А.Кислицина // Интернет-конференция [«Дети»](#)¹¹³⁷

[и молодёжь»](#) / Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент", ГУ – ВШЭ, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, ИК РОС «Социология здоровья и здравоохранения», Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. - [Электронный ресурс]. –2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. – Дата доступа: 01.04. 2010.

13. *Ростовцев В.Н.* Валидность, диагностическая эффективность и репрезентативность метода диагностики подверженности рискованному половому поведению и выявления групп риска инфекций, передающихся половым путём /В.Н. Ростовцев, Н.Н. Протько, И.Б. Марченкова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. - №1. – С. 88 – 92.

14. *Ростовцев В.Н.* Поведенческие риски и нравственные ценности /В.Н.Ростовцев // Белорусский медицинский журнал. - 2005. - №1. - С. 81 – 82.

15. *Свадьбина Т.В.* Изменения практик поддержания собственного здоровья /Т.В. Свадьбина, А.Н. Осянин // Социология РоСА. – 2006. - №2. – С. 28 – 30.

16. *Севковская З.А.* Молодёжь Беларуси на пороге третьего тысячелетия / З.А. Севковская. - Мн.: Принткорп, 2002. – 128 с.

17. *Шабунова А.А.* Роль семьи в формировании здоровья детей /А.А.Шабунова, В.В.Артёменко // Интернет-конференция [«Дети и молодёжь»](#) / Федеральный образовательный портал "Экономика. Социология. Менеджмент", ГУ – ВШЭ, лаборатория гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, ИК РОС «Социология здоровья и здравоохранения», Институт социологии РАН, Москва, 01.03. – 04.04.2010. - [Электронный ресурс]. –2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/334891.html>. – Дата доступа: 01.04. 2010.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ, ЗДОРОВЬЕ И МЕДИЦИНА: ПОСТАНОВКА ВОПРОСА

Тематика гендера и здоровья достаточно интригующая. Для начала заметим, что здоровье и медицинские институты, как правило, не мыслятся с точки зрения гендерных различий. Разумеется, всем известно, что женщины рожают детей в медицинских учреждениях, и в СССР уделялось внимание охране здоровья «матери и ребенка», а в современном национальном проекте «Здоровье» разработаны специальные меры для улучшения медицинской помощи женщинам в период беременности и родов. В учебники по общественному здоровью включены разделы «заболеваемость женщин и детей» и подразделы «заболеваемость женского населения» (например [1, с. 247-253]). Но в отношении большинства болезней и общество, и медицина, и исследователи до поры до времени остаются гендерно нечувствительными. Например, неудовлетворительная система организации медицины в современной России с точки зрения ее потребителей и исследователей, или регулярные теневые платежи, как правило, не выражаются на языке гендерных различий. Отсутствует и необходимая гендерная статистика в сфере охраны здоровья [2, с.75] и пр.

Однако, в определенный момент (сначала на западе, затем в России) в социальных науках стали появляться данные о том, что женщины чаще обращаются к врачам, больше болеют, хуже оценивают свое здоровье, но – парадокс - живут дольше, чем мужчины. Так называет вторую главу книги «Гендер и социальная конструкция болезни» американский социолог Дж. Лорбер [3]. «Женщины живут дольше, но оценивают свое здоровье хуже,

чем мужчины» - название подраздела публикации «Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России» в журнале Демоскоп [4, см. также 2].

Постепенно становятся востребованными гендерные подходы, которые пытаются в числе прочего объяснить этот парадокс, который в России имеет особо острый характер. Появляются категории «здоровья мужчин» и «здоровья женщин», которые исследуют, какие различия существуют не только в организме мужчины и женщины, но и в образе жизни, в социальных требованиях и культурных предпочтениях, в доступных ресурсах и нормах поведения. Востребованным оказывается поло-ролевой подход, связывающий, например, роль женщины с заботой о своем здоровье и здоровье окружающих, из чего следует более интенсивные взаимодействия с медициной и наличие больших медицинских знаний. Представления об экспрессивной, в первую очередь, приватной роли женщины, обозначенной Т.Парсонсом [5], позволяют объяснить, почему они меньше представлены в профессиональной медицине, а будучи представлены – занимают менее престижные позиции. Однако не всегда и не везде. Еще один парадокс – в СССР и в России большинство врачей – женщины, и это наводит исследователей на мысль о низком престиже профессии в целом [6; 7]. Одновременно становится понятным, что необходимо учитывать более сложные социальные процессы, чем гендерная сегрегация на рынке труда и гендерное неравенство в отношении здоровья, в частности, необходимо включить в исследования способы медицинских взаимодействий в конкретных социальных ситуациях

Исследователи, используя этнометодологическую традицию и анализ разговора, выясняют, что взаимодействуя друг с другом, врачи и пациенты ведут себя по-разному, гендерные различия являются значимыми. Женщины-врачи больше, вербально и невербально, проявляют внимания к пациенту,¹¹⁴⁰

больше задают вопросов и больше дают объяснений. Аналогично ведут себя и женщины-пациентки (обзор в [8]). Однако так происходит не везде и не всегда. Женская экспрессивная роль предписывает заботу и предполагает развитые вербальные навыки, но почему же тогда разные женщины-врачи (как и разные женщины-пациентки) ведут себя по-разному?

Что касается инструментальной роли мужчины, то феминистские исследователи показали ее узость и ограничения, однако этого оказалось недостаточным для того, чтобы объяснить низкую продолжительность жизни. Вопрос том, какие особенности мужественности влияют на здоровье, заставил исследователей сместить акценты на анализ конструирования разных видов маскулинностей, обратив особое внимание на тот (гегемонный) тип, который утверждается через успешность и физическую силу. И обнаружился еще один парадокс – чем более успешно осуществляются предписания нормативной маскулинности, тем больше опасностей возникает для здоровья конкретного мужчины. Нормативные предписания включают напряженную работу, ориентированную на достижения в конкурентной борьбе, практики мужской дружбы, включающие интенсивное употребление алкоголя, сексуальную активность, в том числе незащищенный секс, спортивные достижения, требующие пренебрежения болью, нечувствительность к проблемам со здоровьем и пренебрежение медицинским обслуживанием и пр. Неудивительно, что «настоящие мужчины» рискуют своим здоровьем и продолжительностью жизни (см. напр. [9]). Однако почему же они продолжают это делать? И почему в России это имеет такие серьезные последствия?

Еще один парадокс – это медикализация репродуктивного цикла женской жизни. В усилении влияния медицины на тело есть много плюсов. В современных условиях это позволяет уменьшить боль при менструациях и родах, планировать беременность и деторождение, преодолевать¹¹⁴¹

негативные последствия бездетности и менопаузы, упростить процедуру абортов и пр. Общественные движения и исследователи, чувствительные к женскому опыту, приветствуют расширение спектра возможностей и гуманизацию репродукции.

Все, однако, не так просто. Вопрос репродукции – это вопрос морали и политики, экономических ресурсов, и главное для критиков медикализации – это вопрос о власти медицины, медиков, об авторитетном знании. Медицинский подход (взгляд) связан с властью, с возможностью влиять на социальные и экзистенциальные представления о жизни и смерти, о душе и теле. В 19-20 веках медицина обретает статус философии жизни и способность устанавливать стандарты именно потому, что она может повышать качество жизни и решать практические проблемы. Критики считают, что с тех пор, когда медицина стала властной и престижной профессией, когда возобладала биомедицинская модель в интерпретации болезни и здоровья, у индивида в индустриальном обществе зачастую не остается иного выбора, кроме как подчиняться био-медицинским носителям авторитетного знания. Медицина (также как, например, религия или политика) способна подчинить женщину идее обязательного материнства и медицинской подготовки к нему, способна сделать аборт карательным средством, как это происходило в СССР, или, напротив, уменьшить число абортов, продвигая современные методы контрацепции. В современном индустриальном мире предполагается, что беременность и роды должны проходить под строгим наблюдением врача, а менопауза – должна «лечиться» гормонозаместительной терапией. Антропологи показали, что исходя из этого подхода, что женщина или даже женское тело в медицине рассматриваются как производящая машина, которая, в полном соответствии с законами капиталистического общества признается годной, пока способна производить людей ([10 – 12, см. обзор 13]). При этом далеко не во всех₁₁₄₂

культурах доминирует такой подход, во многих контекстах роды остаются женским приватным делом, происходящим с участием акушерки, без вмешательства, или при ограниченном вмешательстве медицины. Это вызывает резко негативные реакции представителей биомедицинского подхода. И, тем не менее, во многих западных обществах во второй половине 20-го века возникли институциональные возможности для проведения «естественных» «альтернативных» родов, родов на дому и пр. Возникают они и в современной России. При этом далеко не все женщины стремятся уменьшить биомедицинский контроль над своим здоровьем, телом, репродукцией. Наши исследования и исследования других авторов показывают, что новые информированные пациентки среднего класса хотят добиться более комфортных условий и большей заботы со стороны врачей и более эффективных условий в медицинских учреждениях в России [14; 15; 16]. Идея контроля над своей жизнью, показывают другие исследователи, - это идея среднего класса и его индивидуалистических установок в современных индустриальных обществах.

Таким образом, признается, что конструкция гендера предполагает определенное отношение к медицине и здоровью. Женственность медикализуется и контролируется через репродукцию и нормы «правильной» беременности, родов, материнства. Медикализируются и каноны красоты в пластической хирургии разного рода и в разного рода диагнозах. Мужчины контролируются через нормативные предписания нечувствительности к проблемам здоровья, через ориентацию на сверхдостижения в спорте, и одновременно мужское тело и сексуальность все более медикализуется.

Здоровье – это область телесности, и в этой области гендерные исследования вступают на зыбкую почву отрицания эссенциализма, довольно сложной задачи применительно к анализу здоровья мужчин и женщин. Телесность может быть осмыслена как контролируемая и₁₁₄₃

структурируемая в сфере репродукции – яркий пример - это регулирование аборт и их неформальные практики в условиях запретов. Множественные социальные отношения формируют образ жизни, доверие к медицине, взаимодействия с врачом, от чего зависит интерпретация гендерно маркированного тела и способов воздействия на него. Более того гендер влияет на тело и его конструкцию, в том числе с использованием медицинских технологий, каноны женственности и мужественности заставляют воздействовать на тело.

Следующая задача, которая стоит перед современными социологами, - это интерпретация различий между разными группами мужчин и женщин. Разумеется, и раньше социологами во внимание принимался уровень доходов, образование, принадлежность к определенному социальному слою, ограничивающие доступ к ресурсам и обеспечению здоровья. Однако, как уловить особые свойства состояния здоровья, структурируемого множественными социальными институтами и контекстами, например, миграцией, принадлежностью к этническому сообществу, наличием семейных обязанностей и хронических заболеваний?

Во многих современных подходах категория «гендер», рассматривающая маскулинность и фемининность в качестве бинарных оппозиций, попадает под подозрение как эффект дискурсивных практик. Становятся востребованными множественные категории: гендера, расы, класса, сексуальной ориентации, возраста, инвалидности и пр., и одновременно возникает вопрос, как совместить постструктуралистскую критику бинарных категорий с анализом организационной логики и материальных ресурсов, влияющих на конструкцию телесности и здоровья. Утверждается, что гендер невозможно вычленить как единственную характеристику, и парадоксальным образом, становится проблематично говорить о репродуктивном здоровье женщин в целом. Необходим учет¹¹⁴⁴

того, живет ли она в городе или в области, замужем она или нет, религиозна она или нет, есть ли у нее высшее образование и полная занятость или нет и пр. Религиозность или этническая принадлежность, например, может привести к моральным дилеммам, возникающим при использовании новых технологий (от генетического тестирования до ВРТ). Все эти и другие обстоятельства будут влиять на представления о здоровье и практики его осуществления. Понятие интерсекциональности позволяет ставить вопрос не о сумме факторов, задающих уникальный индивидуальный опыт, а об их постоянное влияние друг на друга [17]. Такая задача не проста для эмпирического исследования, открывая возможности для переосмысления использования количественных и качественных методов.

Библиографический список

1. *Лисицын Ю.П.* (2010). Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / - 2-е изд 2010.
2. *Римашевская Н.М.* общ. ред. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / редколлегия: Е.А.Баллаева, Л.Г.Луныкова, Н.М.Римашевская, Т.В.Чубарова. М., 2007.
3. *Lorber J.* Gender and the Social Construction of Illness. 1997 Sage Publications (CA).
4. *Рамонов А.* Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России 2011 <http://demoscope.ru/weekly/2011/0463/tema01.php>
5. *Parsons T.* Age and Sex in the Social Structure // Parsons T. Essays in Sociological Theory Pure and Applied. (1949/ 1942)Glencoe, IL, P. 218–232, The American Family: Its Relation to Personality and to the Social Structure // Parsons T., Bales R. Family, Socialization and Interaction Process. New York 1955.
6. *Riska E.* Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian and Russian Women Physicians. New York: Aldine de Gruyter, 2001.

7. *Pringle R.* Sex and Medicine: Gender, Power and Authority in the Medical Profession, Cambridge: Cambridge University Press. 1998.

8. *Roter D.L., Hall J.A.* Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits. 1993 Westport Connecticut London Auburn House.

9. *Connell R.W.*, Masculinities. 1995. University of California Press, Berkeley, CA.

10. *Martin E.* The woman in the body: A cultural analysis of reproduction. 1987 Boston: Beacon Press.

11. *Davis-Floyd R.* Birth as an American rite of passage. 1992 Berkeley: University of California Press.

12. *Davis-Floyd R.*, The technocratic body and the organic body: Hegemony and heresy in women's birth choices // Sargent C and C B Brettell, eds. Gender and health/ An international perspective Prentice Hall New Jersey. 1995. 123-166.

13. *Михель Д.В.* Социальная антропология здоровья и репродукции: медицинская антропология: учеб. пособ. для студентов – 2010 Саратов: Новый проект.

14. *Здравомыслова Е., Темкина А.* «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине //. Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: Сборник статей под ред. Елены Здравомысловой и Анны Тёмкиной. — 2009. СПб: Издательство ЕУСПб, С.179-210.

15. *Здравомыслова Е. Темкина А.* Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога //Здоровье и интимная жизнь. Социологические подходы. Под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб: Издательство ЕУСПб. 2011 С. 23-53.

16. *Rivkin-Fish M.* Women's Health in Post-Soviet Russia: the Politics of Intervention. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 2005.

17. *Crenshaw K. W.* Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color // Stanford Law Review, 1991. Vol. 43, No. 6., pp. 1241–1299.

РОЛЬ НЕФОРМАЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ В МОТИВАЦИИ ТРУДА РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ

Российское здравоохранение сталкивается сегодня с целым рядом новых вызовов, исходящих от общества (институализация неравенства в возможностях получения необходимой медицинской помощи для граждан с неодинаковым уровнем доходов, проживающих в разных регионах); от государства (институализация социальной напряженности в лечебных учреждениях за счет установления доплат медицинским работникам первичного звена в рамках национального проекта «Здоровья», но, без видимой увязки их размеров с результативностью труда; от чрезмерной критичности средств массовой информации и, в целом, от глобализирующейся морально – нравственной атмосферы пронизанной духом монетаризма.

Предполагается, что: 1. Все большее проникновение рыночных отношений в сферу российского здравоохранения способствует «вымыванию» неденежных факторов мотивации и трудового поведения врачей, формирует среди них модальность экономически, а не альтруистически - ориентированного типа личности специалиста. 2. Под влиянием новых успешных практик отдельных профессиональных групп медицинских работников «вымываются» старые, укорененные в профессиональной деятельности ценности непрагматического сострадания и помощи больному, верности профессиональному долгу. 3. В лечебных учреждениях формируются новые ценностные приоритеты и референтные практики на основе неписаных норм поведения, центром которых¹¹⁴⁷

являются неформальные платежи (далее, НФП), и которые явно и неявно «втягивают» все новые и новые «круги» медицинских работников, так что складывается своя особая стихия «гонки» за обладание признаками материального благополучия на основе теневой активности. 4. В условиях неявной институализации практик НФП полноценное рассмотрение содержания трудовой мотивации врачей невозможно без включения таких практик в предмет анализа в качестве одного из значимых компонент. При этом возможно как доминирование адаптивной функции НФП в условиях ухудшающихся возможностей для заработка, так и проактивной - в условиях улучшающихся возможностей для заработка еще больше наращивать объемы НФП.

Выдвинутые гипотезы закономерно ставят целый набор исследовательских вопросов: 1. Насколько сильно захватывают и проникают в ценностно – мотивационную сферу деятельности врачей импульсы реформ в здравоохранении, укрепляющиеся синдромы и институты социально неравенства в российском обществе? 2. Способна ли сформировавшаяся за предыдущие десятилетия социально - психологическая атмосфера лечебных учреждений противостоять негативному влиянию процессов маркетизации в отношениях врачей и пациентов, либо, она, напротив, способствует их ускорению? 3. Что в большей мере способствует одобрению, а что осуждению НФП, что включению, а что исключению НФП из инструментов мотивации труда?

Эти и другие вопросы рассматриваются на базе материалов социологических исследований, проведенных в разных регионах России, в разного типа лечебных учреждениях в 2007 г. и 2009 г. В 2007 г. опрос проводился в двух, а в 2009г. в трех регионах, различающихся по уровню экономического развития (табл.1)

Таблица 1

**Распределение врачей по годам опроса в зависимости от
вида лечебного учреждения и типа региона (%)**

Виды лечебных учреждений	Годы опроса				
	2007		2009		
	Регионы ⁷¹				
	А	В	А	В	С
Областные и городские больницы	48	50	49	49	49
Поликлиник и	34	35	33	33	36
ЦРБ	18	15	18	18	15
Всего	100	100	100	100	100
Количество опрошенных	291	256	224	241	326

Несомненно, что феномен НФП является латентным и малодоступным для раскрытия с помощью количественных методов. Предыдущие исследования практик НФП строились преимущественно на методах неформализованных и полужформализованных интервью [1]. Вместе с тем, мы считаем, что очевидность и укорененность практик НФП в медицинской среде позволяет с помощью анкетных методик, типологического и многомерного методов анализа дать ответы на целый ряд поставленных вопросов.

⁷¹ В выборку закладывались представительность разных типов российских регионов, различающихся по уровню экономического развития: 2007 г. (А- Ярославская обл. (высокий), В – Саратовская обл. (средний). 2009 г. (А - Вологодская область (высокий уровень), В - Калужская (средний), С - Ивановская (низкий). В 2007 г. опрос проводился НИСП, в 2009 – Левада – Центром по заказу НИУ ВШЭ. 1149

Оценки практик НФП, сложившихся в российских лечебных учреждениях, измерялись по целому блоку вопросов, выявляющих степень допустимости – недопустимости такого рода практик в сегодняшней ситуации, одобрения – осуждения разного рода стереотипов и образцов поведения (всего 10 переменных). Кроме этого оценочно выявлялись объемы, размеры НФП и динамика их изменений.

Из всего набора предложенных вопросов были отобраны семь соотносимых по годам оценочных суждений, на основе которых была построена обобщенная модель одобрения – осуждения НФП (табл.2).

Таблица 2

Индикаторы и распределение ответов врачей по признакам модели одобрения – осуждения НФП

Баллы	Индикаторы	Год опроса	
		2007	2009
	<i>1. Степень допустимости практики оплаты медицинских услуг всеми материально обеспеченными пациентами</i>		
1	Абсолютно недопустимо	22	28
2	Нежелательно, но в сегодняшней жизни в общем-то допустимо.	43	52
3	Не видят в этом ничего особо предосудительного	35	20
	<i>2. Степень допустимости оплаты пациентами услуг врачей как привычной повседневной практики</i>		
1	Абсолютно недопустимо	37	44
2	Нежелательно, но в сегодняшней жизни в общем-то допустимо.	43	42
3	Не видят в этом ничего особо предосудительного	20	14
	<i>3. Степень допустимости практики стремления молодых врачей без должного опыта получать много денег</i>		
1	Абсолютно недопустимо	36	36
2	Нежелательно, но в сегодняшней жизни	30	32

	в общем-то допустимо.		
3	Не видят в этом ничего особо предосудительного	34	32
	<i>4. Степень согласия с суждением: «Какой бы низкой не была зарплата врача, брать с больного деньги - это позиция несовместимая со званием врача»</i>		
3	Полностью согласен	41	22
2	Частично согласен	37	50
1	Совершенно не согласен	22	28
	<i>5. Степень одобрения практики вынужденности врачей брать с больных деньги, т.к. они не имеют достойной оплаты своего труда от государства</i>		
1	Абсолютно недопустимо	16	40
2	Нежелательно, но в сегодняшней жизни в общем-то допустимо.	32	47
3	Не видят в этом ничего особо предосудительного	52	13
	<i>6. Степень допустимости практики получения от пациентов денежных платежей как главное направление, смысл жизни врачей</i>		
1	Абсолютно недопустимо	80	79
2	Нежелательно, но в сегодняшней жизни в общем-то допустимо.	17	7
3	Не видят в этом ничего особо предосудительного	3	14
	<i>Степень допустимости практики оплаты лечения не через кассу, а напрямую в «руки»</i>		
1	Абсолютно недопустимо	55	20
2	Нежелательно, но в сегодняшней жизни в общем-то допустимо.	35	38
3	Не видят в этом ничего особо предосудительного	10	42

Каждому ответу респондента присваивался определенный балл. Балл 1 присваивался при строго отрицательной оценке, 2 – срединной (частично отрицательной, частично положительной), 3- строго положительной¹¹⁵¹

оценке НФП. Далее была построена шкала суммарных оценок. На основе суммирования баллов по ответам на вопросы были построены шкальные индексы «одобрения – осуждения НФП» с их последующим ранжированием на три уровня, в которых максимально возможное значение - 21 (максимум одобрения), минимальное – 7 (минимум одобрения). На нижнем уровне оказались работники, набравшие 7 -10 баллов, среднем – 11-15 баллов, высоком – 16-21 балл – табл. 3.

Таблица 3

Распределение врачей по уровням одобрения – осуждения практик НФП (%)

	Год опроса	
	2007	2009
Осуждение (7-10 баллов)	21	21
Допустимо (11-15 баллов)	60	63
Одобрение (16-21 балл)	19	17
Среднее	12,88	12, 82
Стандартизированное отклонение	2,905	2,776
<i>Количество валидных ответов</i>	<i>543</i>	<i>781</i>

На основе линейного множественного регрессионного анализа было выявлено, что определяющими и повышающими степень одобрения разработанной модели НФП, являются пол и возраст, а остальные переменные объективного характера (профессиональная категория, региональная принадлежность) не оказались статистически значимыми и не были включены в модель регрессии. Причем, половая принадлежность (мужчины существенно в большей степени относятся с одобрением к1152

НФП, чем женщины) обладает большей объяснительной способностью, чем возраст. Однако по коэф. детерминации R^2 утверждать о большой объяснительной силе выявленных предикторов не приходится. В 2007 г. степень изменчивости значений одобряемости – неодобряемости практик НФП была обусловлена влиянием пола и возраста на 12,2%, а в 2009 г. - на 12,3%.

Эти факты предполагают поиск других факторов (помимо половозрастной принадлежности) включенности в НФП и их оценки.

Прежде всего, было выявлено, что из выделенных мотивационных типологических категорий респондентов, только врачами — альтруистами устойчиво демонстрируется высокая степень осуждения практик НФП⁷². По другим типам статистически значимой связи не обнаружилось, а врачи «ориентированные на заработок», напротив, в 2 раза чаще высказывают свое одобрение, чем неодобрение НФП.

Почти каждый третий врач – «альтруист» в 2007 г. и каждый четвертый в 2009 г. относились с явным осуждением к НФП по суммарной шкале оценок. Определяющей в этом отношении является роль мотива сострадания и помощи к людям. При отсутствии указаний на его значение для работы врача, степень одобрения НФП в 2007 г. возрастала до 44%, а осуждения снижалась до 13%., в 2009 г. 23% и 14%, соответственно.

⁷² На основе метода парных корреляций между представлениями врачей о хорошей работе и оценками определяющих мотивов труда с последующим вычислением типологических переменных по методу логического квадрата было выделено 5 категорий врачей: 1. Альтруисты. Желание принести больше пользы обществу и людям и подчеркивающие определяющую роль мотива сострадания и помощи людям в реальной деятельности; 2. Ценители профессионализма. Связывающие представления о хорошей работе с возможностями для профессионального роста и считающие его определяющим мотивом; 3. Социальные сетевики. Ценящие хорошее отношение со стороны главного врача и подчеркивающие определяющую роль мотива помочь при возможности близким, друзьям в сохранении здоровья; 4. Ориентированные на заработок. Ценящие отсутствие уравниловки в зарплате и определяющие возможность заработать деньги на жизнь как ведущий мотив; 5. Держащиеся за место. Ценители гарантий занятости в работе и определяющие гарантированную занятость как ведущий мотив.

Насколько повышенная ориентированность на заработок как модель мотивационного поведения врачей, способствует одобрению и включенности в практики НФП? Происходит ли последовательное погружение в НФП по мере роста заработной платы?

В результате анализа выяснилось, что по обоим годам исследований обнаруживается одна и та же тенденция в отношении получаемой и разная – ожидаемой зарплаты. Большую зарплату получали те врачи, которые в меньшей степени одобряют НФП, а хотели получать больше те, которые, осуждали в 2007 г. и напротив, одобряли в 2009 г. (табл.4).

Таблица 4

Взаимосвязь размеров заработных плат и отношения к НФП

	2007 г.		2009 г.	
Средний размер заработной платы (руб.):	НФП		НФП	
	Одобряют	Осуждают	Одобряют	Осуждают
Получаемой	7500	8400	11800	13800
Ожидаемой	28000	31000	48400	37000

Тенденция большего осуждения НФП при большем размере заработка оказалась достаточно устойчивой по отношению почти ко всем возможным дифференцирующим факторам. Она не зависит ни от региона, ни от профессиональной категории врачей, ни от профессиональной принадлежности. Последняя, напротив, раскрывает ее еще более отчетливо. Так, средний размер получаемой заработной платы врачей хирургического профиля, осуждающих НФП, выше на 4000 рублей, а специалистов поликлиник - на 5000 по сравнению с врачами, одобряющими НФП (по данным 2009 г.). Однако в общей тенденции ответов по соотношению¹¹⁵⁴

осуждения практики НФП при наличии большего заработка выявлены некоторые различия в зависимости от половозрастного состава. Если в 2009 г. только молодые женщины врачи отклонялись от выше обозначенной тенденции, то в 2007 г. напротив мужчины в активном возрасте 23 - 49 лет при наличии большего заработка в большей степени одобряли НФП. Это может означать, что одобрение или осуждение связано с относительным завершением либо продолжением процесса адаптации врачей, наличием определенного порога заработка, после которого можно наблюдать тенденцию осуждения НФП.

Вместе с тем, обнаруженное расхождение по годам опроса по соотношению степени осуждения НФП и размера ожидаемой зарплаты требует уточняющего объяснения. Так, в 2007 г. нарушение выше обнаруженной тенденции не происходило, и в более экономически благополучном регионе осуждение НФП складывалось при среднем размере ожидаемой зарплате в 43300 рублей, а одобрение почти в два раза меньше - 22000 рублей. Некоторые отклонения от выявленной тенденции были обнаружены в зависимости от типа лечебного учреждения. Врачи областных больниц при более высокой ожидаемой зарплате больше поддерживали НФП, а врачи поликлиник и ЦРБ, напротив, в таком случае больше осуждали, т.е. оставались в русле обнаруженной тенденции. Однако в 2009 г. произошедший слом тенденции осуждения НФП при большем размере ожидаемой зарплаты объясняется, прежде всего, возмущающим фактором региональной и профессиональной принадлежности. Было выявлено, что чем экономически успешнее регион, тем выше уровень ожидаемой зарплаты и одновременно выше степень одобрения НФП. Так, в самом успешном регионе одобрение НФП сопровождается средним размером ожидаемой зарплаты в 56600 рублей, а осуждения - 38400. Также большие разрывы в соотношении ожидаемых зарплат и одобрения или осуждения НФП были₁₁₅₅

обнаружены у врачей специалистов поликлиник и врачей хирургического профиля больниц. У специалистов этот разрыв составил, примерно 17000 рублей, а у врачей хирургического профиля - 5000 рублей в пользу тех, кто одобряет НФП. При одобрении НФП также повышается разрыв между размерами получаемой и ожидаемой зарплат, достигая у специалистов – 6,5 раз, а у врачей хирургического профиля 4,3 раза (таблица 5).

Таблица 5

Взаимосвязь размеров ожидаемых заработных плат и отношения к НФП у врачей в зависимости от профессиональной принадлежности, 2009 г.

	Специалисты поликлиник		Врачи хирургического профиля в больницах	
Средний размер заработной платы (руб.):	НФП		НФП	
	Одобряют	Осуждают	Одобряют	Осуждают
1. Получаемой	7400	11900	12300	16200
2. Ожидаемой	47800	30700	53100	48200
Отношение 2/1	6,5	2,6	4,3	3,0

Обнаруженные тенденции предполагают выдвижение ряда прямых и обратных гипотез. Прямая гипотеза: а) чем меньше возможности хорошо заработать, тем выше ориентация на НФП, обратная гипотеза, б) чем лучше

экономическая ситуация в регионе и больше возможностей для хорошего заработка в учреждении, тем выше ориентация на НФП.

В большей мере пока находит свое подтверждение первая, прямая гипотеза. Так, по данным исследования 2007 г. наличие в работе возможности хорошо заработать снижает уровень одобрения практик НФП, примерно, в 2 раза. Больше всего при высокой степени наличия возможности хорошо заработать (на 5 баллов) понижается степень согласия с традиционным для российских врачей суждением «хорошего врача больные кормят» - до 63% осуждения.

В оценках факторов, влияющих на размер заработной платы, наибольшее значение для врачей имеет квалификация. Для них очень важно, чтобы размер зарплаты зависел от квалификации. Выявлено, что при усилении такой связи степень осуждения НФП повышается, а при ослаблении снижается (табл.6). В меньшей мере, но также существенно способствует повышению уровня осуждения практик НФП положительная роль связи размера заработной платы с личным трудовым вкладом, объемом выполняемой работы.

Таблица 6

Взаимосвязь зависимости размера заработной платы от квалификации и отношения к НФП (%)

	2007 г.		2009 г.	
Размер заработной платы зависит от квалификации:	НФП		НФП	
	Одобрят	Осуждают	Одобрят	Осуждают
Значительно	28	72	34	66
Незначительно	54	46	44	56
Не зависит	57	43	61	38

Можно утверждать, что критическое восприятие различных сторон труда и прежде всего, касающихся оплаты, способствует росту одобрения практик НФП. Так, способствует положительному восприятию НФП выделение в качестве негативных сторон в организации оплаты труда указания на большую разницу в оплате рядовых врачей и руководства, на несоответствие заработка трудовому вкладу, но наиболее очевидно на несправедливость в оплате труда.

Казалось бы, вовлеченность в практики НФП предполагает более интенсивное и востребуемое пациентами использование врачами своего профессионального потенциала. Однако, как выяснилось из анализа, большая поддержка НФП обратно пропорциональна приверженности роли профессионального роста как стимула изменения в отношении к труду. Скорее, напрашивается вывод, что НФП – ограничитель, а не ускоритель профессионального роста врачей. Так, максимально высокий уровень поддержки НФП (33%) зафиксирован при одновременном указании на минимальное уважение общества к профессии врача, также как, если получаемый заработок не позволяет поддерживать профессиональный статус, то растет поддержка НФП. Снижение возможностей для самореализации творчества в основной работе способствует большему одобрению НФП. Если мотив профессионального интереса не рассматривается как определяющий, то одобрение НФП доходит до 43% против 19% - осуждения данных практик.

Эти данные позволяют рассматривать вербальное поведение врачей по отношению к практикам НФП как латентную форму отражения протестного поведения, высокой степени неудовлетворенности организацией труда в лечебных учреждениях и ситуацией в здравоохранения в целом. При этом роль социально - психологической атмосферы в учреждениях пока еще выполняет положительные, сдерживающие по отношению к НФП₁₁₅₈

функции. Установлено, что одобрение практик НФП повышается при снижении значимости мотива уважения со стороны коллег. Однако общественное мнение коллектива все больше уступает укрепляющимся прагматико - индивидуалистическим ценностям в работе врачей. Так, максимум одобрения НФП (до 47%) наблюдается при рассмотрении легализации неформальных платежей (оплата услуг в «конвертах») как действенного стимула для изменения в отношении к труду врачей.

Итак, пока нет оснований рассматривать вовлеченность врачей в практику НФП как способ прорыва консервативных устоев, как способ изменения к лучшему в мотивации труда российских врачей. Скорее, это продолжающаяся для большинства врачей адаптационная стратегия трудового поведения, а не стратегия развития их профессионализма. Об адаптационном характере вовлеченности в практики НФП свидетельствуют ответы о распределении крупной суммы денег в проективной ситуации. Установлено, что среди тех врачей, кто потратил бы крупную сумму денег на приобретение одежды и обуви больше степень одобрения НФП (31% – одобряют, 18% – осуждают). Напротив, те, кто хотел бы потратить эту сумму денег на укрепление здоровья, только 10% одобряют НФП и 22% - осуждают. Таким образом, ориентация на НФП складывается не от хорошей жизни. Вместе с тем выявлена и другая тенденция: те, кто открыл бы свое собственное дело, также чаще высказываются за одобрение НФП (33 против 18% - осуждения). То, есть можно утверждать о бимодальной ориентации НФП – молодых врачей, не ставших на ноги и застойно - консервативной группы, продолжающих адаптацию к нестабильным условиям жизни. Так, выявлено, что чем больше врачи придают значение стимулу расширения платных услуг, чем выше поддержка НФП (46% одобрения против 17% - осуждения).

Адаптационный характер поддержки практик НФП подчеркивает тот факт, что их одобрение усиливается при росте значимости мотивов гарантии занятости и близости работы к дому. Ориентированность на НФП растет с ростом значимости мотива отсутствия возможности устроиться на другую оплачиваемую работу в регионе. Все эти факты предполагают утверждать, что врачи с выраженной поддержкой практик НФП составляют группу работников со слабой мотивацией труда адаптационного характера, противостоящей развитию подлинного профессионализма.

Библиографический список

1. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / Отв. ред. С.В. Шишкин. — М.: Независимый институт социальной политики, 2008. С. 258-278.

МОЛОДЕЖЬ ГРУППЫ РИСКА И СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ

В Российской Федерации, несмотря на определенную социальную и экономическую стабилизацию, численность представителей молодежи группы риска из года в год растет. Речь идет не только о несовершеннолетних правонарушителях, безнадзорных и беспризорных подростках, но и злоупотребляющих различными видами психоактивных веществ (ПАВ), социальных сиротах, жертвах физического и морального насилия. Для большинства из них характерно ухудшение здоровья, снижение шансов на развитие и последующую самореализацию, занятие достойного места в обществе. Данная ситуация ведет к деформации отношений с социумом и создает необходимые предпосылки для различных проявлений девиантного поведения. Не случайно, качество социальных отношений является одной из важных составляющих комплексной оценки уровня благополучия молодежи. Так, исследование, проведенное в США в период с 1975 по 2004 гг., показало, что самый низкий уровень благополучия американской молодежи был отмечен в 1990-е гг., когда социальные отношения оценивались наиболее негативно, а молодежная преступность достигла беспрецедентного роста [1].

Общество как социальная система играет чрезвычайно важную роль в профилактике, наказании и исправлении девиаций, прежде всего посредством своего социального контроля как формального, так и неформального. Особенно важным здесь является общественная оценка девиации, понимание их причин и видение способов их исправления. Наличие в обществе разных подходов к проблеме может значительно

ослабить социальный контроль, снизить эффективность взаимодействия основных институтов социального контроля (семьи, школы, местного сообщества, церкви, государства и др.). Проведенное в 2007-2009 гг. исследование [2], а также последующие наблюдения и анализ, позволили выявить существенные противоречия в том, что касается решения проблемы молодежи группы риска. Безусловно, в основе этих противоречий лежат объективные причины и факторы, связанные с радикальными переменами во всех сферах жизни общества. В то же время нельзя не учитывать устойчивые взгляды (и как наследие советского периода, и как местные, национальные традиции) на решение данной проблемы.

Результаты проведенного исследования показывают, что девиантное поведение обусловлено, прежде всего, той средой, в которой находится молодежь. Причем уверенность родителей в том, что их ребенок избежит негативного влияния внешней среды, относительно не велика. По результатам всероссийского опроса населения, менее четверти опрошенных (23,9%) указали, что они могут полностью исключить вероятность того, что их ребенок может войти в группу риска (стать наркоманом, правонарушителем и т.д.). Большинство россиян, имеющих детей, такой вероятности не исключают⁷³. Выше остальных оценивают вероятность того, что их ребенок может войти в группу риска, жители мегаполисов (15,9%) и средних городов (14,4%).

На вопрос о наиболее серьезных причинах, по которым дети могут оказаться в группе риска, ответы респондентов распределились следующим образом: проблемы в семье – 72,1%; родители уделяют мало внимания своему ребенку – 69,3%; отсутствие развитой системы досуга для детей и подростков – 63,9%; влияние телевидения и рекламы – 48,6%; рост преступности в целом – 47,1%; неэффективная профилактика

⁷³Всероссийское исследование ВЦИОМ (январь 2007 г., выборка 1750 чел.).

правонарушений среди молодежи – 44,5%; отсутствие контроля в школе – 42,5%; влияние друзей ребенка – 42,8%; влияние «плохих» детей на улице – 41%; влияние детей из семей мигрантов – 23,4%. Любопытно, что жители Москвы и Санкт-Петербурга самую серьезную причину видят в недостаточном внимании родителей к своему ребенку. Кроме того, они чаще остальных указывают на такую причину, как отсутствие развитой системы досуга. Жители Уральского Федерального округа считают наиболее серьезной причиной влияние детей из семей мигрантов.

Называя наличие проблем в семье наиболее серьезной причиной, по которой дети могут оказаться в группе риска, большинство респондентов отмечает, что уровень доходов при этом не всегда стоит на первом месте, что подтверждается и другими данными. Согласно ЮНИСЕФ, в России около 28% семей с детьми являются ущемленными как минимум по одному признаку: бедность, плохие жилищные условия, внутрисемейные конфликты и недостаток доступа к социальным услугам [3]. Проявление домашнего насилия в той или иной форме (побои, оскорбления, издевательства, психологический террор, сексуальное насилие, изоляция, пренебрежение детьми) встречается в каждой четвертой семье. Около 700 тыс. (эта цифра незначительно менялась на протяжении последних лет) детей и подростков живут без соответствующей родительской заботы, фактически являясь социальными сиротами.

В целом оценки россиянами основных причин, по которым дети могут попасть в группу риска, свидетельствуют о понимании того, что сложившаяся ситуация в молодежной среде является следствием кризиса института семьи, обусловленного ростом бедности, ухудшением условий жизнедеятельности, разрушением нравственных ценностей и воспитательного потенциала семей. Соответственно, и основные

мероприятия по исправлению ситуации, по мнению большинства граждан, должны быть направлены на поддержку семьи.

По мнению подавляющего большинства опрошенных, ситуацию могут улучшить «укрепление института семьи, ее материальная и социальная поддержка» (63,3%). Существенным представляется и то, что с точки зрения россиян, соответствующая работа должна осуществляться со всеми детьми. Такого мнения придерживаются более половины опрошенных (52,3%). Лишь 10% респондентов поддержали меры, направленные на изолирование «плохих» детей от «хороших». Существенно реже россияне в качестве основных направлений государственной политики по улучшению ситуации с молодежью группы риска называли ювенальные технологии и прежде всего введение специальных судов для несовершеннолетних правонарушителей (14,9%). Это отчасти объясняется низким уровнем информированности населения о возможностях и перспективах развития ювенальных судов, а также низким уровнем включенности лиц, имеющих детей, в данную проблематику, несмотря на опасения большинства из них, что их ребенок может попасть в группу риска.

Это же отношение прослеживается и в отношении россиян к вопросу, кто должен заниматься судьбой «трудного» ребенка, если этого не хотят или не могут делать родители. Ответы респондентов на этот вопрос распределились следующим образом: родственники – 52,7%, органы опеки и попечительства – 46,5%, комиссия по делам несовершеннолетних – 37,1%, учреждения образования – 28,1%, общественные организации – 22,1%, органы внутренних дел – 13,3%, учреждения здравоохранения – 6,8%, суды – 4,6%. Мнение респондентов о том, что именно родственники должны участвовать в судьбе ребенка, оказавшегося в критической жизненной ситуации, дополняется ответами самих ребят. На вопрос, к кому они могли бы обратиться за помощью, подавляющее большинство опрошенных¹¹⁶⁴

назвали родителей, бабушек, дедушек, братьев и сестер, других родственников.

Респонденты из числа молодежи группы риска также отмечают, что наиболее серьезной причиной, по которой они оказались в группе риска, стало семейное неблагополучие, а именно алкоголизм и тяжелое заболевание одного из членов семьи. Несколько реже назывались такие проблемы, как психологическая обстановка в семье, наличие постоянных скандалов (11%), а также судимость одного из членов семьи. Показательно, что почти 30% респондентов оценили отношения в семье как недоброжелательные и равнодушные.

Несмотря на то, что представители МГР довольно критично характеризуют некоторые стороны семейных взаимоотношений, именно с семьей связаны их представления о безопасности, благополучии, будущие планы на жизнь. Среди основных жизненных целей, которые большинство респондентов хотели бы достичь, лидирующую позицию занимает ценность семьи – ее отметили 50% опрошенных. Далее следуют такие позиции, как хорошее образование и престижная работа. Малозначимыми для большинства представителей молодежи группы риска являются такие цели, как создание собственного бизнеса, быть знаменитым, побывать в разных странах мира. Вопреки экспертным оценкам, значительная часть респондентов этой группы не ставит в качестве основной жизненной цели «добывание денег любым путем». Все-таки в большей степени они ориентированы на престижную работу, которая, по их мнению, должна, прежде всего, обеспечить комфортный уровень жизни. Однако обращает на себя внимание и то, что для многих из них престижная работа практически никак не связана с таким понятием, как «любимое дело». Лишь 13% опрошенных в качестве основной жизненной цели указали «занятие любимым делом».

Что касается оценок молодежи группы риска своих перспектив устроиться в жизни, то их скорее можно охарактеризовать как позитивно-сдержанные. С одной стороны, доля тех, кто оценивает такие возможности как высокие (28%), существенно превышает число тех, кто считает их скорее низкими (6%). С другой, большинство опрошенных склонны их оценивать скорее как средние (66%). Иными словами, здесь скорее можно говорить об определенных позитивных ожиданиях в отношении своего жизненного пути среди представителей этих групп молодежи. Хотя среди значительной части из них есть понимание того, что поставленные цели будет трудно или практически невозможно реализовать. Это отчасти подтверждают и данные, согласно которым, среди основных опасений и страхов, которые были названы респондентами исследуемых групп, вошли такие, как опасения невозможности получить хорошее образование (27%), остаться без материальных средств существования (29%), невозможность создать семью (29%).

Определяя основные причины, по которым молодежь может попасть в группу риска, нельзя не учитывать специфику ее отношений с различным референтными группами. Так, наиболее позитивно молодежь группы риска оценивает свои отношения с родителями – 90%, с родными – 88%, с товарищами по учебе – 87%, с учителями – 75%, соседями – 72%, сотрудниками органов внутренних дел – 20%.

Как показали результаты опросов, взаимоотношения с друзьями, сверстниками достаточно значимы для молодежи – не случайно, более трети опрошенных (34%) в качестве основных опасений и страхов, назвали страх остаться без друзей. И эти взаимоотношения в большинстве случаев оцениваются со знаком плюс. Отчасти именно этим обстоятельством можно объяснить то, что мнения респондентов молодежных групп о влиянии друзей и товарищей на поступки и поведение, практически раскололось. Так, с₁₁₆₆

одной стороны, значительная часть молодежи, принявшей участие в опросе, согласны и с тем, что многие поступки совершаются под влиянием друзей, товарищей, на что указали 42% опрошенных. Практически столько же респондентов придерживаются противоположной точки зрения. Еще 18% опрошенных не смогли определить свою позицию. Именно этим обусловлено достаточно сильное влияние межличностных отношений, поскольку в большинстве случаев, многие из опрошенных детей и подростков, скорее всего, не смогут «уйти» от негативного влияния друзей, товарищей.

Таким образом, исходя из результатов опроса населения и молодежи группы риска, именно семья, а также ближнее окружение молодежи группы риска в лице друзей, ровесников являются основными объектами приложения усилий в профилактике молодежной девиации.

Экспертное мнение в большей степени ориентировано на правовые аспекты положения молодежи группы риска и молодежи в целом. Определяя основные права детей и молодежи в современном российском обществе, эксперты практически единодушны – это, прежде всего, право на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития (95,5%). Вторым по значимости и актуальности правом эксперты считают право на незамедлительный доступ к правовой, психологической и другой соответствующей помощи. Эту позицию поддержали более половины опрошенных представителей экспертного сообщества (59,1%). Также достаточно важным является право детей на собственные взгляды по вопросам, затрагивающим их интересы (44,3%). Что касается правовой защищенности детей и молодежи в современной России, большинство экспертов дали негативные оценки. Так, 61,4% убеждены в том, что права детей и молодежи в современном российском обществе либо слабо защищены, либо практически не защищены, чуть более трети опрошенных (37,5%) считают, что права₁₁₆₇

защищены частично, и лишь 1,1% считают, что права детей полностью защищены.

Основные причины недостаточной правовой защищенности детей и молодежи в России эксперты связывают с отсутствием целенаправленной государственной молодежной политики в целом и эффективной законодательной базы в отношении молодежи. Этой точки зрения придерживаются большинство из них (64,6%). В качестве серьезной причины низкой правовой защищенности детей и молодежи 37,8% экспертов назвали недостаточное развитие системы общественных институтов, к которым можно обратиться для защиты своих прав. На этом фоне такие причины, как неэффективная работа правовых институтов (суды, прокуратура) и правоохранительных органов, по мнению экспертов, являются менее значимыми, хотя и оказывают определенное влияние на неблагоприятное развитие правовой ситуации.

Отсутствие единой национальной программы действия в интересах детей и молодежи отражается в противоречивости и непоследовательности предпринимаемых мер. Иногда ведомственные интересы берут верх над возможностью решения проблемы. Показательной в данном случае является оценка роли основных ведомств и организаций в работе с молодежью группы риска. Наиболее эффективно оценивается экспертами деятельность органов и ведомств, напрямую призванных работать с такой молодежью. В первую очередь это органы опеки и попечительства, комиссии по делам несовершеннолетних, социальные работники, МВД, а также государственные, региональные и местные органы власти. Единственной структурой, деятельность которой эксперты считают не только неэффективной, но и в значительной степени вредной, являются бизнес-структуры. Практически четверть опрошенных экспертов назвали деятельность бизнес-структур в работе с молодежью группы риска¹¹⁶⁸

вредной, еще чуть менее половины опрошенных (45,7%) – скорее неэффективной. Доля же тех, кто считает деятельность бизнес-структур в этой сфере в той или иной степени эффективной, не превышает 24%. Несмотря на позитивные оценки работы региональных и местных органов власти с молодежью группы риска, лишь 22,4% экспертов отметили, что она в полной мере поддерживается властными структурами. Большинство опрошенных (68,2%) отметили недостаточную поддержку со стороны органов власти, еще 9,4% – ее полное отсутствие.

В последнее время в России получили распространение службы уполномоченных по правам ребенка, деятельность которых весьма показательна с точки зрения проблем, беспокоящих семьи с детьми. По данным отчетов о деятельности ряда региональных уполномоченных по правам ребенка, все-таки большая часть обращений связана с ущемлением жилищных прав ребенка (от 20 до 40%). Далее идут права на социальное обеспечение, образование, семейную жизнь и семейные связи, уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития, защиту от всех форм физического и психического насилия, оскорблений и злоупотреблений, на жизнь и доступ к услугам системы здравоохранения. Структура обращений во многом зависит от специфики региона, уровня его социально-экономического развития, и нередко включает вопросы обретения гражданства, защиты свободы мысли, совести и религии.

Таким образом, население видит решение проблемы молодежи группы риска преимущественно в государственной социальной и экономической поддержке семей с детьми. В этом заключается традиция рассматривать государство в качестве основного источника социальных благ и социального порядка, в определенной степени снимающего социальную ответственность с граждан и общества. Эксперты, напротив, наиболее важными считают те направления, которые связаны, прежде всего, с развитием и обеспечением прав молодежи группы риска, что должно подвигнуть семьи с детьми и самих молодых людей к необходимости отстаивать свои права, вступать в правовые отношения с различными общественными и государственными институтами. Данная перспектива предполагает такие мероприятия, как:

- признание права на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития, а также на незамедлительный доступ к правовой, психологической и другой помощи;
- совершенствование законодательной базы государственной молодежной политики в целом;

- разработка и активное внедрение ювенальных технологий в работу с молодежью группы риска, развитие специального (ювенального) правосудия в отношении несовершеннолетних;
- поддержка полноценного института семьи, распространение семейных ценностей и создание условий по семейному воспитанию «трудных» детей и молодежи группы риска в нормальных условиях жизнедеятельности.

По результатам исследования можно сделать вывод, что эффективная социальная политика и развитие правовой системы являются основными направлениями в работе с молодежью группы риска и профилактике девиантного поведения и совершенствовании социального контроля. Взаимосвязь этих направлений обусловлена тем, что социальный контроль предполагает наличие единой, внутренне согласованной и непротиворечивой системы норм. Между тем, исследование показало, что в современной России пока нет единства мнений общества, специалистов и государства в вопросах понимания проблемы молодежи группы риска и защиты ее прав. Данное обстоятельство, как видится, является одной из главных причин слабого социального контроля, распространения различных форм девиантного поведения среди молодежи.

Библиографический список

1. Child and Youth Well-Being Index (CWI) 1975-2004, with Projections for 2005. A composite index of trends in the well-being of America's children and youth. DurhamNC: DukeUniversity, 2006. P.4-5.
2. *Ключарев Г.А., Пахомова Е.И., Трофимова И.Н.* Совершенствование работы с молодежью группы риска в Российской Федерации. М.: Центр социологических исследований Минобрнауки РФ, 2007.
3. Анализ положения детей в Российской Федерации. М.: ЮНИСЕФ, 2011. С.86-87.

НАДОМНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Введение

Старения населения в целом по России, в том числе и во всем мире, сопровождается увеличением доли пожилых людей в общей численности населения. На 1 января 2010 года каждый пятый житель России (30,7 млн. чел.) находится в возрасте старше трудоспособного.

По классификациям ООН население считается старым, если доля лиц в возрасте с 65 лет и старше превышает 7 процентов. На начало 2010 года в России лица в возрасте 65 лет и старше составляли 12,9% (на начало 1991 года - 10,2%).

В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (1963 г.), к пожилым относятся люди в возрасте от 60 до 74 лет, к старым - в возрасте 75 - 89 лет, к долгожителям - люди в возрасте 90 лет и старше.

В ближайшие десятилетия ожидается рост численности пожилого населения. Процесс старения населения обуславливает необходимость принятия мер, направленных как на усиление социальной защищенности пожилых граждан, так и на создание условий для их активного участия в жизни общества.

Многие пожилые люди в современных социально-экономических условиях ощущают свою неприспособленность и социальную не

востребованность. Возможности для полноценной общественной жизни у них ограничены.

Пожилые люди нередко теряют ориентацию в современном социокультурном пространстве, затрудняются их социальные контакты, что имеет негативные последствия не только для самих пожилых, но и для окружающих их людей. В сфере охраны здоровья, социального, культурно-досугового, торгово-бытового обслуживания и физкультурно-оздоровительной работы недостаток внимания к нуждам пожилых людей приводит к ограничению их доступа к общественным благам и услугам.

Старение населения, как и феномен физического наступление старости у каждого отдельного человека, сопровождается развитием зависимости пожилых людей в социальной помощи. Формирующаяся проблема старения населения требует совершенствования всей системы социального обслуживания.

Социальное обслуживание относится к социальным технологиям и является совокупностью социальных услуг, которые предоставляются гражданам пожилого и старческого возраста в домашних условиях или специализированных государственных и муниципальных учреждениях. Социальное обслуживание на дому престарелых – совокупность надомных услуг, гарантированных государством: организация питания и доставка продуктов на дом; помощь в приобретении медикаментов, товаров первой необходимости; содействие в получении медицинской помощи и сопровождение в медицинские учреждения; помощь в поддержании условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями; организация различных социально-бытовых услуг; помощь в оформлении документов, в том числе для установления опеки и попечительства, обмена жилья, помещения в стационарные учреждения органов социальной защиты населения. Таким образом, улучшение качества жизни пожилых людей₁₁₇₂

должны способствовать органы социальной защиты населения, в том числе отделения надомного социального обслуживания.

Надомное социальное обслуживание как способ повышения качества жизни в полной мере относится к пожилым людям и старикам. Вместе с тем следует отметить, что главной составляющей понятия “ качество жизни ” для них, прежде всего, является доступность медико-социальной помощи.

На качество жизни влияет и то, что пожилые люди в сравнении с лицами трудоспособного возраста имеют существенно меньшие финансовые ресурсы и социальную поддержку (о возможностях которой они к тому же еще и могут не иметь адекватной информации или за счет снижения мобильности лишаящая способности обращения за ней).

Основная задача организаций, оказывающих социальную помощь пожилым людям в виде надомного обслуживания, заключается в поддержании удовлетворительного качества жизни и его повышения, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и защите гарантированных государством прав на медицинское и социальное обслуживание. Это гарантировано высшим нормативным правовым актом - Конституцией РФ в статье 7, которая явилась базисом для многих федеральных законов, указов Президента, постановлений Правительства РФ и других законодательных актов, в том числе по социальной поддержке людей пожилого возраста.

В 1993 г. в Российской Федерации сформировалось несколько моделей социального обслуживания, которые были оформлены Федеральным законом от 02.08.1995 N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" и Федеральным законом от 10.12.1995 N 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации".

В настоящее время социальная поддержка и социальное обслуживание граждан пожилого возраста, удовлетворение их жизненных потребностей₁₁₇₃

являются одним из приоритетных направлений развития современной России.

При рассмотрении темы раскрываются потребности изучения проблем развития и функционирования института надомного социального обслуживания людей пожилого возраста как способ повышения качества жизни.

Такими образом, институционализация надомного социального обслуживания способствует повышению качества жизни пожилых людей в современной России. В связи с этим требуется глобальное изучение вопросов формирования института надомного социального обслуживания людей пожилого возраста и разработка научно обоснованных рекомендаций, предложений с целью повышению эффективности его функционирования.

Библиографический список

1. *Егорова Л.А., Рябчикова Т.В.* Сравнительный анализ качества жизни больных старше 60 лет с сердечной недостаточностью//Клиническая геронтология. – 2004. - №3. – С. 19-25.
2. *Подопригора Г.М.* Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания//Медицинская сестра. – 2008. - №5. – С. 15-16.
3. *Пушкова Э.С.* Качество жизни пожилых. Опыт Санкт-Петербургской гериатрической службы//Мир медицины. – 1999. - №9 – С. 1-3.
4. *Сигида Е.А., Лукьянова И.Е.* Социально-медицинские услуги: методология, практика, подготовка кадров: Монография, ГОУВПО «МГУС». – М., 2004. – С. 128.
5. *Холостова, Е.И.* Технологии социальной работы: учебник / Е.И. Холостова. - М.: ИНФРА-М, 2001. – 400 с
6. Государственная программа Республики Саха (Якутия) «Социальная поддержка граждан и семейная политика в Республике Саха (Якутия)» на 2012-2016 годы.-Якутск.-2012.-126с.
7. Краткий словарь по социологии / Авт.-сост. П.Д. Павленок. – 2-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2011. – С.186.

ЗДОРОВЬЕ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Изменения, происходящие в России в связи со становлением рыночной экономики, предъявляют новые требования к молодому поколению россиян, особенно, к наиболее квалифицированной его части - студенческой молодежи. В условиях трансформации общества от молодого поколения требуется быстрая адаптация к меняющейся реальности и высокая мобильность. Помимо успехов в учебной деятельности, студенты должны освоить практические навыки будущей профессии, овладеть иностранными языками, получить знания в смежных областях и приобрести опыт работы, одновременно развивая такие личностные качества как предприимчивость, амбициозность, нестандартность мышления.

Массовизация высшего образования в России привела к тому, что формальное наличие диплома вуза перестало быть пропуском в «социальный лифт», движущийся на верхние этажи социума. Таким пропуском становится диплом об окончании элитного вуза или получение престижной профессии, важным ресурсом становится сформированный за годы учебы социальный капитал – социально востребованные качества личности и профессионала, коммуникативная активность в различных сферах профессиональной и социальной жизни, навыки саморазвития и воспроизводства индивидуальных ресурсов. Таким образом, особую роль приобретает мобильность молодого поколения как ресурс достижения социальной успешности.

Исследования социальной мобильности имеют довольно давнюю традицию в зарубежной социологии, прежде всего в США и Великобритании. Первые идеи мобильности как ресурса выживания в усложняющемся социуме появились еще в XIX веке в работах О. Конта и Г. Спенсера. В XX веке П. Сорокин, избравший мобильность основным предметом своих исследований, определил ее как «любое перемещение индивида или группы из одного положения в другое», уточнив, что перемещение происходит внутри социального пространства [1, с. 119].

В России проблемам социальной мобильности посвящены работы Л.А. Беляевой, Т.И. Заславской, Е.М. Авраамовой и других авторов. Предпочтение отдается системному подходу, что вызвано необходимостью осмысления глобальных перемен в нашей стране в последние десятилетия как на уровне общества в целом, так и на уровне социальных групп. Однако социологические исследования, рассматривая подробно социально-профессиональные и экономические факторы, чаще всего не затрагивают субъективные детерминанты социальной мобильности. Для реализации мобильности, подчеркивает Авраамова Е.М., «недостаточно существование внешних социальных условий, необходимы личностные способности, желание и умение осуществлять социальную мобильность» [2, с. 45].

Мы исследовали проблему поведенческих стратегий студенческой молодежи с позиции структурно-функционального и деятельностного подходов, раскрывающих влияние социальных институтов на мобильность и здоровья самих студентов. Нами проведено социологическое исследование «Академическая и социальная мобильность студентов вузов». В качестве основного метода сбора данных выбран анкетный опрос; общий объем выборочной совокупности составил 710 человек. Единицами наблюдения стали студенты 3-го - 6-го курсов государственных высших учебных заведений Ульяновской области всех профилей (классического, ¹¹⁷⁶

технического, педагогического университетов и сельскохозяйственной академии). Репрезентативность обеспечена общим объемом, рассчитанным для численности студентов в регионе, а также выделением в структуре выборочной совокупности адекватных сегментов по профилю специальности и курсу обучения. Погрешность выборки не превышает 2%.

Социальная мобильность будущего специалиста - интегративное качество личности, представляющее динамическое состояние индивида и характеризующее его способность адаптироваться и преобразовывать окружающую среду, оперативно устанавливать личностные, культурные и деловые контакты в микро- и макро- социуме, проявлять свою социальную компетентность.

Исследование показало, что у студентов сформировано понимание мобильности, многие из них применяют этот термин к собственной жизни: почти две трети студентов считают себя мобильными людьми. В большей степени мобильными себя воспринимают «отличники» (74%); самооценка у этих студентов гораздо выше, чем у тех, в чьих зачетках преобладают удовлетворительные оценки. Среди «немобильных» студентов велика доля «часто сдающих экзамены не с первого раза» (52%). Это должны учитывать выпускающие кафедры, психологические службы вузов: каждый второй студент с невысоким уровнем успеваемости приобретает комплекс «неудачника» и теряет способность к мобильности. Даже в привычной для студентов учебной деятельности прогрессивные стратегии поведения встречаются нечасто: «Ситуация, сложившаяся в последние годы, характеризуется невысокой эффективностью академического творчества: формально в эту систему включено больше половины студентов, но реальные результаты в виде проектов, грантов, новых идей в несколько раз меньше.

Большая часть студентов разделяет низкую мотивацию относительно реальной мобильности» [3, с. 62].

Наш опрос подтвердил зависимость мобильности студента от социальных факторов. Мы выстроили рейтинг этих факторов в ощущениях студентов: требования семьи (53%), система воспитания и образования (41%), пример окружающих людей (39%), информация в вузе (32%). Влияние на развитие мобильности информации, получаемой в вузе, чаще отмечают студенты старших курсов и, как ни странно, неуспевающие студенты (45%). Воздействие института семьи более ощутимо в полных семьях, а также среди студентов, чьи семьи имеют низкие доходы на одного человека. По мере возрастания среднедушевого дохода требовательность семьи к успешности и мобильности студентов падает: только треть студентов из семей с высоким доходом отметила этот фактор в качестве решающего; для сравнения, из малообеспеченных семей – почти 60%. Данный факт свидетельствует о том, что и дети, и родители из обеспеченных семей чаще надеются на социальные связи и ресурсы вне семьи; малообеспеченные семьи – напротив, на внутренние ресурсы.

Очевидно, что влияние институтов семьи и образования на мобильность студентов неоднозначно: оно зависит от имеющихся ресурсов (финансовых, психологических, культурных) и особенностей их использования. Социальный статус родителей относится к таким ресурсам. Больше половины студентов считают своих родителей мобильными людьми (63%); однако, доля студентов, не считающих их таковыми, тоже значительна – 37%. На оценку студентами мобильности родителей влияет экономический фактор: в семьях, где на человека приходится до 15 тысяч рублей дохода в месяц, студенты реже относят своих родителей к мобильным людям.

Результаты проведенного исследования показали решающее значение личностных качеств в развитии мобильности. По мнению студентов,¹¹⁷⁸

среди основных качеств, которыми должен обладать успешный и мобильный человек, - коммуникабельность (57%), эрудиция (41%), самоконтроль (35%), предприимчивость (26%), способность к сотрудничеству (25%), хорошее здоровье (18%), стратегическое мышление (18%), профессиональная компетентность (17%). Эти качества проявляются в сформированной мотивации к обучению, способности к творческой деятельности, эффективному общению. Однако только личностных качеств недостаточно.

На социальную мобильность студентов, уровень её сформированности, оказывают влияние как внешние условия – социальные (семья, друзья, образовательная, производственная среда, экономические), так и внутренние (состояние здоровья студента, совокупность личностных качеств, умение соотносить желания с возможностями, информированность о возможных вариантах социально-профессиональной деятельности) [4, с. 141].

В системе факторов мобильности состояние здоровья является одним из важнейших, но не лидирующим. Данное субъективное восприятие здоровья как ресурса вызывает беспокойство: показатели здоровья молодежи ухудшаются более быстрыми темпами, чем взрослого населения; текущая заболеваемость, доля хронических больных и инвалидов за время реформ выросла, реальный потенциал здоровья, с которым молодежь начинает свою трудовую деятельность, продолжает снижаться.

На формирование здоровья студенческой молодежи в процессе обучения влияет большое число факторов, которые условно можно разделить на две группы. *Первая группа* – это объективные факторы, непосредственно связанные с учебным процессом (продолжительность учебного дня, учебная нагрузка, обусловленная расписанием, перерывы между занятиями, состояние учебных аудиторий). *Вторая группа* факторов – субъективные, личностные характеристики (режим питания, двигательная активность,¹¹⁷⁹

организация досуга, наличие или отсутствие вредных привычек и т.д.). В реальных условиях обучения и быта именно вторая группа факторов, характеризующая образ жизни студентов, в большей степени влияет на здоровье. Оценки собственного здоровья молодыми людьми показывают, что в большинстве своем они не думают о реальном состоянии здоровья; почти 50% студентов не обладают информацией о состоянии своего здоровья. Самооценка здоровья может служить важным индикатором динамики здоровья студентов в дополнение к объективным медицинским исследованиям; отражает субъективную характеристику человека, его удовлетворенность условиями жизни [5, с. 197].

Результаты опроса показали, что почти половина студентов считает себя практически здоровой (45%), столько же оценивает состояние своего здоровья как удовлетворительное (45%), отмечая, что «иногда случаются временные расстройства здоровья». Что касается серьезных нарушений здоровья (наличия тяжелых и хронических заболеваний) – отметили лишь 10% студентов. Просматривается такая закономерность: чем старше курс, тем реальнее молодые люди смотрят на свое здоровье. Если 49% студентов третьего курса считают себя здоровыми, то к пятому курсу доля здоровых сокращается вдвое и составляет уже 29%. Это связано с дополнительной занятостью старшекурсников (получение второго образования, устройство на работу и совмещение с учебой), усиливающейся учебной нагрузкой перед выходом «на защиту». Все это существенно отражается на здоровье студентов, и к ним приходит осознание нехватки ресурсов собственного здоровья («здоровье не такое уж и крепкое, и следует о нем заботиться»). Среди наиболее распространенных проблем, связанных со здоровьем, наличие которых отметили практически все студенты, - усталость, легкие недомогания, плохое настроение, эмоциональные стрессы и личностные разочарования.

Тем не менее, результаты социологического исследования демонстрируют устойчивый интерес к собственному здоровью и здоровому образу жизни в студенческой среде. 79% студентов заявили, что заботятся о своем здоровье. Среди мер по поддержанию собственного здоровья наряду с мерами, которые не требуют от студентов особых усилий (прием витаминов и прогулки на свежем воздухе), студенты называют занятия физической культурой и спортом. Однако занятия спортом, поддержание своей физической формы не являются распространенными способами укрепления здоровья студентов. Половина студентов посещает спортивные комплексы для поддержания своего здоровья, а вторая половина все же нет.

Прослеживается такая зависимость: студенты, относящие себя к мобильным людям, больше следят за своим здоровьем, чем немобильные. Из них 56% посещают спортивные комплексы, а среди немобильных – только 22%. Большинство нездоровых студентов считают себя одновременно немобильными людьми (81%). Все это говорит о том, что мобильные студенты в связи со своей высокой социальной активностью быстрее осознают, что здоровье – важный компонент жизни человека, который необходимо поддерживать и развивать.

На здоровье студентов существенную роль играет экономическая составляющая – уровень жизни и доходов семьи. Наблюдается тенденция снижения уровня культуры здоровья параллельно со снижением уровня жизни студентов: самые низкие показатели сформированности навыков поддержания здоровья выявлены у студентов из бедных и малообеспеченных семей. 27% студентов из семей с доходом ниже 15 тысяч рублей на человека не заботится о своем здоровье. И такой же процент студентов из неполных семей не заботится о своем здоровье.

В рамках исследования мы оценили возможности участия вузов в формировании мобильной и здоровой личности, а также информировании₁₁₈₁

студентов о способах самореализации. Как выяснилось, университеты занимают далеко не первую строчку среди источников информации, касающейся мобильного и здорового поведения.

Основным источником получения информации о формах самореализации по оценкам студентов является Интернет – 49%. Далее идут межличностные отношения, характеризующие то, что студенты достаточно эффективно и много общаются между собой, вузам следует учитывать этот канал коммуникации при подаче информации. Следующим источником являются преподаватели – это показатель того, что научно-педагогический персонал вузов выступает неким авторитетом для студентов и вузы обладают достаточно хорошей связью со студентами через преподавателей. Но этого недостаточно для полной информированности студентов, так как другие каналы практически не работают: информационные стенды – 15%, сайты вузов и факультетов – 14%, корпоративные газеты – 8%.

Более трети студентов удовлетворены количеством информации о формах самореализации и развития, 28% «нет», 33% «затруднились с ответом». При этом большинство студентов, считающих себя мобильными, обладают достаточным количеством информации (73%), но это больше связано не с активностью вузов, а с активностью самих студентов в поиске нужной им информации.

Итак, важно отметить зависимость социальной мобильности от уровня здоровья молодого поколения; однако у большинства студентов не сформировано понимание взаимосвязи социальной успешности и сохранения здоровья. Российские студенты довольно уверенно ставят здоровье на первые места в иерархии жизненных ценностей, но принимают его как данность и не затрачивают больших усилий по его поддержанию. Другими словами, современные молодые люди не рассматривают свое здоровье как капитал,

который нужно сохранять и преумножать, чтобы в дальнейшем он принес дивиденды.

Одновременно в студенческой среде наблюдается устойчивый интерес к собственному здоровью и здоровому образу жизни. На это нужно опираться вузам в просветительской работе со студентами. Современная система высшего образования слабо направлена на формирование грамотного отношения студентов к своему здоровью, как важнейшему ресурсу социальной мобильности и профессиональной карьеры. Необходимо, чтобы учебные заведения стали качественным и надежным источником информации для студентов о возможностях самосохранения и воспроизводства ресурсов здоровья.

Библиографический список

1. *Сорокин П.А.* Социальная мобильность / Под общей ред. В.В. Сапова. – М.:Academia. LVS. 2005. – 588 с.
2. *Аврамова Е.М.* и др. Современное высшее образование и перспективы вертикальной мобильности // *Общественные науки и современность*. 2004. №6. С. 41-55.
3. *Шиняева О.В., Акманаева Д. Х.* Научная активность студентов высших учебных заведений как фактор формирования профессиональной культуры /О. В. Шиняева, Д. Х. Акманаева // *Образование и общество*. 2011. №4. С.61- 68.
4. *Дементьева О.М.* Организационно-педагогические условия формирования социально-профессиональной мобильности в системе непрерывного профессионального образования / Дементьева О.М. // *Проблемы педагогической инноватики в профессиональной школе: материалы 9-й Межрегиональной межотраслевой научно-практической конференции с участием Ближнего и Дальнего Зарубежья*. – Санкт-Петербург. 2008. С.140 - 141.
5. *Ушакова Я В.* Здоровье студентов и факторы его формирования // *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского*. 2007. № 4. С.197 - 202.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

В последние десятилетие в России на пересечении педагогики, социальной психологии, социологии был сформулированы ряд теорий, в основе которых лежала попытка объяснить приверженность студентов определенным формам поведения при обучении в системе высшего профессионального образования. Существуют различные теории, практически все они сформулированы на базе уже разработанных положений, главным образом в области социальной и прикладной психологии: поведенческие теории лидерства; психологические теории; теории девиантного поведения. Они имеют как общие сходные черты методологического характера, так и особые, специфические элементы. Целью написания данной статьи является опубликование методики оценки знаний студентов 4 курса медицинского факультета Петрозаводского государственного университета на основе социологического метода исследования (анкета опроса студентов, присутствующих или отсутствующих на 13 лекциях по дисциплине правоведение) и контент-анализ оценочных средств обучения (контрольная работа, 2 задачи, интернет тренажеры, зачет по тестам).

Была разработана программа социологического исследования, включающая методологический и процедурный разделы, определен объект исследования (отношение студента к дисциплине) и предмет исследования (создание методики), единицей наблюдения являлся студент. Социологическое исследование являлось когортным (только студенты 4 курса, обучавшиеся по специальности лечебное дело и педиатрия),¹¹⁸⁴

повторным (в течение 7 лет, с 2005– 2013 год), проводилось одним преподавателем, выборка составила 993 студента, что соответствует высокой степени точности выводов. Применялся метод открытого опроса, по характеру содержания вопрос «прямой», по содержанию вопрос характеризовал «отношение» студента к дисциплине в виде активных действий, которые выражались в том, что студент посетил («+») или не посетил («-») лекцию. По логической направленности он был один и являлся основным, анализ посещаемости проводился в течение 13 (лекций) опросов и позволял определить отношение студента к читаемой дисциплине. Трудоемкость анкеты низкая, вид анкетирования – групповой, основная часть анкеты состояла из указания фамилии, имени и отчества студента, номера группы, даты проведения лекции, отметки о посещаемости [2; 3].

В результате социологического исследования за 2006/2007 учебный год были получены следующие данные: всего обучалось 159 студентов, из них 100% посетили лекции 98, что составило 61,6%, более 6 пропусков имели 15 студентов (24,5%). За 2007/2008 учебный год были получены следующие данные: всего обучался 151 студент, из них 100% посетили лекции 73, что составило (48,3%), более 6 пропусков имели 30 студентов (38,5%). За 2008/2009 учебный год были получены следующие данные: всего обучалось 150 студентов, из них 100% посетили лекции 85, что составило (56,6%), более 6 пропусков имели 17 студентов (26,2%). За 2009/2010 учебный год были получены следующие данные: всего обучалось 162 студента, из них 100% посетили лекции 80, что составило (49,4%), более 6 пропусков имели 14 студентов (17,0%). За 2010/2011 учебный год были получены следующие данные: всего обучалось 142 студента, из них 100% посетили лекции 76, что составило (53,5%), более 6 пропусков имели 6 студентов (9,0%). За 2011/2012 учебный год были получены следующие данные: всего обучался 111 студент, из них 100% посетили лекции 56, что составило (50,5%), более 6 пропусков имели 15 студентов (27,2%). За 2012/2013 учебный год получены следующие данные: всего обучалось 118 студентов, из них 100% посетили лекции 81, что составило (68,6%), более 6 пропусков имели 3 студента (8,1%).

Анализируя полученные результаты, которые оказались не линейными по годам наблюдения, можно сделать вывод, что отношения студентов к обучению по дисциплине «Правоведение» было подвержено определенному набору факторов или причин, которые для определенных¹¹⁸⁵

групп студентов можно сформулировать как теории поведения при обучении по дисциплине. При этом, группа студентов, посетившая все лекции, выполнившая все задания по практике и сдавшая зачет по дисциплине мною будет отнесена по этим критериям к «теории разумного отношения к обучению». Группа студентов не имеющая 100% посещаемости лекций, но не имеющая пропусков более 6 (без уважительных причин) мною отнесена к теории «социального отношения к обучению». Слово «социальное» включает, что студент учится на платной основе или работает. Группа студентов имеющая более 6 пропусков лекций (от 6 до 13), задолженность по практике (в последствии с трудом ликвидированная) мною была отнесена к теории «отношение к обучению на грани риска отчисления». Такая группа в течение периода наблюдения составляла цифру от 38,5% до 8,1% [1].

Таким образом, формирование профессионального медицинского сообщества имеет сложную и многогранную форму, которая меняется в зависимости от дисциплины, которую студент «любит» или «не любит», а преподаватель оценивает знания в соответствие с педагогическими критериями или личными, но в любом случае группа студентов, которая имеет «отношение к обучению на грани отчисления» будет. Эта группа присутствует в любом случае при окончании медицинского факультета и будет трансформироваться в группу врачей, требующих повышенного внимания коллег по работе к их мотивации по специальности.

Библиографический список

1. *Изуткин Д.А.* Зарубежные теории человеческого поведения в контексте взаимосвязи образа жизни и здоровья // Социология медицины. – 2009. – № 1. – С.12–17.
2. *Решетников А.В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М., 2002.
3. *Решетников А.В.* Медико-социологический мониторинг: Руководство. – М., 2003.

Д.Л. Франк,
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Нижний Новгород

**МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ОФИЦЕРОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РФ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ
ГРУПП КАК ОСНОВА ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.**

Реформирование Вооруженных сил Российской Федерации предусматривает переход частей и соединений Российской армии к несению службы в боевой готовности «постоянная», что будет способствовать значительному увеличению интенсивности боевой подготовки, а, следовательно, возрастанию уровня физической и нервно-психической нагрузки на военнослужащих и в первую очередь - на профессиональное звено, в том числе офицеров. В связи вышеизложенным, возникает необходимость проведения мониторинга заболеваемости офицеров в течение всего периода службы.

В целях определения путей совершенствования системы охраны здоровья военнослужащих нами был проведен анализ заболеваемости офицеров на протяжении всего времени несения службы.

Для достижения этой цели нами были выбраны три наиболее показательных возрастных периода: 20-24 года, 30-34 года, 40-44 года. Изучение заболеваемости офицеров возрастной группы 20-24 года проводилось для оценки состояния здоровья военнослужащих, которые в ближайшем будущем пополнят офицерский корпус Вооруженных сил. Исследование заболеваемости офицеров возрастной группы 30-34 года проводилось в целях анализа состояния здоровья группы офицеров,

представляющих наибольшую ценность для Российской армии как специалистов, имеющих достаточный опыт работы и перспективы для развития в будущем. Третья группа исследуемых в возрасте от 40 до 44 лет призвана готовиться к увольнению из Вооруженных сил по возрасту: анализ заболеваемости офицеров данной группы поводился с целью оценки влияния продолжительной службы в рядах Российской армии на состояние здоровья военнослужащих. Исследование проводилось на базе Нижегородского военного института инженерных войск, филиала военной академии войск радиационной, химической и биологической защиты и инженерных войск, а также воинских частей Нижегородского гарнизона.

Как показали результаты нашего исследования, по мере перехода к более старшей возрастной группе у офицеров вооруженных сил РФ отмечено увеличение уровня первичной заболеваемости и общей заболеваемости. Уровень первичной заболеваемости офицеров возрастной группы 20-24 года составил 1372,1 на 1000 чел., 30-34 года – 1507,6 на 1000 чел., 40-44 года – 2098,0 на 1000 чел.; общей заболеваемости в группе 20-24 года 3178,1 на 1000 чел., 30-34 года – 3544,5 на 1000 чел., 40-44 года – 3506,1 на 1000 чел. Считаем необходимым отметить, что показатели заболеваемости офицеров вооруженных сил РФ во всех исследуемых группах существенно превысили уровень аналогичных показателей у населения Нижегородской области [2]. Мы считаем, что отмеченное нами противоречие в значениях показателей заболеваемости связано с разными принципами сбора и обработки этой информации в войсковых частях и гражданском здравоохранении [1]. Нижегородцы в случае заболеваний могут обратиться, наряду с поликлиникой по месту жительства, в коммерческие медицинские организации, не участвующие в сборе сведений о заболеваемости. Кроме того, у гражданских лиц больше возможностей самостоятельного лечения заболеваний без обращений к медицинским работникам. В то же время₁₁₈₈

военнослужащие обслуживаются только специализированными поликлиниками и характер службы исключает возможность «переносить болезнь на ногах». Таким образом, мы считаем, что результаты, полученные в результате анализа документации военных поликлиник, дают более достоверные данные о состоянии здоровья военнослужащих, нежели городские и сельские поликлиники (по обращаемости) - о заболеваемости обслуживаемого населения нижегородского региона.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности показал, что число случаев временной нетрудоспособности у офицеров вооруженных сил РФ в возрасте от 20 до 24 лет составило 311,0 случаев на 100 человек, число дней временной нетрудоспособности – 1831,9 на 100 человек, средняя продолжительность случая нетрудоспособности составила 5,9 дня. Уровень данных показателей среди офицеров в возрасте от 30 до 34 лет снизился и составил 154,1 случаев и 774,1 дня на 100 работающих в течение года. Таким образом, средняя продолжительность случая нетрудоспособности составила 5,0 дня. По мере перехода офицеров Вооруженных сил РФ в старшую возрастную группу от 40 до 44 лет число случаев временной нетрудоспособности вновь возросло и составило 306,5 на 100 работающих, число дней временной нетрудоспособности – 2288,2. Средняя продолжительность случая временной нетрудоспособности также увеличилась и составила 7,4 дня.

Считаем необходимым отметить, что число дней временной нетрудоспособности у военнослужащих вооруженных сил РФ также существенно превысило аналогичный показатель у гражданского населения страны. Подобный результат, как и при анализе показателей первичной и общей заболеваемости, мы объясняем особенностью статистического учета у данного контингента пациентов.

Отдельное внимание нами было уделено исследованию уровня распространенности отдельных заболеваний у офицеров Вооруженных сил РФ. В связи с чем, нами был проведен сравнительный анализ причин первичной и общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности по классам МКБ-Х. Заболеваемость патологией нервной системы характеризовалась увеличением уровня первичной заболеваемости по мере перехода в следующую возрастную группу: уровень заболеваемости данной патологией у военнослужащих в возрасте от 30 до 34 лет в 2,9 раза превысил аналогичный показатель у молодых офицеров, по мере перехода в возрастную группу 40-44 года первичная заболеваемость возросла в 3,7 раза. При этом в возрастной группе 40-40 года отмечено снижение общей заболеваемости, т.е. офицеры обращаются к медицинским работникам преимущественно с острой патологией. С увеличением продолжительности службы отмечается последовательное увеличение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности на 100 человек, а также возрастание средней продолжительности случая временной нетрудоспособности в 1,5 раза.

Иная тенденция отмечена в динамике показателей заболеваемости патологией глаза и его придаточного аппарата: последовательное снижение уровня первичной заболеваемости по мере увеличения продолжительности службы с 48,8 на 1000 человек в возрасте 20-24 года до 26,1 на 1000 человек в возрастной группе от 40 до 44 лет. Динамика общей заболеваемости характеризовалась возрастанием уровня показателя в возрастной группе от 30 до 34 лет в 1,4 раза и снижением в 2,0 раза по мере перехода в следующую исследуемую группу. При этом отмечается увеличение числа случаев и числа дней временной нетрудоспособности у офицеров старше 40 лет.

Последовательное снижение уровня первичной и общей заболеваемости по мере перехода к более старшим возрастным группам отмечено для класса болезни уха и сосцевидного отростка. В то же время₁₁₉₀

накопленная хроническая патология привела к возрастанию уровня показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности у старшей возрастной группы офицеров.

Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости по обращаемости традиционно принадлежит болезням органов дыхания. Нами было отмечено снижение уровня первичной и общей заболеваемости и показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности в возрастной группе 30-34 года, что связано со снижением распространенности гриппа и ОРВИ по мере взросления населения. В то же время у офицеров старшей возрастной группы зафиксировано возрастание уровня рассмотренных показателей за счет распространения хронической патологии, что связано, по нашему мнению, с распространением вредных привычек среди офицеров, в первую очередь – курения.

Последовательное возрастание уровня показателей первичной и общей заболеваемости, а также заболеваемости с временной утратой трудоспособности нами было отмечено также в классе болезней костно-мышечной системы. Необходимо отметить высокую среднюю продолжительность случая нетрудоспособности в возрастной группе от 40 до 44 лет – 11,7.

Иная тенденция отмечена нами для патологии болезней кожи и подкожной клетчатки: первичная заболеваемости в возрастной группе 30-35 лет возросла в 1,2 раза, общая – в 3,0 раза, число случаев временной нетрудоспособности увеличилось в 1,5 раза, при сокращении продолжительности случая. Для офицеров возрастной группы от 40 до 44 лет наблюдалось существенное снижение уровня исследуемых показателей.

Анализ заболеваемости офицеров по классу болезней мочеполовой системы показал увеличение общей заболеваемости в 6,5 раза в возрастной группе 30-34 года и в 9,0 раз в возрастной группе 40-44 года по₁₁₉₁

сравнению с молодыми офицерами. Рост распространенности хронической патологией привел к увеличению числа дней и числа случаев временной нетрудоспособности.

Рост распространенности хронической патологии нашел отражение в увеличении удельного веса офицеров, состоящих на диспансерном учете. В возрасте от 20 до 24 лет данный показатель составил лишь 3,2%, что объясняется молодым возрастом и системой отбора офицеров по состоянию здоровья. В возрастной группе от 30 до 34 лет уже 40,2 % офицеров состояли на диспансерном учете, подобное явление, по нашему мнению, связано как с ростом числа хронических заболеваний по мере увеличения срока службы, так и хорошим качеством системы периодических профилактических осмотров офицеров. Снижение доли офицеров, состоящих на диспансерном учете до 23,5%, объясняется высокими требованиями к состоянию здоровья офицеров – наличие тяжелой патологии, препятствующей несению службы, приводит к увольнению из вооруженных сил по состоянию здоровья.

Таким образом, мониторинг показателей статистики здоровья офицеров Вооруженных сил разных возрастных групп показал, что:

- Уровень первичной и общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности офицеров Вооруженных сил России в возрастных группах 20-24 года, 30-34 года, 40-44 года существенно превышает уровень аналогичных показателей в Нижегородской области, что в значительной степени объясняется разными принципами сбора и обработки информации в государственном здравоохранении и медицинских учреждениях системы Министерства обороны РФ.

- По мере перехода к более старшей возрастной группе у офицеров Вооруженных сил РФ отмечено увеличение уровня первичной заболеваемости и общей заболеваемости, а также показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

- С увеличением срока службы у офицеров Вооруженных сил отмечено увеличение первичной, общей заболеваемости и уровня показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности по классам болезней сердечно-сосудистой системы, костно-мышечной и мочеполовой системы. По классам болезней нервной системы, кожи и подкожной клетчатки наиболее высокий уровень показателей первичной и общей заболеваемости выявлен у офицеров возрастной группы 30-34 года. По классу болезни органов дыхания зафиксировано снижение уровня показателей первичной, общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности у офицеров в возрасте от 30 до 34 лет и возрастание уровня перечисленных показателей в возрастной группе 40-44 года.

Библиографический список

1. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: Медицина, 2006. – 528 с.
2. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области за 2010 год. Сборник (ред. А.А. Коновалов, Л.Е. Варенова). – Н.Новгород, 2011. – 245 с.

(САМО)РЕФЛЕКСИВНОСТЬ В ОБЪЯСНЕНИИ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ ПТУ

Введение

Общественная проблема сохранения здоровья молодого поколения в России не нова, формально признается государством посредством законодательной базы и федеральных программ, в частности, в новом Антитабачном Законе РФ много внимания уделяется ограничению доступа несовершеннолетних к самой табачной продукции и к воздействию на них пропаганды от заинтересованных табачных производителей.

Несмотря на большое число исследований подросткового курения в них, в основном, описываются биологические, личностные, макро-и микросоциальные факторы, связанные с группами риска по потреблению психотропных веществ [1; 2]. Данное множество детерминант описывается, как правило, без учета их взаимного системного и динамического влияния на формирование аддиктивного поведения. Малоизученным является проявление аддиктивного поведения в разные возрастные периоды, в частности, в подростковом и юношеском возрасте; несомненно, требуется внимание к учету статуса «учащийся/-аяся». Недостаточно описаны компенсаторные механизмы, сдерживающие формирование зависимого поведения и феномен прекращения курения среди подростков, который можно обозначить как спонтанный или без интервенционного вмешательства.

При всем изобилии работ по «молодежному» табакокурению по анализу публикаций двух журналов из разных областей - «Социологические»₁₁₉₄

исследования» (Москва, 2000-2012 гг) и «Общественное здоровье и здравоохранение» (Казань, 2008-2011 гг) можно заключить, что активность самого объекта изучения и общественного воздействия не учитывается вообще или только в исследовании мотивов отказа от здорового образа жизни [3; 4].

Таким образом, вызовом для современной социологии здоровья и медицины становится методологический сдвиг от только дескриптивной функции к прогностической с возможностью изменения социального действия и социальных установок в отношении табакокурения молодежи.

Описание исследования

Представляемые результаты *эмпирического исследования* не являются законченными, а описывают новый методический подход к научной проблеме и обозначают ключевые пункты для трансляции в социальную и образовательную практику. Для соблюдения требований исследовательской этики мы не называем город, в котором проводился опрос. Уместно отметить только, что этот регион является донором с высоким экономическим потенциалом и связанной с этим развитой социальной сферой. Кроме того, специфической особенностью является повышенное внимание администрации региона на всех уровнях к проблематике медицинской профилактики.

Цель данной работы- представление методического приема в рамках понимающей социологии по вторичному анализу данных, собранных в классическом опросе. Вторичный анализ был проведен с частью базы данных «Мониторинг гигиенического поведения учащихся ПТУ» (проводимым ЦНИИ Информатизации при Минздраве РФ, руководитель проекта

Скворцова Е.С., [5]). Часть базы данных представляла законченное исследование - опрос в одном областном городе-«миллионнике».

Выборка: 1554 респондента (из них 11 анкет было отбраковано по причине неполноты заполнения или намеренного искажения) из тринадцати ПТУ представляли треть списочного состава всех 27-ми ПТУ города. Тринадцать ПТУ были отобраны во всех районах города, преимущественно 1 и 2 курсы, 3 курс был представлен не во всех ПТУ (по причине отсутствия такового). Анкеты заполнялись анонимно и самостоятельно после краткого представления анкетера (студента вуза); создавалась максимально комфортная обстановка для самоанализа и заполнения вопросника при недопущении переговоров респондентов между собой.

Анализ данных проводился в статистической программе SPSSv.17.0 с использованием методов дескриптивной статистики и аналитических методов - Chi-Squaretest и Logisticregressionmodels.

Результаты исследования

Именно молодежь, в силу психолого-возрастных особенностей, меньше всего думает о сохранении своего здоровья, а вместе с ним и об укреплении экономического потенциала своей страны.

И актуальный вопрос «Какие практики, правила и интерпретации обращения с собственным телом реализуются молодыми в повседневной жизни?» в России по данным автора был впервые проанализирован на конференции «Телесные режимы молодежи в повседневной жизни» (28-29 сентября 2012 года, Центр молодежных исследований НИУ-ВШЭ Санкт-Петербург). Там было отмечено следующее: молодость не только время освоения и подчинения доминирующим культурным кодам, но и пространство эксперимента, переопределения заданного или сопротивления/избегания навязываемых практик контроля за телом, что₁₁₉₆

во многом связано с социальным, экономическим и культурным положением различных групп молодежи. Молодые формируют собственные телесные режимы, которые определяют не только отношение к себе, своему телу и собственные телесные практики на текущий момент, но и культурные нормы понимания и обращения с телом в будущем, а также в обществе в целом.

Развивая идею осознания телесности и заботы о своем теле автор предлагает переосмысление сформировавшегося положения, что тело репрезентирует «самость» и отражает собственную идентичность. Если в процессе эксперимента (свойственного молодости) подросток обращается со своим телом вопреки сигналам самого тела, то это сигнализирует о неразвитой (само)рефлексивности, когда тело (сома) и мозг (сознание) существуют отдельно. Например, это происходит тогда, когда он/она старается совладать с неизбежно возникающими у любого человека токсическими реакциями от табакокурения. И «успешное» противостояние происходит благодаря многим биологическим и социальным факторам, например, благодаря невидимой «промывке мозгов» табачными компаниями.

В противовес этому самосохранительное поведение возникает тогда, когда попробовав курить (в силу различных мотивов) подросток не продолжает курительные практики. Кроме того, не забывая о прошлом опыте подросток строит для себя свою «картину мира» в отношении распространенной повседневности и выдвигает свои причины нормализации.

В данной модели изучения самосохранительного поведения учащихся ПТУ главная зависимая переменная Y формулировалась как «Опытный НЕкурильщик» (все кто пробовал курить, но не продолжил). Комбинация и перепроверка ответов респондентов проводилась по нескольким вопросам: «В каком возрасте ты впервые попробовал курить?» и «Что послужило поводом для первой пробы курения?», «Если куришь, то как много?»,¹¹⁹⁷

«Что заставляет курить в настоящее время?». Таким образом, в модели были только подростки, у кого имелся опыт курения (1045 человек из первоначальной выборки в 1543 учащихся, «опытными НЕкурильщиками» стали 17% юношей и 34,6% девушек).

Первоначально мы протестировали полученную зависимую переменную на вопросах о вреде курения и алкоголя. Проявляемое самосохранительное поведение («отказ от курения»), несомненно, должно было коррелировать с осознанием вреда от практик потребления табака и алкоголя. На диаграммах представлены отличия в ответах тех, кто: i) продолжает и ii) не курить. Полученные зависимости статуса *Опытного НЕкурильщика* и мнения о вреде курения [и алкоголя] в тесте Chi-square были статистически достоверны на высоком уровне ($p=0,000$ и $p=0,005$ соответственно).

Особое внимание привлек тот факт, что большинство самих курильщиков соглашались, что курение вредно, но в силу разных факторов и сформировавшейся физической зависимости продолжают курить [6].





На следующем этапе по имеющимся вопросам анкеты и теоретическим объяснительным интерпретациям мы сформулировали возможные предикторы того, что подросток не продолжал курить и становился *«Опытным НЕкурильщиком»*.

Одним из самых важным предиктором является индикатор (само)рефлексивности, сконструированный из вопросов о вреде курения и об источниках знаний о табакокурении. По главному классифицирующему вопросу об источниках знаний о курении (Q9) было 16 ответов и не было никого, кто отметил бы варианты «нет знаний» и «от друзей». Вариант₁₁₉₉

«говорили взрослые» мы оставили без изменений как опция «Влияние взрослых». Далее мы объединили варианты «собственный опыт» и «собственные наблюдения» как опция «Свой опыт». Все последующие варианты ответов с использованием элементов СМИ мы объединили в опцию «Влияние масс-медиа».

Итого, мы получили три градации для индикатора (само)рефлексивности – 1. Влияние взрослых, 2. Свой опыт и 3. Влияние масс-медиа.

В дополнении к вопросу о вреде курения (Q8) в бинарной логистической модели кофакторами стали:

- Пол (Q1),
- Курс (Q65 - как прокси возраста {к сожалению, не было вопроса о возрасте} и влияния среды ПТУ),
- Показатели учебы (Q5-1)плохо (иногда 2 в четвертях), 2)удовлетворительно (бывают 3 в четвертях и 3)хорошо (4 и 5 в четвертях).
- Возраст первой пробы табакокурения (Q10 - 1)< 10 лет, 2) 11-12 лет, 3) 13-17 лет).

В таблице представлена финальная модель логистической регрессии с включением всех кофакторов (представлены регрессионные показатели B, их значимость и отношение шансов (OR).

Показатели бинарной логистической регрессионной модели с

Y=«Опытный НЕкурильщик»

	Показатель B для каждого фактора	Значимость коэффициента B (p-value)	Exp(B) – отношение шансов OR
Q9_Влияние взрослых		,024	
Q9_Свой опыт	,598	,021	1, 818
Q9_Масс-медиа	,057	,811	1,059 ¹²⁰⁰

Q65_1 курс		,941	
Q65_2 курс	-,067	,734	,935
Q65_3 курс	-,001	,999	1,001
Q1_Пол	,663	,002	1,940
Q5_Плохо		,002	
Q5_Удовлетворительно	1,363	,026	3,908
Q5_Хорошо и Отлично	1,986	,002	7,288
Q8_не вредно		,042	
Q8_не знаю	1,560	,055	4,758
Q8_вредно	1,815	,014	6,140
Q10_11-12 лет		,112	
Q10_13-17 лет	-,395	,109	,674
Q10_<10 лет	-,536	,044	,585
Constant	-4,413	,000	,012

По основной гипотетической детерминанте именно собственный опыт и собственные наблюдения, а не внешние силы («агитация» взрослых и масс-медиа) значимо влияли на возросшие шансы не продолжать курение ($p=0.021, OR=1,8$). Что позволяет заключить о связи саморефлексивности с самосохранительным поведением в случае, когда подросток проверял проблематизацию вредности на своем теле.

Данный эффект шансов отказа от курения у подростка усиливается:

- в случае женского тела ($p=0.002, OR=1,9$);
- удовлетворительных и (хороших+отличных) показателей учебы ($p=0.026, OR=3,9$ и $p=0.002, OR=7,3$, соответственно);
- от сомнений в безобидности «вредной привычки» вплоть до стойкого самосознания вреда от курения ($p=0.055, OR=4,6$ и $p=0.014, OR=6,1$, соответственно).

Полученная нелинейная зависимость от возраста первой пробы с тенденцией к усилению «здравомыслия» тела в 11-12 лет по сравнению с возрастом до 10 лет ($p=0.044, OR=0,6$) требует дальнейшего исследования. Несомненно, если бы имелись данные о возрасте респондента, то можно

было бы определить такие важные переменные-предикторы как стаж курения и временной промежуток от начала первой пробы табака и до момента самоанализа (проведения опроса).

Выводы

Полученные результаты вторичного анализа эмпирического исследования подтвердили правомерность моделирования (само)рефлексивности как объяснительной интерпретации феномена отказа от курения подростков – учащихся ПТУ. Очевидно, что описание феномена (само)рефлексивности связано с телесным самовыражением и биологическим чувствованием (равный эффект на шансы *«не курить после первых проб»* оказывают *«свой опыт»* и *«пол»*). Логично было усиление шансов отказа от курения в случае развитых интеллектуальных способностей по показателям учебы и понимания вреда от табакокурения.

В заключении автор предполагает, что опасность «подросткового курения» для здоровья нации и развития общества не признается актуальной в академической и прикладной социологии на адекватном уровне. Даже последователи публичной социологии (в рамках качественной парадигмы) своим НЕ выбором этой проблемы поддерживают общественное восприятие курения как привычной практики повседневности, не связанной с определенным и высоким риском для общественного здоровья. Однако, наиболее эффективным представляется выбор именно качественной методологии как альтернативы в ситуации выявленных ограничений позитивистской социологии [7]. И для понимания “как?/каким образом?” подростки с повышенной рефлексивностью реализуют практики самосохранительного поведения в отношении Психологически-Активных Веществ уместно проведение глубинных биографических интервью у

подростков с прошлым опытом курения с учетом выявленных в данной работе значимых кофакторов для организации выборки информантов [8].

Развитие данного, на наш взгляд, актуального исследования поможет выяснить роль и значение информированности субъекта и его развитой практики (само)рефлексии в принятии им последующего решения относительно личного курения; при развитой способности подростков к (само)рефлексии важно понять, насколько изменяются параметры индивидуальных установок в условиях влияния, как субкультуры (сверстников, учебного заведения), так и всех общественных институтов.

Библиографический список

1. <http://www.isras.ru/socis.html> - выпуски журнала «Социологические исследования», 2000-2012 годы (дата обращения: 23.03.2013)
2. http://bd.fom.ru/cat/home_fam/healthca/nicot -отчеты по восьми опросам Фонда Общественного Мнения по теме «Курение», 2002-2010 годы (дата обращения: 25.02.2011).
3. Дик П.В. Влияние семьи на подростковое курение // Социологические исследования. 2010. N 12. с. 131-133.
4. Михеева А.А., Панченко С.С. Метод изучения поведения, связанного с отношением к здоровью, у молодежи // Социальная профилактика и здоровье. 2007. N 1. с. 35-40.
5. Скворцова Е.С., Миронова И.А. Распространенность курения среди подростков–школьников крупных городов России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007. N 3. с. 18-22.
6. Александров А.А., Котова М.Б., Розанов В.Б., Климович В.Ю. Профилактика курения у подростков // Вопросы психологии. 2008. N 2, с. 55-61.
7. Семенова В.В. Качественные методы: введение в гуманистическую социологию. М.: Добросвет. 1998. 289 с.
8. Квале С. Исследовательское интервью. М. 2003. 301 с.

**ПОНИМАНИЕ НОРМЫ В СОЦИАЛЬНЫХ НАУКАХ:
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАМЕТКИ О СОЦИАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ
И ПАТОЛОГИИ**

Современные институты социализации (прежде всего, семья и школа), вынужденные действовать в условиях глобальной информационной неопределенности, сталкиваются с одной существенной проблемой. Проблема эта заключается в нарастающем непонимании целей воспитательной деятельности в условиях огромного разнообразия педагогических средств, методов, моделей и технологий. Понимание главного – чему и зачем учить – в «текущей современности» (З.Бауман) становится все более проблематичным. Почему?

Дело в том, что главная задача институтов социализации – сформировать личность (в ее когнитивном, поведенческом, моральном измерениях) в соответствии с установленными обществом требованиями, НОРМАМИ. Здесь методология воспитания *должна* опираться на широкий комплекс конвенциональных философских, социологических и психологических определений нормативности. Другими словами, понимание того, каким должен быть конечный продукт социализации – человек с определенным интеллектуальным, мировоззренческим и поведенческим багажом – складывается только на определенной социально-философской платформе. Чтобы знать как воспитывать и чему и зачем учить, мы должны сначала ответить на вопрос: «что хорошо, а что плохо?», «каким должен, а каким не должен быть человек?».

Как раз в отношении понимания сути этих вопросов современное социально-гуманитарное знание находится в состоянии глубокого методологического кризиса. Кризис этот ярче всего виден в той его отрасли, которая напрямую связана с указанными вопросами – *девиантологией*, интегрирующей комплекс социологических, психологических, правовых и медицинских знаний в сфере исследований нормативного и денормативного поведения.

Так в современном глобализирующемся обществе наблюдается рост масштабов различных *девиаций* (отклонений), что приводит к системным нарушениям в деятельности важнейших социальных институтов – семьи, морали, права. [2; 6]. К наиболее опасным девиациям принято относить преступность, (зло)употребление психоактивных веществ, проституцию, коррупцию, социальный паразитизм, половую распущенность, агрессивное и суицидальное поведение и др. [5; 12]. При этом часть подобных явлений получает моральную санкцию со стороны масс-медиа и массовой культуры, героизирующих и эстетизирующих многие формы девиантного поведения [1; 12].

Соответственно, актуализируется потребность в концептуальном ответе на важнейшие вопросы: в чем причины этих явлений и как с ними можно бороться и предупреждать? Удовлетворительного ответа на эти вопросы современная девиантология дать не может, в силу уже упомянутого методологического кризиса. Кризис этот вызван влиянием *релятивизма*, утвердившегося в качестве господствующей методологии. Кредо релятивизма – признание *принципиальной относительности норм и идеалов*, их исторической и культурной изменчивости, которые «...причудливо меняются во времени и пространстве по воле законодателя, власти или общественного мнения» [4, с. 30]. В условиях глобального смешения

культур это, фактически, означает, что обобщенного понимания нормы (а, следовательно и целей педагогической, воспитательно-профилактической деятельности) нет и быть не может.

Критике релятивизма и выявлению присущих ему логико-методологических противоречий мы много внимания уделяли в предыдущих работах [см.: 19 – 23], поэтому лишь кратко сформулируем главные «обвинения». *Первое*: «принцип относительности» логически приводит к отказу от *осуждения* нарушений норм, придает им статус «альтернативных форм поведения» и, как следствие, блокирует разработку эффективных программ профилактики и социального контроля. В качестве последних предлагаются неэффективные, а то и дающие прямо противоположный эффект меры: аболиционизм (отмена наказания за «преступления без жертв»), декриминализация (проституции и наркотиков), толерантность (часто понимаемую в форме терпимости к патологиям - напр. признание прав «сексуальных меньшинств»). Причем на обыденном уровне сторонники релятивизма не любят отвечать на вопрос: «Хотите ли Вы, чтобы Ваша дочь занялась проституцией (под государственным контролем, с лицензией), начала употреблять наркотики (легально), а к 25 годам, разочаровавшись в жизни, решила бы на эвтаназию (узаконенную)?». *Второе*: релятивизм представляет собой не столько методологическую, сколько *идеологическую* конструкцию, транслирующую установки просвещенческого либерального индивидуализма в поле социального знания.

Соответственно, возникает необходимость разработки альтернативной методологической модели, поиск альтернативных философских оснований нормы. На каких принципах может быть построена подобная модель? Сторонники релятивизма склонны к заимствованию категориального аппарата естествознания, ставя в один ряд *флуктуации* в неорганическом

мире, *мутации* в биологическом и *девиации*, как разновидность этих явлений в мире культуры [4]. Подобный подход, доведенный до логического конца, означает принципиальную дегуманизацию: следуя ему становится возможным трактовать убийство одного человека другим, как «столкновение физических тел» или «внутривидовую борьбу». Между тем, еще в начале XX века была сформулирована идея *качественного различия* бытия неорганической материи, живой материи и бытия разума и культуры, имеющих *свои*, специфические законы существования и развития [13; 15].

Представляется, что в данном случае целесообразно опираться на категориальный аппарат науки гораздо более близкой к человеку, нежели естествознание или биология и притом ставящей сходные с девиантологией задачи – медицины. Речь идет о категориях «здоровье» и «патология».

Действительно, медицина ставит целью выявление причин патологий, которые рассматриваются как отклонение от нормы – здоровья. Находя причины патологий, медики разрабатывают технологии лечения и предупреждения болезней, охраняя и восстанавливая здоровье. При этом данные категории имеют жесткую привязку к практике: патология – это то, что препятствует нормальному состоянию – здоровью. Никому, заметим, не приходит в голову трактовать возникновение в организме раковой опухоли, как «альтернативную жизнедеятельность» и призывать бороться с раком с помощью отказа от лечения или «депатологизации болезни».

Здоровье человека по определению Всемирной организации здравоохранения – это объективное состояние и субъективное чувство полного физического, психического и социального благополучия [24]. Тогда как болезнь – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.

Вследствие распространения различных патологий могут ухудшаться показатели здоровья, возникать дисфункции отдельных органов и систем организма, наконец, при достаточном уровне патогенного воздействия может наступить смерть человека. При этом для разных людей критерии индивидуального здоровья *незначительно (!)* различаются в зависимости, от возраста, пола, расы, условий и образа жизни.

Введение в социальное познание категорий «здоровье» и «патология» позволяют интерпретировать поведение, мотивы и потребности личности и социальных групп, как могущие носить и здоровый (норма) и патологический (девиантность) характер. Таким образом, к *нормальным* формам поведения, мотивам и потребностям мы будем относить то, что способствует достижению *максимальной личностной и социальной жизнеспособности, максимального раскрытию возможностей индивидуального и социального бытия*. Другими словами: «Норма - это не то среднее, что есть, а то лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях» [14].

Здесь необходимо важное дополнение: прямой перенос медико-биологического понимания здоровья и патологии в поле социально-гуманитарного познания неприменим. Опираясь на эти категории необходимо вводить в них духовное (ноологическое) содержание, отражающее специфические, над-биологические закономерности бытия человека.

Соответственно, модель социально-личностного здоровья и патологии должна строиться на основе восхождения к теоретическому моделированию: а) личности, б) общества, в) нравственно-этической сферы, как связующей человека и общество и обеспечивающей специфическое бытие человека в мире культуры.

1. Основания личностного здоровья: *от первичных потребностей к поиску смысла и милосердия.*

Человек – существо телесное и в качестве такого имеет ряд первичных, витальных потребностей – еда, питье, безопасность, и это роднит его с другими живыми организмами. Однако сущностные качества человека, по нашему глубокому убеждению, лежат *над* этими потребностями (хотя, разумеется, не отменяют их) в сфере духовно-нравственной.

Среди различных теорий личности, принимаемых современной психологией, наибольшим потенциалом, с нашей точки зрения, обладает *логотерапевтический подход* (от греч. λόγος – смысл, знание) Виктора Э. Франкла, сформулировавшего основные положения своей концепции во время пребывания в нацистский лагерях смерти [16; 17].

Логотерапевтический подход выделяет три онтологически обусловленные константы личностного бытия – *духовность* (ориентация на поиск смысла жизни), *свобода* (в реализации смысла или отказе от него), и *ответственность* (за последствия и ошибки в реализации смысла). «Духовность, свобода и ответственность – это три экзистенциала человеческого существования. Они не просто характеризуют человеческое бытие как *бытие именно человека* (*курсив мой – Т.Х.*), скорее даже они конституируют его в этом качестве. В этом смысле духовность человека – это не просто его характеристика, а конституирующая особенность: духовное не просто присуще человеку наряду с телесным и психическим, которое свойственны и животным. Духовное – это то, что отличает человека, что присуще только ему и ему одному» [16, с. 93].

По В. Франклу нормальная жизнь – это постоянное стремление уменьшить разрыв между *наличным* и *должным*. Однако этот разрыв – неустраним. К *подлинному* идеалу можно лишь приближаться. *Ложные*

идеалы – богатство, власть, слава – достижимы, однако их достижение в качестве *самоцелей* чревато *экзистенциальным вакуумом* – потерей смысла, которая лежит в основе *ноогенных* (духовно-смысловых) неврозов. Другими словами человек должен, нуждается в том, чтобы служить чему-то большему, нежели он сам или его богатство [17].

Ни один человек не избавлен от того, что В. Франкл называет трагической триадой человеческого существования: страдание, вина и смерть [17]. Страдание отнюдь не устраняет смысл и духовность, но напротив, требует облагораживания смыслом. Вина связана с тем фактом, что жизнь наша конечна и мы способны на непоправимые поступки. Наконец, тот факт, что все люди смертны, и делает жизнь уникальной и неповторимой. Каждое мгновение человек должен выбирать – какую из возможных смысловых альтернатив он *должен* осуществить. Таким образом, логотерапия рассматривает человека, как существо *ответственное, ищущее смысл и страдающее*.

Этот взгляд на человека может быть дополнен важным этическим соображением: человек – существо не только страдающее, но и *со-страдающее*, нуждающееся и проявляющее милосердие, вне которого невозможно сохранение человека, как существа социального – это важнейшее условие и качество собственно человеческого измерения бытия (но, не единственное, о чем далее).

Итак, в качестве констант личностной нормы мы принимаем *Ответственность, Смысл и Сострадание* (милосердие), которые объединяются в преодолении *Страдания*, являющегося неизбежным спутником человеческой жизни.

Соответственно, личностная девиантность с данных позиций есть результат отказа (сознательного или нет) от одной из данных констант: ¹²¹⁰

что неизбежно приводит к увеличению страдания (самой личности, либо связанных с ней людей). Так отказ от Смысла (выражающегося в Долге, служении людям, Богу, Делу и т.п.) замыкает личность в тисках бессмысленности, бегства в удовольствия, погоню за богатством и властью, что неизбежно влечет страдания для человека и/или его окружения. Отказ от Ответственности открывает путь гипертрофированному эгоизму, разрушению социальных связей, саморазрушению. Наконец, отказ от Милосердия (полем чего почти всегда становится неконтролируемый эгоизм) представляется самым опасным, поскольку способен придать патологичность Смыслу, Долгу и Ответственности (например, фанатизм, ведущий к человеческим жертвам).

Сказанное – схематично, но оно позволяет получить общую схему интерпретации личностной девиантности: практически все ее многообразные формы (кроме, пожалуй, расстройств медицинского характера) укладываются в приведенную выше схему. Соответственно, появляется общее методологическое поле для разработки технологий коррекции или предупреждения в рамках конкретных дисциплин.

Важное замечание. Предлагаемое понимание нормы, как можно видеть, носит императивный характер, т.е. норма понимается, как *стремление к идеалу*. Это резко расходится с пониманием нормы, как среднего состояния (принятого в социологии девиантного поведения). На наш взгляд эти виды нормального нужно различать, и здесь состояние среднего напрямую зависит от стремления к идеалу. Идеал, скорее всего, недостижим, но стремление к нему задает направление движения, вектор, без которого невозможно понять девиации – отклонения от этого вектора. Напомним, слово «грех» – это перевод греческого слова *αμαρτια*, которое буквально означает «промах» или «непопадание в цель».

2. Основания социального здоровья: *социальная солидарность и социальная справедливость.*

Начнем с того, что общество как реальность (а не абстрактная конструкция) возникает в системе социальных взаимодействий и отношений: люди определенным образом ведут себя по отношению к другим людям.

Социальное взаимодействие. Говоря о девиантности, исследователи, как правило, концентрируют внимание на сфере *поступков*, из которых складывается собственно, *поведение*. Онтология поступка (нравственного или безнравственного, «нормального» или «девиантного») *неявна*. Причины и мотивы индивидуальных поступков, рассматриваемые даже на статистическом уровне, выглядят вполне *субъективными*. Когда мы рассматриваем сферу поведения через призму индивидуальных различий, то мысль о том, что нормы – суть просто *конвенции*, с которыми одни люди соглашаются, а другие нет, выглядит вполне убедительной. По крайней мере можно признать этот взгляд правдоподобным в отношении поступков, не связанных с причинением явного вреда окружающим.

Если рассматривать поведение и поступки через призму категории *деятельности* и, шире, *практики*, то многое предстает в ином свете. Существование общества требует включения отдельных индивидов в разнообразные *социально-значимые виды деятельности* – добывание пищи и других ресурсов, управление, оборона от внешних врагов, накопление и передача знаний и т.п. Вне этой *организованной совместной деятельности* *выживание* как каждого индивида, так и сообщества в целом, ставится под угрозу. Чтобы эта социально-значимая деятельность стала возможной (вне зависимости от ее конкретного содержания), необходимо существование неких общих стандарты или принципы поведения. Необходимо, чтобы люди могли доверять друг другу, знать, чего ожидать друг от друга, другими

словами, необходимы *правила игры*. Принципиальным здесь является то, что эти ожидания (правила, стандарты) требуют, чтобы индивиды демонстрировали *устойчивые закономерности* в своих поступках или поведении. Причем эти закономерности должны служить достижению *взаимопонимания, согласия (солидарности) и взаимной честности*, иначе совместная деятельность станет невозможной [см. 9].

Первым условием нормального (здорового) жизнеспособного общества является соблюдения принципа солидарности, взаимного милосердия. Наиболее заметно это проявляется в существовании важнейшего социального института – семьи. Существование семьи, как хозяйственное и, главное, социализирующего института, невозможно вне отношений солидарности, взаимного милосердия и любви. (Последний тип отношений наиболее сложен для научного анализа, отметим лишь, что богатейшие пласты высших достижений человеческой культуры, этики и творчества связаны именно с этим типом взаимоотношений, отличающимся от собственно солидарности и милосердия, но являющегося неустранимо важным в человеческих отношениях, прежде всего в системах отношений «мужчина-женщина» и «родители-дети»).

Таким образом, *солидарность* и *милосердие* рассматриваются, как важнейшие принципы организации *нормального* социального бытия. Единственное последовательное возражение на эту точку зрения – это ницшеанская критика «морали слабых», которую мы здесь не обсуждаем ввиду ее очевидного аморализма.

Потребности и социальная организация.

Авторы многих теорий отклоняющегося поведения справедливо усматривают источник девиантогенных возмущений социума в дефектах¹²¹³

социальной организации, блокирующих удовлетворение каких-либо важных потребностей отдельных категорий членов сообщества или социальных групп.

Каждый человек, как уже отмечалось, нуждается в удовлетворении первичных жизненных потребностей – еде, питье, отдыхе, безопасности и т.п. Общество, не обеспечивающее своим членам возможность удовлетворения этих потребностей, не просто ненормально, оно биологически нежизнеспособно. Любой социум нуждается в существовании институтов и практик, обеспечивающие возможности для удовлетворения этих потребностей. Здесь мы сталкиваемся с еще одним важным принципом социальной организации – принципом *Справедливости*.

Справедливость требует, чтобы *всем* членам общества была предоставлена возможность удовлетворения важнейших витальных (жизненных) потребностей. На практике это принимает форму *гарантии прав*: на жизнь, работу, медицинское обслуживание, жилье, питание и пр. В контексте же принципа Милосердия, эти гарантии должны быть предоставлены и тем, кто не в состоянии реализовать данные права самостоятельно: больным, одиноким старикам и другим «уязвимым категориям населения». Когда какие-либо социальные группы лишаются этих прав, возникает устойчивая девиантогенная ситуация – социальная патология, угрожающая обществу в целом или его отдельным частям. Примеры подобных патологий дает история: различные формы рабовладельческого уклада или другие формы «исключения» больших социальных групп и классов (расовое угнетение, английские огораживания и т.п.). В современных условиях «развитых демократий» данный тип патологий чаще всего реализуется в форме *номинальной*, а не реальной *гарантии прав* (например, право на работу и жилье в обществе с высоким

уровнем безработицы). Фактически, сказанное означает, что общество, в котором сосуществуют группы высокопривилегированные и депривированные, представляет собой патологичную форму социальной организации. Такие явления, как глубокое социальное неравенство, структурная бедность, депривация – являются результатом нарушения принципов Справедливости и Милосердия и *неизбежно* ведут к росту масштабов девиантного поведения (в первую очередь «протестного» и «инновационного» - по Р. Мертону), что подробно описано западными социологами еще в 60-х гг. прошлого века [10].

Однако, как уже говорилось, помимо витальных потребностей, человек нуждается в возможности удовлетворения потребностей идеальных, связанных со Смыслом. Более того, часто депривация этой группы потребностей, при полном и даже избыточном удовлетворении потребностей витальных приводит к гибели отдельных людей и целых классов (самоубийства богатых, декаданс как культурный принцип, часть аддиктивных расстройств) [11]. Таким образом, одной из ключевых задач любой социальной системы является «воспроизводство Смысла». Общество должно обеспечить своим членам достаточную смысловую нагрузку – некий «пантеон идеалов», организующий социально одобряемые цели и практики. Причем принципиально важным является сверх-личностный характер этих идеалов, обеспечивающий выход за рамки материального благополучия и индивидуального эгоизма отдельных членов общества и социальных групп. Другими словами нормальная социальная организация должна строиться на *идеократических* принципах: Долге (перед Богом, людьми, отечеством, призванием), Служении (чему-то более высокому, нежели сам индивид), Вере (в идеалы), Справедливости (т.е. готовности признавать надличностные стандарты) и Милосердии (вне которого никакого преодоления вины – неустранимого экзистенциала – быть не может). Подобная идеократия¹²¹⁵

может носить, как религиозный (Византия или Ватикан), так и светский характер (напр., Рим до н.э., Советский Союз до 1960-х гг.), но общий принцип один: объединение людей в служении высоким идеалам. Сказанное, разумеется, не означает, что идеократическое общество избавлено от девиаций. Идеократия вполне может реализоваться в нарушении других не менее важных констант социального здоровья - Справедливости и Милосердия. Кроме того, возможность конфликта личных и общественных интересов вполне сохраняется и при самом идеальном социальном устройстве. Однако, когда же в качестве идеала провозглашаются цели приземленные, сводимые к индивидуальному благополучию и эгоизму (идеология потребительского общества Запада в орбиту которой были вовлечены поздний Советский Союз и современная Россия, поздний Рим) то общество *неизбежно* попадает в режим «продуцирования девиаций». Эти девиации начинают принимать устойчивый характер, превращаясь в неустранимые системные дисфункции, обусловленные направлением личностной активности индивидов в социально-деструктивном направлении: гедонизм, стяжательство и корыстная преступность, «отступающее» (аддикции, сектантство) поведение.

Таким образом, *нормальное общество* понимается как *система социальных взаимоотношений и практик, обеспечивающих удовлетворение потребностей и смысловую нагрузку всем* (по крайней мере, максимально возможному – в рамках наличных условий - количеству) *членам общества*. Отсутствие этих признаков указывает на наличие патологических процессов в социуме, связанных с нарушением принципов нормальной социальной организации - *справедливости, идеократичности, солидарности и милосердия*. Нарушение этих принципов объясняет причины абсолютного большинства форм девиантного поведения, имеющими социальную

обусловленность (в классификации Р.Мертонa – инновации, ретритизм, ритуализм, мятеж [10], а также истоки антисоциальных субкультур).

3. Основания нравственного здоровья: *от внешнего принуждения к внутреннему контролю.*

Как известно, сферой пересечения личностного и социального бытия является сфера культуры, интегрирующая основные идеалы, ценности, символы, нормы и традиции. Эти базовые элементы культуры упорядочивают индивидуальную активность членов социума, обеспечивая совмещение личностного и социального в едином поле значений, смыслов и практик. Важнейшим элементом культуры с позиций нашего анализа является *нравственное измерение* – та часть смыслов, идеалов и ценностей, которые формируют представления о целях и принципах поведения членов общества. Любое общество (здоровое) создает системы социального контроля, обеспечивающие соблюдение 3-х видов норм: предписаний, запретов и разрешений, призванных обеспечить соблюдение принципов Милосердия, Смысла, Справедливости и Солидарности. Свое же обоснование системы социального контроля (право, суд и др.) получают именно в нравственной сфере культуры. Цель нравственности - *замена внешнего социального контроля внутренним, этическим контролем.* Напомним: этимология греческого слова «этика» восходит к «этосу» - стойлу для домашних животных. Основной задачей нравственности является воспитание в личности способности к нравственной оценке своего поведения и его последствий, делающей возможным самоконтроль. Нравственная оценка – это преодоление субъективного (индивидуальных желаний) в оценке путем восхождения ее до уровня объективного (реальных последствий для себя, других и мира) [7, с. 79].

Нравственные идеалы и нормы конституируют правовую регуляцию отношений собственности, распределения и власти, идеологические системы, нормы повседневных взаимоотношений, нормы контроля за агрессией и сексуальностью, т.е. те сферы взаимоотношений, которые напрямую связаны с константами личностного и социального здоровья, рассмотренными выше.

Девиантность (грех, порок) становится возможной, когда человек отказывается от контроля над своими влечениями и утрачивает способность к нравственной оценке ситуации. Человек - существо, имеющее потребности и желающее. Желания и потребности - ограничивают свободу человека, которая никогда не бывает абсолютной. Однако удовлетворение некоторых из них способствует благополучию и здоровью индивида и окружающих его людей, тогда как других – напротив – к болезням и несчастьям.

В контексте сказанного становится понятной роль нравственности – это путь к благополучию и здоровью (телесному и душевному), социальной и личностной гармонии, возможность реализовать Смысл.

Соответственно, *нравственные патологии* сводятся к *отказу от самоограничения и милосердия в пользу индивидуального гедонизма и эгоизма*. Когда отдельные люди или группы исповедуют принцип «живи в свое удовольствие, а «после нас хоть потоп», они объективно угрожают благополучию собственному, других людей и общества в целом.

Такова, вкратце, концепция социального и личностного здоровья, предлагаемая нами в качестве альтернативы релятивизму. Эта концепция (даже в представленном поверхностном и схематичном наброске) представляет собой *интерпретативную схему*, позволяющую *задавать методологическое направление* диагностики и коррекции социальных и личностных патологий в рамках отдельных исследований и проектов. Разумеется, высказанные в статье идеи требуют доработки и дополнений,¹²¹⁸

нуждаются в более корректном соотношении с эмпирическими данными, однако, мы склонны считать предложенный подход методологически более обоснованным и практически эффективным, нежели релятивизм.

Библиографический список

1. Аронсон Э., Праткинс Э.Р. Эпоха пропаганды (механизмы убеждения: повседневное использование и злоупотребление). – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002.
2. Бек У. Что такое глобализация?/ Пер. с нем. А.Григорьева и В.Сидельника. Общ. ред. и послесл. А.Филипова. – М.: Прогресс-Традиция, 2001.
3. Бьюкенен П.Дж. Смерть Запада/ Пер. с англ. А.Башкирова. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2003.
4. Гилинский Я.И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004.
5. Девиантное поведение: методология и методика исследования/ под. ред. М.Е.Поздняковой - М.: Реглант, 2004.
6. Делягин М. Мировой кризис (общая теория глобализации), М., 2001.
7. Колесов Д.В. Болезни поведения. Воспитание здорового образа жизни, М.: Дрофа, 2002.
8. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. – СПб., 2002.
9. Маккинтаир А. После добродетели: Исследование теории морали/ Пер. с англ. В.В.Целищого – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
10. Мертон К.Р. Социальная структура и аномия// Социс.1992-№2-4.
11. Панарин А. Православная цивилизация в глобальном мире. – М.: Алгоритм, 2002.
12. Потреблятельство: болезнь, угрожающая миру / Джон Де Граф. Дэвид Ванн, Томас Х. Нэйлор; [Пер. с англ. Н.Макарова]. – М.: Ультра-Культура, 2003.
13. Риккерт Г. Науки о природе и науки о культуре. (Пер. с немецкого). – М.: Республика, 1998 (Мыслители XX века).
14. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. - 2001. - № 4. - С. 91-105.

15. *Сорокин П. А.* Человек. Цивилизация. Общество/ Общ. ред., сост. и предисл. А.Ю. Согомонов: Пер. с англ. — М.: Политиздат, 1992.
16. *Франкл В.* Воля к смыслу/ Пер. с англ. — М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.
17. *Франкл В.* Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем./Общ. ред. Л.Я.Гозмана и Д.А.Леонтьева. — М.: Прогресс, 1990
18. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М.,1998
19. *Хагуров Т.А.* Девиантологический релятивизм: методология или идеология (на примере анализа аддиктивного поведения) Материалы II Всероссийской научно-практической конференции «Феноменология и профилактика девиантного поведения» - 27-28 октября 2008 г. — в 2-х т.: Т. 1. — Краснодар — «АСВ- полиграфия», 2008. С. 395 — 413.
20. *Хагуров Т.А.* Методология девиантологических исследований в современном обществе: «человек-потребитель» в фокусе девиантологического анализа// Общество и право: всероссийский научный журнал № 1, 2005 г.С.101-110.
21. *Хагуров Т.А.* Методология девиантологических исследований феномена массовой культуры и порождаемого ею типа человека// Девиантное поведение: методология и методика исследования/ Под. ред. М.Е.Поздняковой - М.: Регрант, 2004.С.27-37.
22. *Хагуров Т.А.* Постмодернизм в поле массовой культуры, Социс № 9, 2007.С.93-97.
23. *Хагуров Т.А.* Человек-потребитель: проблемы девиантологического анализа/Монография, - М.: ИС РАН, 2006.
24. URL: <http://ru.wikipedia.org/>

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РЕГИОНА И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра характеризуется высокой насыщенностью предприятиями топливно-энергетического комплекса и перерабатывающей промышленности, которые являются главными и основными источниками загрязнения окружающей природной среды (атмосферный воздух, водный бассейн и земельные участки).

Общеизвестно, что антропогенное воздействие на окружающую среду вызывает необходимость исследований, ориентированных на выявление и оценивание региональных изменений.

Существует целый ряд методов оценки экологического состояния территории, отличающихся подходами и приемами, направленными на решение сложившихся проблем и экологически безопасное развитие территории. Несмотря на то, что они исходят из антропоцентрического принципа, недостаточно учитывают мнение и отношение к изменениям в окружающей среде местного населения. Следовательно, важно изучение особенностей восприятия человеком сложившихся условий жизни, источников повышенной экологической опасности и связанных с этим предпочтений в выборе мест проживания и отдыха. Необходимость учета общественного мнения при планировании и использовании природных ресурсов, а также принятия управленческих решений отмечается в ряде законодательных актов федерального и регионального уровня, в том числе в Законе «Об экологической экспертизе».

Предприятия топливно-энергетического комплекса и перерабатывающей промышленности, являются основными источниками загрязнения окружающей природной среды (атмосферный воздух, водный бассейн и земельные участки) Югры.

Общеизвестно, что антропогенное воздействие на окружающую

природную среду вызывает необходимость исследований, ориентированных на выявление и оценивание региональных изменений.

Необходимость учета общественного мнения при планировании и использовании природных ресурсов, а также принятия управленческих решений отмечается в ряде законодательных актов федерального и регионального уровня, в том числе в Законе «Об экологической экспертизе».

В статье обобщаются динамика взглядов жителей Белоярского района Югры на экологические проблемы региона и факторах, влияющих на здоровье населения. В частности рассматриваются результаты социологических исследований, проведенных на территории Белоярского района Югры в 2003-2005 гг. и 2008-2011 гг.

Краткая характеристика района исследований.

Белоярский район расположен на северо-западе Ханты-Мансийского автономного округа - Югры в таежной зоне. Площадь района - 41,65 тыс. км². Численность населения - 29,2 тыс. чел. Численность коренных малочисленных народов Севера (КМНС) составляет около 2,6 тысячи человек - это около 9 % населения района и 7,8% от общей численности коренных народов Югры. В состав района входят 12 населенных пунктов (включая г. Белоярский). Главными центрами проживания КМНС на территории Белоярского района являются сельские поселения Полноват и Казым [1].

Согласно информации бывшего Департамента по вопросам малочисленных народов [2], в настоящее время на территории района расположено 33 территории традиционного природопользования КМНС (родовых угодий, общин), общей площадью 1215713 га, где проживают 32 семьи (79 чел.), из них 20 семей-оленоводов из числа КМНС. Основная их деятельность - охота, рыболовство, оленеводство, заготовка растительных дикоросов.

На территории района разрабатываются более 10 месторождений

углеводородного сырья. Добычу углеводородного сырья в основном осуществляют ОАО «РИТЭКБелоярскнефть» и ОАО «Сургутнефтегаз».

В 2003-2005 и 2008-2011 гг. сотрудниками Обско-угорского института прикладных исследований и разработок (г. Ханты-Мансийск) с целью изучения современного экологического и социально-экономического состояния КМНС Югры были проведены этносоциологические исследования на территории Белоярского района Югры.

В опросах приняли участие:

- в 2003 г. - 46 респондентов, из них: представители КМНС (ханты, манси) - 86,9%; другие национальности - 13,1%. Среди них: мужчин – 19,6%; женщин – 80,4%;

- в 2005 г. - 70 респондентов, среди них: представители КМНС (ханты, манси) – 70,0%, другие национальности – 30,0%. Из них мужчин – 20,0%, женщин – 80,0%;

- в 2008 г. - 85 респондентов из числа КМНС (ханты, манси), из них мужчин – 35,29%, женщин – 64,71%; другие национальности (15): 13,33% мужчин, 86,67% женщин.

- в 2011 г. – 155 респондентов из числа КМНС (ханты, манси, ненцы), из них мужчин – 31,6%, женщин – 68,4%, другие национальности: 1,2%. Возраст респондентов от 20 до 70 лет.

В ходе исследований, в частности мы хотели выяснить взгляды респондентов Белоярского района на экологические проблемы региона и основных факторах, влияющих на здоровье население.

Отвечая на вопрос, *«Как Вы оцениваете экологическое состояние нашего региона в настоящее время?»*, абсолютное большинство респондентов из числа КМНС и эксперты высказали свое мнение об удовлетворительном состоянии региона (66,0% и 53,0% соответственно). При сопоставлении данных, видим, что большинство респондентов₁₂₂₃

Белоярского района в 2003 году высказали свое мнение о неудовлетворительном состоянии экологии региона (57,0%). А при повторном опросе в 2005 году ответы респондентов распределились поровну: 47,0% – удовлетворительно и столько же неудовлетворительно. Как мы уже отметили выше, при опросе 2008 г. значительное большинство респондентов (60,0% в целом по массиву) отметили удовлетворительное экологическое состояние региона. Результаты исследований, проведенных в 2011 г. свидетельствуют, что уменьшились доля респондентов, считающих экологическое состояние региона удовлетворительной (с 59,6% в 2008 г. до 33% в 2011 г.) и наоборот увеличились доля тех, кто считают неудовлетворительной (с 35,2% в 2008 г. до 44,5% в 2011 г.) [3]. Также увеличились, доля тех, кто затруднялись ответить на данный вопрос. Это говорить о том, что в последнее время на территории района ведутся крупномасштабные нефтяные разработки. Если данный вопрос рассматривать на локальном уровне, то по результатам опроса 2010 г., 51,7% респондентов из д. Нумто Белоярского района, экологическое состояние региона считают неудовлетворительной. Отметим, что на территории природного парка «Нумто» ведутся разработки углеводородного сырья. Также респонденты из д. Нумто, отвечая на вопрос, *«Как Вы оцениваете состояние окружающей среды района Вашего места жительства»*, отметили: неудовлетворительно- 60%, удовлетворительно – лишь 26,7% [4].

Отвечая на вопрос, *«Если ваша оценка неудовлетворительная, то почему?»*⁷⁴, большинство респондентов Белоярского района в качестве основной причины приводят уменьшение численности животных, дичи и рыбы (52,0% и 41,0% соответственно по годам). На второе место поставлено загрязнение рек и водоемов (48,0% и 36,0% соответственно по годам). А респонденты Березовского района данную причину поставили на первое

⁷⁴ В опросе 2008 г. данный вопрос не рассматривалась.

место и в качестве второй выбрали уменьшение численности животных, дичи и рыбы. Как мы полагаем, это связано с тем, что в Березовском районе ведется промышленная разработка россыпного золота, и в основном – вдоль речных бассейнов района [4]. Далее респонденты Белоярского района на третьем и четвертом местах респонденты выбрали варианты о том, что высыхают и вырубаются леса (39,0% и 27,0% соответственно по годам) и выводятся из оборота огромные территории промысловых угодий и оленепастбищ (31,0% и 24,0% - соответственно по годам) [3].

Отвечая на вопрос: *«Какие организации являются главными загрязнителями окружающей природной среды в месте Вашего проживания?»*, все категории респондентов в целом отметили, что главными загрязнителями окружающей природной среды являются: 1) нефтегазовые (43,0% / 47,7%)⁷⁵; 2) транспортные (38,0% / 40%), ЖКХ (6,0% / 14,2%) и другие (6,0% / 5,1%).

В качестве одной проблемы, непосредственно, связанную с состоянием экологической ситуации региона, будем рассматривать проблему здоровья населения.

Обращаясь к участникам международной научно-практической конференции «Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера»[5], Губернатор Югры А.В. Филипенко отмечал, что малочисленные народы Севера являются в большой мере эталонными для прогнозирования и организации комплекса мер по сохранению и укреплению здоровья и вновь приехавших жителей и их потомков.

Как известно, глобальное загрязнение атмосферного воздуха сопровождается ухудшением состояния здоровья населения. Согласно существующим данным, в наибольшей степени загрязнение атмосферного воздуха сказывается на показателях здоровья в урбанизированных центрах, в частности, в городах и населенных пунктах с развитой перерабатывающей промышленностью. На территории таких населенных пунктов отрицательно влияют как неспецифические загрязнители (пыль, сернистый ангидрид сероводород, оксид углерода, сажа, диоксид азота), так и специфические (фенол, фтор и т.д.).

В целом воздействие загрязненного атмосферного воздуха на здоровье населения обусловлено действием следующих факторов:

- разнообразием загрязнений;

⁷⁵ Соответственно данные за 2008 и 2011 гг.

- непосредственным доступом загрязнителей во внутреннюю среду организма и т.п.

Следует отметить, что здоровье населения - это интегральный показатель, который отражает комплексное воздействие на человека социальных, экономических, экологических, наследственных, и других факторов. Воздействие неблагоприятных факторов окружающей человека среды приводит к изменению функционального состояния органов в системе организма, к повышению уровня заболеваемости, увеличению числа инвалидов, преждевременному старению и сокращению продолжительности жизни людей [6].

Там же отмечено, что, необходимым условием здоровья и благосостояния людей является наличие таких важнейших функций окружающей среды, которые, с одной стороны, способны обеспечить человека средствами к существованию, а с другой стороны - поглощать загрязняющие вещества и самоочищаться. В поддержании цикла потребления и восстановления ресурсов эти две функции не только тесно переплетены, но именно они становятся все более уязвимыми и нарушенными в результате нерациональной и активной деятельности человека. В том случае, если эти функции ослаблены, здоровье населения будет поставлено под угрозу по причине загрязнения питьевой воды, воздуха, почв, а также вследствие снижения качества и уменьшения количества продовольствия и обострения санитарно-гигиенической обстановки [6].

Респонденты Белоярского района, отвечая на вопрос *«Как Вы думаете, что в большей степени влияет на здоровье населения района?» (2008 г.)*, большинство респондентов на первое место обозначили проблему плохого качества воды (45,0% и 40,0% соответственно). На второе и третье места респонденты из числа КМНС и эксперты обозначили проблему низкого качества медицинского обслуживания (41,0% в целом) и низкого качества продуктов питания (36,0%). Также все респонденты обозначили проблемы недостатка денег на медикаменты (35,0%) и загрязненного воздуха, почвы, воды (23,0%).

По результатам, проведенных повторных исследований в 2011 г., значительное большинство респондентов района на первое место уже обозначили проблему пьянства и алкоголизма⁷⁶ (80% в целом). На второе и третье места респонденты обозначили проблемы нехватки денег на медикаменты (56,8%) и плохого качества воды (52,3%). Также все респонденты отметили проблемы: низкого качества медицинского обслуживания и загрязненного воздуха, почвы, воды (49,7% соответственно).

⁷⁶ Данный вариант в предыдущих исследованиях не рассматривалась.

В заключение отметим, что взгляды респондентов Белоярского района по вышерассмотренным вопросам практически совпадают (за исключением небольших расхождений) с мнениями респондентов из других районов округа, где были проведены мониторинговые исследования.

Библиографический список

1. Общие сведения // Официальный сайт органов государственной власти Белоярского района. URL: <http://www.admbel.ru> (дата обращения: 14.07.2010).
2. Административный сайт органов государственной власти Югры: раздел «Коренные народы». URL: <http://www.admhmao.ru> (дата обращения: 22.07.2010).
3. *Хакназаров С.Х.* Экологические проблемы Белоярского района Югры: социологический аспект Вестник угроведения №2(5). Ханты-Мансийск, 2011. С. 112-117.
4. *Хакназаров С.Х.* Эколого-медицинские проблемы Югры в контексте социологических исследований // «Югра – за здоровый образ жизни»: материалы Всероссийской НПК / Научный медицинский вестник Югры. – Ханты-Мансийск: Инф.-изд-й центр ХМГМА, 2012 С. 280-282
5. Обращение Губернатора Ханты-Мансийского автономного округа – Югры перед участниками Международной научно-практической конференции «Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера» // Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера: материалы междунар. науч.-практ. конф. (тезисы докладов). 29-30 сентября 2005 г. – Ханты-Мансийск, 2005. С. 3.
6. Окружающая среда и здоровье человека / Российский национальный комитет содействия программе ООН по окружающей среде. URL: <http://www.unepcom.ru/globenv/15.html> (дата обращения: 23.05.2013).

О КРИЗИСЕ ТРАДИЦИОННОГО ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И НОВОЙ ИДЕОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВЕ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В СТОМАТОЛОГИИ

Введение

Отечественная медицинская наука не одно десятилетие славилась разработками профилактических направлений во всех отраслях здравоохранения. В указанном смысле стоматологическая служба не является исключением. Однако за долгие годы застоя у населения и медицинских работников в РФ сформировалось специфическое отношение к профилактическим мероприятиям и здоровью как к аксиологической категории. Очевидно, это было связано с общим социальным фоном, огромной дистанцией между формальными и неформальными отношениями, атмосферой тотального кризиса, закончившегося коллапсом социальной системы, формированием аномальной парадигмы здоровья, которая характеризовалась вытеснением ценности здоровья на периферию сознания более актуальными прагматическими приоритетами.

Наиболее адекватное восприятие медико-социальной действительности может быть сформировано благодаря использованию теории функциональных систем (ФС) П.К. Анохина, которая определила порядок структурирования пространства, связанного с циркуляцией информации. Причем, положения теории П.К. Анохина настолько универсальны, что помимо физиологии биологического объекта давно нашли себе применение в кибернетике, а с некоторых пор и при анализе функционирования социальных систем. Перечислим основные понятия ФС: память, обстановочная афферентация, пусковой стимул, доминирующая мотивация, афферентный синтез, принятие решения, программа действия, действие,¹²²⁸

результат действия, параметры результата, обратная афферентация, акцептор результата действия. Все указанные понятия по существу являются характеристиками разнородных информационных процессов и жестко привязаны (на примере человеческого организма) к следующим структурным элементам: органы чувств, различные отделы головного и спинного мозга, а также опорно-двигательный аппарат, которые являются единым целым. Только при этом условии ФС может существовать и успешно решать поставленные перед ней задачи [1].

С точки зрения ФС все медико-социальные процессы, протекавшие в доперестроечной России, можно рассматривать как иллюстрацию явления диссоциации информационного пространства (ДИП) (информационных потоков). Представители одних социальных структур осуществляли функции афферентации, другие разрабатывали программу действия, третьи действовали и т.д. При этом в целом для социальной системы результат не достигался (достаточно вспомнить запредельно высокие показатели материнской и младенческой смертности в СССР при, казалось бы, передовой для своего времени медицине).

Таким образом, ДИП приводила к ситуации, при которой каждому отдельно взятому индивидууму не доставало властных полномочий, практически вся ответственность за управленческие решения была сконцентрирована вне личности, т.е. так, как принято в обществах, находящихся на стадии развития, соответствующей механической солидарности, при том, что внешне все выглядело наоборот – налицо четкое распределение функций. Отсюда мы имеем возможность вывести следующий постулат: органическая социальная солидарность не может быть достигнута в результате разделения труда (наличия различных социально-профессиональных групп), если при этом не осуществлен процесс

ассоциации компонентов информационного пространства (АКИП) внутри каждого элемента социума (внутри каждого индивида).

Следует отметить, что АКИП – очень продолжительный процесс, вероятнее всего, что его завершение в РФ потребует временного промежутка, сравнимого с жизнью нескольких поколений. Вместе с тем наблюдаемые изменения достаточно отчетливо манифестируются в рамках аксиологического подхода к изучению медико-социальной действительности, который все шире используется в социологии медицины и отражает тенденцию перехода от количественного накопления первичного исследовательского материала к качественному его анализу, вскрывающему глубинные закономерности. Таким образом, способ познания процесса реализации в обществе медицинских знаний, опирающийся на ценностное восприятие происходящего, является наиболее многообещающим критерием, с помощью которого мы надеемся максимально приблизиться к истинности медико-социологических познаний.

Однако прежде, чем говорить о действительно существующем, уделим некоторое внимание желаемому. Так, согласно директивным документам [2,3,4,5,6,7,8,9,10,11] гигиеническое воспитание и обучение населения по-прежнему является ключевой задачей современного российского здравоохранения. Однако врачи и медицинские менеджеры переадресуют выполнение обязательных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий работникам Госсанэпиднадзора. Провозглашая основной целью гигиенической подготовки формирование у населения навыков здорового образа жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья (ведь именно здоровый образ жизни - основа профилактики заболеваний), руководство отраслью сворачивает указанное направление работы до масштабов незначительной подгруппы специалистов, получающих профессиональную гигиеническую подготовку С₁₂₃₀

последующей проверкой знаний и аттестацией, позволяющим работать в весьма специфической и относительно узкой сфере деятельности, ограниченной понятием «санитарно-эпидемиологическое благополучие населения». Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации и Концепции сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания являются достаточно продуманной теоретической основой для функционирования системы гигиенического воспитания граждан, однако механизмы практической реализации указанных концепций не срабатывают, и принципиально верные предложения и разработки остаются лишь на бумаге.

Совершенно очевидно, что санитарно-эпидемиологическое благополучие всей страны – это алгебраическая сумма «индивидуальных благополучий» составляющих ее граждан. При этом все рядовые граждане интегрированы в соответствующие семейные, профессиональные и иные микросоциальные группы. Во главе каждой такой группы стоит формальный (или неформальный) лидер. Будучи непосредственным агентом влияния, он (она) и формируют реальный уровень гигиенических знаний, навыков и умений населения, тиражируя свой собственный уровень. При этом практически невозможно найти информацию о конкретном количестве учебных часов, прослушанных указанными категориями населения на гигиенические и здоровьесберегающие темы. А между тем в СССР и затем в Российской Федерации накоплен значительный методический опыт по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья, в основе которого лежит санитарная культура населения, уровень которой оставляет на сегодняшний день желать лучшего. При этом под профилактикой инфекционных, паразитарных и венерических заболеваний по-прежнему понимается проведение качественной профессиональной гигиенической¹²³¹

подготовки и повышение требований к уровню знаний санитарных правил при аттестации декретированных групп населения, на фоне полного игнорирования остального населения, собственно и являющегося резервуаром и средой, продуцирующей упомянутые болезни.

Отдельной темой гигиенической и санитарной культуры населения являются профосмотры. Не первый год мы сталкиваемся с проблемами обеспечения полноты и достоверности информации, получаемой в ходе таких осмотров. Как самостоятельные проблемы можно рассматривать фактические объемы указанного вида медицинской помощи (показатели охвата не превышают 1% от среднегодовой численности населения) и медико-биологические подходы, которые больше применимы к лабораторным животным, нежели к людям, т.е. существам социальным, мыслящим, способным взвешивать риски и выстраивать соответствующую жизненную стратегию. Об оценке качества прохождения обязательных медицинских осмотров можно судить по чрезвычайно низкой выявляемости социально значимых заболеваний, что неудивительно, если вспомнить о 99% населения, так и не попавшего в поле зрения медиков. Вместе с тем прямые коммуниканты населения, работодатели и администрация всех уровней не имеют представления о здоровьесберегающих технологиях, тем более не проходят аттестации на предмет владения соответствующими знаниями и умениями. Приходится признать тот факт, что чрезвычайно низкий уровень мотивации населения на формирование ответственного отношения к своему здоровью, здоровью своих детей стал нормой для россиян. К сожалению, уровень деятельности учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения нельзя признать удовлетворительным. Вышеперечисленные проблемы гигиенического воспитания либо не решаются, либо решаются, но не в полной мере. Это можно связать со следующими факторами: анализируя причины₁₂₃₂

санитарных правонарушений, совершенных работниками, занятыми в сфере производства и реализации пищевых продуктов, питьевого водоснабжения населения, бытового обслуживания, можно увидеть, что совершенные нарушения санитарного законодательства связаны с банальным **незнанием** установленных требований вышеперечисленных видов деятельности. И эти незнания приводят к негативным последствиям, в том числе к массовым инфекционным заболеваниям, пищевым отравлениям. Также одним из важных факторов является быстрый рост и увеличение количества частных предпринимателей, которые ставят перед собой одну единственную цель: получить как можно больше денежных средств от своей коммерческой деятельности. При этом забывают о гигиеническом воспитании своих работников. Следующим фактором является коррупция, при помощи которой можно решить возникшие на том или ином предприятии или учреждении проблемы, которые могут привести к негативным последствиям в сфере гигиены. Наконец, в отдельную группу можно выделить нежелание населения и отсутствие мотивации к ответственному отношению к своему здоровью и к здоровью людей в целом.

Таким образом, современная среднестатистическая фактическая ценность здоровья в РФ настолько низкая, что большинство людей осознают ее лишь тогда, когда оно (здоровье) оказывается под угрозой или в какой-то мере уже утрачено. Наиболее ярко эта ситуация просматривается в стоматологии. С учетом вышесказанного следует признать, что санитарно-просветительная работа (СПР) остается основным, если не единственным направлением медицинской деятельности, способным обеспечить здоровый и активный образ жизни населения на основе обучения правилам личной гигиены и объективной оценке рисков развития стоматологических заболеваний, которое незаслуженно забыто большей частью медицинского сообщества и почти всеми пациентами. Очевидно, что содержательная₁₂₃₃

часть прежней (традиционной) СПР не отвечает современным требованиям, предъявляемым к информационно-медицинским технологиям, применение которых позволит решить такие важные профилактические задачи, как мотивация самосохранительного поведения и перемещения ценности здоровья на первые места в иерархии ценностей. Все перечисленные признаки эволюции СПР в настоящее время можно интерпретировать как появление и утверждение новой идеологии СПР, которая требует апробации и внедрения, т.е. соответствующей технической, кадровой и финансовой поддержки [12].

Описание исследования

С учетом осуществления информационной (сигнальной) функции учреждений здравоохранения нами использовались данные основных форм государственной статистической отчетности Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №1 г.Шахты» Ростовской области (МБУЗ СП№1 г.Шахты) с 2010 по 2012 гг., а также результаты диссертационного исследования стоматологического здоровья, выполненного на базе МБУЗ СП№1 г.Шахты за тот же период [12]. Так, по нашим данным в течение года обращается за стоматологической помощью не более 20-25% взрослого населения при практически 100-процентной пораженности кариесом. Данные о численности и заболеваемости прикрепленного населения приведены в табл. 1 и 2 соответственно.

Таблица 1

**Численность прикрепленного населения
МБУЗ СП№1 г.Шахты за период 2010-2012гг.**

Год	Количество человек
2010	51313
2011	51767
2012	51566

Таблица 2

**Основные показатели заболеваемости прикрепленного населения
МБУЗ СП№1 г.Шахты за период 2010-2012гг.
(случаев на 1000 населения)**

Год	Заболеваемость	Болезненность
2010	0,8	245,8
2011	0,8	231,8
2012	0,8	213,0

Результаты исследования

Ежемесячный хронометраж индивидуальной СПР на примере главного врача позволил установить, что активное воздействие новой самосохранительной идеологии на пациентов занимает более 4-х часов. До настоящего времени персонал МБУЗ СП№1 г.Шахты, включая главного врача, выполняет СПР в свободное от основных профессиональных обязанностей время на безвозмездной основе. При этом необходимо отметить позитивные перемены в посещаемости (табл. 3) пациентов за период исследования.

Таблица 3

Количественные показатели работы лечебного отделения за 2010-2012гг.

№ п/ п	Показатели	2010г.	2011г.	2012г.
1.	Всего принято больных	34530	36998	37535
2.	Санировано всего	5197	5393	5634
3.	Запломбировано зубов всего	23297	22428	23784
4.	Наложено пломб по поводу неосложненного кариеса	14516	14003	15634
5.	Наложено пломб по поводу осложненного кариеса	8781	8425	7850
6.	Вылечено зубов в одно посещение по поводу осложненного кариеса	6014	5549	6117
7.	Всего выработано УЕТ	149695,5	150780,0	150139,8

1235

Всесторонний анализ изученных материалов дает возможность наглядно убедиться в том, насколько важно в современной социально-экономической обстановке выстраивать адекватную инновационную стратегию управления СПР. Те серьезные организационные изменения прогрессивного характера, которые произошли в поликлинике за рассматриваемый период, способствовали максимальной адаптации коллектива врачей-стоматологов к сложным реалиям периода становления рыночных отношений. Так, в условиях доминирования страховой системы финансирования здравоохранения и наличия у пациента широкого выбора производителей медицинских услуг, жители г.Шахты сделали свой выбор в пользу МБУЗ СП№1. Достаточно упомянуть, что общее количество посещений ко всем специалистам поликлиники возросло с 67054 в 2010г. до 75181 в 2012г., что указывает на выбор потребителя в пользу услуг муниципальной медицинской организации, в которой качество стоматологической помощи соответствует современному уровню медицинской науки и ожиданиям пациентов.

Несмотря на приведенные цифры, следует сказать, что внимательное и ответственное отношение к зубочелюстной системе с раннего детства и до глубокой старости пока не стали неотъемлемым элементом культуры нашего общества, основным условием качества жизни и атрибутом благосостояния.

В связи с этим одной из приоритетнейших задач стоматологической службы наряду с лечением является разработка и внедрение в сознание россиян новой самосохранительной идеологии, которая станет основой поведения каждого человека и общества в целом, важнейшей частью государственной стратегии развития стоматологического сектора здравоохранения.

Данные о стоматологической заболеваемости жителей города Шахты свидетельствуют о высокой потребности в стоматологической помощи. Кроме того, большая часть населения в возрасте от 20 лет и старше уже сегодня нуждается в ортопедической стоматологической помощи.

С учетом вышесказанного каждый руководитель стоматологической медицинской организации сталкивается с необходимостью актуализации у населения самосохранительной активности, и пока единственный путь сделать это – СПР самих врачей-стоматологов. По нашим данным многие шахтинцы все еще не осознают необходимость санации полости рта, первостепенную важность зубного протезирования не только по эстетическим соображениям, но и для сохранения и продления жизни оставшихся естественных зубов. То, каким образом значимая для здоровья каждого человека информация будет доставляться на уровень семьи, передаваться соседям и знакомым является темой отдельного исследования, однако уже сейчас понятно, что содержательная часть будет включать объективную информацию о приемах гигиены полости рта, рациональном и сбалансированном питании, обогащении рациона питания препаратами кальция и фосфора, соблюдении режима труда и отдыха.

Встречное движение амбулаторно-поликлинической стоматологической службы на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи на сегодняшний день является достаточно подготовленным. Оснащение поликлиники современным оборудованием и внедрение новых методик позволяет полноценно обследовать больного на амбулаторно-поликлиническом этапе и проводить необходимые реабилитационно-восстановительные мероприятия. Использование современных методов диагностики и лечения, реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе позволяет полноценно восстановить трудоспособность. Формирование реально действующей комплексной¹²³⁷

системы экспертизы качества медицинской помощи, в том числе с использованием накопленного зарубежного опыта менеджмента качества, с адаптацией его к нуждам российского здравоохранения, является перспективным путём управления качеством медицинской помощи. При привлечении минимальных средств пациент может получать максимум удовлетворения от процесса оказываемой помощи и взаимодействия с системой здравоохранения, а полученные результаты могут соответствовать ожиданиям.

Пока же приходится констатировать, что за 2010-2012 годы наряду с положительными моментами, такими как: увеличение количества принятых больных, рост числа анестезий для безболезненного лечения, использование новейших пломбировочных материалов в лечебном процессе, присутствуют и проблемы, связанные с низкой самосохранительной активностью, которая проявляется в увеличении числа больных с острой одонтогенной инфекцией и уменьшении доли санированных от числа первично обратившихся пациентов.

При этом есть и позитивные сдвиги. Регулярная СПР на местном канале телевидения и в местной прессе позволяет информировать жителей города о новых методах лечения зубов с использованием современных пломбировочных материалов химического и светового отверждения, высокоэффективных анестетиках, применяемых для лечения и удаления зубов, о сохранении по показаниям корней разрушенных зубов для рационального и эстетического протезирования. В результате этой СПР увеличилось количество выполняемых работ по протезированию, выросло число косметических процедур (реставрация, виниры).

Выводы.

1. Как любая медицинская технология СПР требует своей регламентации, стандартизации и включения в Программу государственных гарантий (ПГГ).
2. Идеологической основой современной СПР необходимо принять ассоциацию компонентов информационного пространства внутри каждого россиянина.
3. При формировании содержательной части СПР целесообразно непосредственные клинические рекомендации пациентам предварять информационными контентами, направленными на усиление мотивации на здоровье, на повышение ценности здоровья и системой мер, обеспечивающих полное принятие пациентами ответственности за свое здоровье и управленческой инициативы.

Библиографический список

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М., Медицина, 1975, С. 231-232.
2. Указ Президента Российской Федерации от 1.06.1992 г. №543 «О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е гг.».
3. Законом РФ от 10.07.1992 №3266-1 «Об образовании».
4. Федеральный закон от 22.07.1993 г. №5487-1 (в ред. Федеральных законов от 30.12.2008 №309-ФЗ, в редакции Указа Президента РФ от 24.12.1993 г. №2288, в ред. от 02.03.98 г. №30-ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»).
5. Приказ Минздрава РФ от 6.10.1997 г. №295 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации».
6. Приказ Минздрава РФ от 7.05.1998 г. №151 «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от 4 до 18 лет».
7. ФЗ от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
8. ФЗ от 10.04.2000 №51-ФЗ «Об утверждении федеральной программы развития образования».
9. Федеральный закон от 13 марта 2006 года №38-ФЗ «О рекламе» (в ред. от 07.05.2009 №89-ФЗ).
10. Федеральный закон 4 декабря 2007 года №329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (в ред. от 18.07.2009 №175-ФЗ).
11. Письмо Минздравсоцразвития России от 15.01.2008 №206-ВС «Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях».
12. Хлынин С.В., 2011, Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи больным с заболеваниями пародонта на муниципальном уровне. Автореф. дисс.канд.мед.наук. СПб., 2011. 23с.

Ю.М. Хрусталёв,
Первый Московский государственный медицинский университет
(Первый МГМУ) имени И.М. Сеченова, Москва

СБЕРЕЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ФИЛОСОФСКИЙ ВЕКТОР

*Человек несёт всю тяжесть мира на своих плечах:
он ответственен за мир и самого себя как за здоровый способ бытия.*

Ж-П Сартр

Само обращение к проблематике человеческого здоровья сталкивается со сложной теоретической и методологической проблемой, которая состоит в том, что понятие «человеческое здоровье» связано как с физическим, психическим здоровьем личности, так и творческим потенциалом. По сути, речь идет о философском осмыслении креативной сущности человека, о его предрасположенности к творческо-созидательной деятельности, об оценке его возможностей и перспективах при исследовании и преобразовании мира. Стремление понять специфику человеческого здоровья принципиально отличного от всех других живых существ диктуется тем, что человеческий род и тем более вид *homo sapiens* обладают уникальной способностью к креативности или творческому обустройству своей жизни и осознанному участию в производственной или социально-культурной деятельности.

На человеческое здоровье указывает именно креативная способность людей. Если здоровье индивида в его нормальном физическом, психическом и ментальном состоянии, то суть человеческого здоровья предполагает ещё и наличие творческой предрасположенности людей к социально-культурному обновлению своей жизни и среды обитания. Так, в отличие от₁₂₄₀

общественного здоровья, которое свидетельствует об уровне благосостояния людей и их трудоспособности, человеческое здоровье – это врождённое и приобретённое человеком качество, которое указывает на устремлённость к инновационной жизнедеятельности. А оно, конечно, немыслимо без общественного здоровья и хорошего физического развития и хорошего психического состояния.

Сохранение здоровья человека традиционно считается прерогативой медицины, которая во многом отождествляется со здравоохранением, хотя понятие «здравоохранение» значительно шире. Оно характеризуется уровнем развития экономических, социально-культурных, научно-медицинских, ряда других условий жизни, способствующих укреплению здоровья населения или возвращения его для продуктивной личной и общественной деятельности. В этой системе немаловажное значение имеют философские и психологические основы для человеческого здоровья при раскрытии внутренних творческих резервов людей. А это требует немалых материальных затрат и духовных усилий при создании благоприятных условий в жизни людей - строительство спортивных сооружений, учреждений культуры, школ и библиотек, создание целой индустрии здорового досуга. Это всё позволяет людям вести разумный образ жизни: укреплять физическое, психическое, умственно здоровье.

Вне сомнения, что все проблемы, связанные с сохранением здоровья человека являются предметом не только медико-биологического научного исследования, а и социально-философского осмысления. Да, здоровье во многом зависимо от природных обстоятельств, но и в немалой степени и от развитости общественных отношений. Если здоровье человека дар природы, то его сохранение и укрепление – это разумная и нравственная жизнь людей, их интеллектуально-творческая деятельность. Врожденное здоровье у людей или сохранится, или истощится на протяжении их жизни. Ещё в большей степени здоровье человека зависит от духовного уровня его саморазвития.¹²⁴¹

Все эти факторы и условия укрепления здоровья людей получают отражение в понятии «общественное здоровье». Оно рассматривается как качественное состояние гражданских отношений, экономическое, политическое состояние. Руссо Ж.-Ж. (1712-1778), утверждал, что «история гражданских обществ есть в тоже время история и человеческих болезней».

В настоящее время кроме эволюционных биомедицинских процессов в организме человека появилась ещё и ментальная эволюция, изменяющая суть человеческой личности. Она происходит в основном потому, что средства массовой информации дают порой тенденциозное хаотическое освещение разнообразных обыденных фактов. Поэтому в сознании людей происходит деформированное восприятие реальности. Они порой впадают в состояние как бы логического ступора и психологической невменяемости. Болезненное состояние людей в конкретно-историческом обществе называется духовным или социально-культурным заболеванием. Это заболевание весьма серьёзно. И если не принять профилактические: санитарно-экологические, медико-психологические и социально-культурные меры на государственном уровне, то может произойти непроизвольный духовный распад личности, возникнуть социально-эволюционная деградация в обществе.

Философское осмысление проблем сущности и смысла человеческого здоровья становится не столько медико-биологической, сколько социально-культурной задачей во многом зависимой от естественно-природных условий жизни людей, но больше всего от уровня развитости общественных связей и отношений. Если человек, рождаясь, получает естественный заряд здоровья как некий дар природы, то от социально-экономического и культурного саморазвития сообщества, от уровня духовной культуры зависит, как долго сохранится этот дар – физическое, психическое и ментальное здоровье. Но в большей степени человеческое здоровье определяется интеллектуально-нравственным способом жизни и творческой деятельности. Эти₁₂₄₂

естественно-природные и социально- культурные элементы здоровья получают раскрытие в общественном здоровье, которое является государственной идеологией и политикой в здравоохранении и одновременно осознанием населения своей ответственности за сохранения и сбережения здоровья людей.

Современная медицина, как и традиционная, занимается сбережением людей от разного рода заболеваний и ,конечно, лечением их. В этих целях модернизируются научные медицинские учреждения и лечебные заведения. В них обновляются специальные лечебные препараты и процедуры. Но, прежде всего, совершенствуется научно-теоретическое познание. Речь идёт о понимании и объяснении тайн природы и сопряжения человека в ней. Разница между вчерашней медициной и её современным уровнем состоит в том, что раньше врачи во многом вынуждены были полагаться только на свои знания, умения, а нередко и интуицию, то сегодня они работают уже, опираясь на научно-технические достижения и технологические разработки. Однако современная медицина по-прежнему остаётся проблемной. Как бы многого не достигли учёные, она остаётся несовершенной.

Медики, как и учёные-естественники исторически всегда радикально меняли свои представления и понятия мире, человеке, их разумной жизни и деятельности. Они иначе обосновывают и важнейшее токование диалектики о саморазвитии как промежуточном звене между противоположностями. Так, известный учёный и философ медицины Д.С. Саркисов (1922-2000) доказал, что противоречивое проявление каких-либо функций в организме не есть единственный источник его здорового или нездорового состояния. Он обнаружил и обосновал закон *комбинационных преобразований*. Его значение в том, что неживая и живая природа взаимно сочетается и вместе изменяется при любой их перестановке, перегруппировке, рекомбинации. Он убеждал ещё, что без опоры на философско-гуманитарную методологию познания¹²⁴³

в медицине практически невозможно создать из разрозненных фактов единую научно-концептуальную парадигму современного здравоохранения.

Сегодня учёный и врач-клиницист только тогда будут действовать уверенно в каждом отдельном конкретном случае, когда они будут опираться не только на теоретические медицинские знания, но и на принципы всеобщих философских законов, обобщающих и объясняющих здоровье человеческого организма. При этом следует научно исследовать и философски осмысливать сам феномен человека через познание сложной взаимосвязи биосоциальной и культурно-креативной его природы. Решение этой задачи возможно только во взаимосвязи философского и медицинского кредо при интерпретации научного исследования человека с позиции идеологии сбережения здоровья и креативного его лечения, что должно стать прерогативой и предназначением для сопряжения современной медицины и её философии.

Философская рефлексия над медициной давно позволяла оценивать характер деятельности врачей по степени воздействия на состояние здоровья людей и побуждения их к творческой интеллектуально-нравственной жизни и деятельности. Как источник врачебной мудрости, философия медицины стала духовным наставником и организационным ориентиром в гуманной и творческо-созидательной деятельности учёных и клиницистов, что позволяет людям создать разумный человеческий стиль бытия. Философская рефлексия на медицину нацеливает всех медиков на создание в социально-культурном общежитии людей разумный образ жизни и раскрытие у них творческого потенциала для их деятельности, ибо человеческая жизнь в отличие от жизни животных немыслима вне творческой деятельности. Задача заключается в постижении достижений научной медицины. Выдающийся учёный, хирург и философ Н.И. Пирогов (1810-1881) замечал, что болезнь представляет собой единство сущности и явления, а предметом хирургии является научное

изучение человеческого организма и философское переосмысление знаний о процессах, свойственных ему.

Клиническое мышление врача многомерно. Оно весьма креативно, если опирается на философию медицины, а может стать догматичным и даже деградировать, если потеряет связь с философской возвышенной мыслью. К сожалению, как считает академик РАМН Ю.Л. Шевченко, сегодня «острый характер приобретает проблема интеллектуальной и духовной деградации, роста психических расстройств от чрезмерной, часто негативной информации. Необходимо учитывать, что негативные информационно-психологические воздействия повлекут серьёзные последствия в духовной и социально-политической жизни общества. Они способны серьёзно нарушить нормальное функционирование и жизнедеятельность социальных институтов, государственных структур, общественных объединений граждан (не говоря уж об отдельных лицах). Негативные воздействия вызывают психоэмоциональную и социально-психологическую напряжённость. Искажение нравственных критериев и норм, морально-политическую дезорганизацию и, как следствие, неадекватное поведение отдельных лиц, групп и масс людей» [1, с.317]. Далее он указывает, что ныне «в ряде западных стран уже появилась новая врачебная специальность – “телевизионные болезни”, то есть болезни, вызванные просмотром телепередач» [1, с. 463].

Важнейшим показателем философско-гуманитарной зрелости научной медицины является её интеллектуально-ценностный ориентир. «Современная философия медицины должна руководствоваться критерием духовной ценности человеческой жизни, - считает академик Ю.Л. Шевченко, - она должна быть ориентирована на Истину, Добро, Красоту» [1, с.9]. Медицина, научно и философски познающая и оценивающая человека, претендует на человекознание, которое есть синтетическое знание о человеке,¹²⁴⁵

обладающим уникальным телом и душой. Человекознание, как философско-медицинский термин, принимается для обозначения специфики человеческого организма и его психики в пику любому живому материальному телу. Впервые этот термин стал употреблять учёный и философ И. Фихте (1762-1814), обосновывая здоровые отношения между телом, душой и внешним миром.

Для человека тело предстаёт как психосоматическая целостность или живой организм телесного и духовного состояния. Современная медицинская наука установила, что не только переживания и осознание человеком сути внешнего мира зависят от физико-химических процессов в его организме, но также и мысли, и чувства, и желания, и настроения, и т.д. Медицина вечно обречена на построение научной системной теории сбережения здоровья. Страстные приверженцы этого научно-системного подхода в современных медицинских исследованиях (академики-медики П.К. Анохин, Д.С. Саркисов, К.В. Судаков, В.Г. Ивашкин и др.) настаивают на развитии научно-системного метода, ибо на его основе возможно качественное изменение современного статуса креативной медицины в естествознании и философии.

Рассмотрение медицины только лишь на уровне лечения организма, лишает врачей видеть и философски оценивать социально-культурные и духовные причины заболеваний людей. Здоровье человека это не столько состояние его организма, сколько часть его жизненной судьбы и к тому же наиважнейшая. Интегральный подход к здоровью людей позволяет понимать и объединять биологические, физиологические, социокультурные стороны, чтобы успешно работать в условиях, на которые воздействуют телесные и психические свойства. Интегральная методика лечения людей должна была учитывать воздействие на людей и таких жизненных условий, как смена ценностных ориентиров и новых установок, воздействующих на₁₂₄₆

внутренний духовный мир личности. Здоровье человека – это его свобода в разных жизненных ситуациях. На физическом уровне жизни - это свобода от болей. На психическом или душевном - свобода от мук пристрастий и достижения личной невозмутимости. На ментальном же или умственном уровне жизни и деятельности - свобода от догматизма и мыслительного консерватизма.

Современная философская мысль в медицине судит о ментальности как духовной ценности, как интеллектуальной и гуманной сущности человека. Индивидуальная потребность человека в поиске такого смысла жизни или ценнейшей части зрелой духовности здорового человека. Это способность умственного мирозерцания мира и искусство схватывать философско-творческой мыслью особенности природы и бытия людей. Академик РАН П.В. Симонов (1926-2001) заявлял: «Философско-творческая выраженность в мотивационной структуре данной личности идеальные потребности познания мира мы определяем как высокую духовность человека» [2,с.с. 3-24]. Для поддержания светской или философской духовности современного врача, мотивов его индивидуальной склонности к саморазвитию творческо-гуманного менталитета необходима благоприятная интеллектуально-нравственная атмосфера во всём обществе и особый духовно-социальный настрой самих медиков-специалистов.

Сегодня, к сожалению, наблюдается некое самоустранение некоторых медиков от философского переосмысления сути своей профессиональности как следования её биоэтическим и гуманным образованиям в сфере их жизни и деятельности. В результате происходит утрата нравственной и правовой ответственности за саморазвитие креативных профессиональных качеств и свойств. В конечном счете, это может привести к возникновению духовной стагнации. И это проявляется не только в отношении к новым проблемам сохранения здоровья людей, а и сбережению живой природы на планете,¹²⁴⁷

что в итоге будет способствовать выживанию человечества. Поэтому необходима немедленная интеграция или точнее – сопряжение естественных наук с гуманитарными дисциплинами и, прежде всего, с их *alma matr* - философией.

Отсутствие философской культуры у медиков обрекает их на утрату понимания того, что профессиональная деятельность не стоит особняком, а органично вплетена в единый социально-культурный и гуманитарный срез. Как не покажется странным, но, обладая высоким уровнем философской культуры, многие отечественные клиницисты XIX и начала XX вв. были способны совершать поистине чудеса по спасению людей. Они осознавали и отстаивали преимущества философского (физиологического созерцания, по их терминологии) мышления в медицине по сравнению с анатомическим. Они, заложили тогда все те предпосылки, которые способствовали переходу традиционного медицинского теоретизирования от органопатологии к антропатологии и мечтали как бы об «очеловечении» (сегодня сказали бы - гуманитаризации) нормальной и патологической физиологии человека.

В медицинской среде есть недопонимание роли и значения философии в развитии медицинской науки и совершенствовании практической клиники. Конечно, такое явление следует преодолеть. Но речь идёт не только об осознании роли философии в медицине, а и об укреплении союза между этими феноменами общечеловеческой культуры. Оно жизненно необходимо для саморазвития, совершенствования научно-исследовательской сферы и клинической среды в системе здравоохранения. Одним из действенных направлений в решении этой целевой задачи учёных-медиков и философов медицины должно стать объединение медицинских знаний с философией для интеграции естественно-научных, специальных медицинских и социально-гуманитарных парадигм.

Философия в исследовательской и клинической медицине выполняет и методологические, и гносеологические, и аксиологические функции в целях укрепления междисциплинарных связей и отношений в различных областях модернизации системы здравоохранения. Взаимосвязь между философией и медициной, кстати, возникла исторически давно. Но вместе с тем вопросы о месте и роли этой взаимосвязи в современной социально-культурной сфере, о её ключевых проблемах и задачах, пока ещё не нашли достойного разумного рассмотрения. Одной из актуальнейших задач в этом направлении – создание, так называемой, софиотерапии (греч. *sophia* — мудрость и *therapeia* — исцеление, оздоровление) как разумного следования практическим целям науки, медицины в духе философии Платона и И. Канта.

Величайшей задачей медиков XXI столетия, прежде всего, теоретиков, физиологов и психологов объявлено стремление к разгадке человеческого мозга, феномена его работы, природы креатвности разума и самой личности, что должно привести к тому, чтобы более эффективно вмешиваться в свои мыслительные и психические процессы, корректируя их по собственному желанию. Так, перспектива на 15-20 лет – это возможное вживление в мозг микрочипов с получением огромного количества информации, благодаря которой людям будут доступны все знания, накопленные человечеством. Но вместе с тем сознание отдельного человека может оказаться и некорректно подконтрольным со стороны медицины и других специалистов. Ведь именно сознание отдельной личности философы считают огромным достижением в социально-культурном саморазвитии человечества.

Медицина действительно бурно прогрессирует в научно-техническом и технологическом отношении: появляются новые возможности для лечения наисложнейших заболеваний. Против болезней, о которых ещё лет 15 назад никто даже и не мечтал, а сегодня испытывают эффективное лечение.¹²⁴⁹

Если несколько лет назад от ряда тяжёлых болезней люди обречённо умирали, то уже появилась возможность сохранить им жизнь и более того – повысить социально-активную деятельность. Ведь каждый физически, психически и ментально здоровый человек стремится к повышению креативности в жизни и профессиональной деятельности. Она представляет единство компонентов: состояние человека как биологического и интеллектуально-нравственного существа, степень социально-творческой активности и условий, в которых она осуществляется. Кстати, в современном рыночном обществе включение человека в экономическую и социально-культурную среду превращается порой в борьбу за выживание вместо радости полноценной человеческой жизни с реализацией своих творческих возможностей.

Современная техногенная и информационная цивилизация во многом изменила общую культуру людей и их отношение к медицине, что не может не сказываться на восприятии её роли и значения в творческой жизни и деятельности. Одновременно новым социально-культурным и философско-гуманитарным фактором становится инновационная медицина как крайняя, бескомпромиссная вера людей в медицину. Термин «инновация в медицине» представляется как бы выход медицины за собственные врачебные пределы и выполнение ею не свойственных пока ей функций. Человек в связи с этим становится как бы потенциальным творческим клиентом так называемой «индустрии здравоохранения» независимо от самочувствия. А современная медицина подспудно принуждает людей становиться зависимыми от неё и отучает брать их на себя ответственность за собственное здоровье и жизнь.

В последнее время в цивилизованном мире медицина и фармация переживают глубокую инновационную содержательную перестройку как в деле организации, но особенно в её содержании. Они выработали новую философию саморазвития здравоохранения. Уже разработаны качественно иные методы и средства диагностики, а также эффективного клинического лечения. Появился и принципиально новый арсенал лекарственных средств и т.д. В повседневную практику врачей приходят высокие технологии лечения. У них появился возвышенный интерес и практическая потребность в получении не только хороших профессиональных медицинских знаний и умений, а и глубоких знаний из области естественно-научных и социально-гуманитарных дисциплин как: философии, социологии, этики, психологии, экономики, юриспруденции и т.д.

Поэтому уже идёт глубокая инновационная модификация медицинского образования и органично связанного с ним научного исследования и практического здравоохранения.

В современной России процесс активного совершенствования системы здравоохранения идёт в едином потоке с медицинской наукой и клинической медициной. Сформулированы приоритетные стратегические направления, на которых в ближайшие годы предстоит сконцентрировать исследовательские и образовательные усилия для придания отечественной медицине системного творческого характера. Среди них: биоинженерия, молекулярная генетика, биологическая информатика, молекулярная физиология, клеточные и тканевые технологии, биомедицинская этика и т.д. В связи с этим на первый план модернизации здравоохранения выдвинулась задача совершенствования высшей медицинской школы. Так, общекультурные и профессиональные компетенции врача вобрали в себя модульное сопряжение философских, естественных наук, медицинских знаний и жизненного опыта в той или иной специфической области врачебной деятельности.

Успешное приобщение специалистов к философии, как аккумуляции социально-культурного опыта человечества, позволяет не только овладевать им конкретной суммой знаний, но и приобретать креативно значимый способ понимания мира и его разумно-творческого преобразования. Философия в медицине помогает врачам понимать радикальные изменения в социально-культурных и биомедицинских сферах человеческого существования, и укреплять свою светскую гражданскую устойчивость в этом противоречивом мире. Осознание студентами-медиками философских идеалов в их будущей деятельности позволяет сформировать креативные и морально-нравственные убеждения и принципы профессиональных специалистов высокого класса. Смещение философских, научно-образовательных приоритетов в сторону формирования креативно-творческих общекультурных и профессиональных компетенций, требует от медика особого отношения к своей философской культуре, к творческому подходу в своём образовании и воспитании.

Сегодня, когда идет беспрецедентная инновационная перестройка всей системы здравоохранения и, вместе с ней, научного и высшего медицинского и фармацевтического образования необходимо глубоко переосмыслить творческие потенции философии медицины и искать самобытные ответы на новые волнующие всех проблемы. Здесь к месту напомнить слова признанного философа медицины И.В. Давыдовского: «Возникает дилемма, - писал он, - или звать философов на помощь, или самим медикам философски осмыслить накопленный материал. Философская разработка медицинских (правильнее, медико-биологических) проблем возможна только тогда, когда сами медики возьмутся за это. Не следует философов делать арбитрами в теоретической медицине. Не следует также полагать, что медицинские проблемы можно механически нанизать на те или иные философские категории. Нужно глубже, в философском аспекте осмыслить медицинские проблемы» [3,с.35]. Может быть действительно медицинский профессионализм немислим без философских принципов и идеалов, позволяющих формировать в сознании учёных, врачей и провизоров креативное мышление, целостное мировоззрение и высокое нравственное самосознание.

Библиографический список

1. Философия медицины. - М., 2004.
2. Симонов П.В. Вопросы философии. - 1992. - № 11.
3. Вестник АМН СССР. - № 4., 1962.

И.Ю.Худонов,
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава, Ростов-на-Дону

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА

Введение

Социальная интерпретация информации встречается в научной литературе достаточно часто [2,6]. Невозможно переоценить роль информации в эволюции живой материи, в появлении царств, родов и видов, в становлении и развитии Homo Sapiens. Информация, являясь видовым «генотипом» человека, наравне с генотипом биохимическим управляет человечеством, и эти управляющие воздействия ощущаются все сильнее и сильнее. Говорить о социальной природе информации кажется нам вполне уместным, поскольку именно то, что появляется в результате мышления и коммуникаций людей, то, что составляет суть рефлексии на все элементы окружающей нас действительности и является информацией. Хотя справедливости ради следует отметить, что и сама эта действительность имеет информационную сущность, независимую от нашего сознания и мышления.

Описание исследования

Однако цель нашего исследования находится в плоскости именно современной социологии, которая переживает нелегкие времена. Привычный ход развития, мир устоявшихся концепций и парадигм столкнулся с новой социальной реальностью, которая не похожа ни на какие существовавшие ранее социологические формы организации живой материи, ни на способы ее повседневного функционирования. За какие-то 20-30 лет информационная эпоха приобрела видимые очертания и стала неотъемлемым фактором₁₂₅₂

коммуникационного пространства, значение которого выходит далеко за рамки технического средства связи. За всеми айфонами и модемами, твиттерами и скайпами ощущается смысловая перестройка нашего бытия и нашего сознания. Какое значение имеют описываемые явления для социологии вообще, для социологии медицины и общественного здоровья и здравоохранения в частности? Не имея в виду высокочастотные радиоизлучения, напряжение органов зрения, нарушение осанки и прочие непосредственные медицинские последствия, необходимо понимать, что для все большего количества россиян именно этот афизиологичный фон является привычной средой обитания, средством получения доходов, товаров и услуг. И эта новая среда, ноосфера [1], «эфир», «мыслящий океан» начинает преобразовывать человека, изменяя его биологическую и социальную сущность. Однако прежде чем говорить о значении информации попробуем разобраться в ее собственной сложной структуре. В первом приближении информация - это дискретная и многоуровневая субстанция. Показывая все новые и новые свои стороны, информация остается иерархией, базирующейся на элементарных битах, т.е. на отсутствии или наличии сигнала в данной ячейке информационной матрицы. Из 8 битов информации складываются буквы и символы, из них слова [5]. Из слов мы строим предложения, законченные мысли, образы, понятия, концепции и принципы. Из доминирующих понятий, концепций и принципов формируются парадигмы - эталонные теоретико-методологические основания научного поиска [8]. В рамках современной философии понятие «парадигма» применяется исключительно к науке. Однако исследования саморазвивающихся социальных и особенно «антропологических» систем постепенно стирают прежние непроходимые границы между методологией естествознания и социального познания, т.е. наблюдается тенденция к конвергенции научно-технической и гуманитарно-художественной¹²⁵³

культур, где человек оказывается доминантой этого процесса. Европейский рационализм и его методы всё чаще обращаются к традициям восточного мышления и его методологии. [4].

Результаты исследования

При оценке всего имеющегося информационного пространства оказалось более продуктивным описывать его с точки зрения деления на парадигмальные формы. В этом случае весь имеющийся массив информации может быть представлен конечным количеством парадигм, отличающихся по времени существования в границах одного социально-профессионального трека (СПТ), либо существующие одновременно, но в различных СПТ. В любом случае отличается одна парадигма от другой лишь внутренней информацией, которая имеет в каждой парадигме различный контент. Т.о. наше определение парадигмы сводится к понятию ограниченного однородного информационного контента.

Человек, как социальная единица, одновременно является носителем не мене 2-х парадигм, соответствующих, с одной стороны, его СПТ, с другой, обыденному сознанию (ОС), или так называемому «общественному сознанию». ОС позволяет осуществлять получение, хранение и передачу основного объема информации для той части населения, которая не является высоко дифференцированной в профессиональном отношении.

Служители культа, врачеватели и профессионалы из других сфер человеческой деятельности в историческом аспекте являлись наиболее просвещенной частью населения, фактически - интеллектуальной элитой. Кроме ОС они обладали ремеслом, которое требовало использование значительного объема профессионально-значимой информации (ПЗИ),¹²⁵⁴

циркулировавшей в узком профессиональном кругу (УПК). С указанных позиций социум в целом можно представить как механическую сумму всех имеющихся УПК, которые объединялись использованием однородной повседневной информации. Пространственные представления о социально-информационных структурах и взаимодействиях гармонично укладываются в следующую схему, на которой один цвет (одна цифра) соответствует одной парадигме или объединяющей информации (ОИ). Так, красный цвет (цифра «1») соответствует обыденной парадигме (схема), которая объединяет весь социум. Желтый и сиреневый цвета (цифры «2» и «3») соответствуют различным профессиональным парадигмам, объединяющим лиц одной профессии. Зеленый, синий и голубой (цифры «4», «5» и «6») обозначают членов социума, придерживающихся одной научной парадигмы.

Информационный статус	Индивид 1	Индивид 2	Индивид 3	Индивид 4	Индивид 5	Индивид N - ребенок
Ученые	4		5		6	
Профессионалы	2	2	2	3	3	
Все население	1	1	1	1	1	1

Схема 1. Деление общества на социальные группы с учетом качества (сложности) информационного контента.

Таким образом, по критерию сложности (качества) ОИ возможно выделять 3 яруса (уровня) парадигм: обыденные (наиболее простые); профессиональные (промежуточной сложности) и научные (наиболее сложные). При этом надо отдавать отчет в том, что ярус подразумевает наличие потока информации, которая в каждый отдельный момент времени является информационной константой, в некотором смысле догмой,

сравнимой с геологической тектонической плитой. Тут следует выделить такой основополагающий признак информационных контентов (ИК) как дискретность, которая подразумевает наличие четких переходных зон, соответствующих границе существующей парадигмы. Эволюционирование ИК на достаточно большом отрезке времени можно представить как ступенчатый процесс замены старой парадигмы на новую.

Изначально понятие «парадигма» использовалось для характеристики движения информации высшего яруса. [7] Однако с четкими разграничениями информации мы сталкиваемся на всех уровнях. И если [3] Т.Кун определял переход от одной парадигмы к другой как научную революцию, то уровень обыденного сознания регулярно демонстрирует смену поколенческих парадигм, не говоря уже о социальных революциях, в основе которых лежит смена базового, наиболее древнего ИК, соответствующего ОС. Кроме того, имеют место восходящие и нисходящие потоки информации. Так, например, народники или земские врачи «окультуривали» крестьян, ссыльные столичные профессора и академики в период сталинских репрессий преподавали арифметику и чистописание в сибирской глуши для голодных, но любознательных деревенских детей, дотягивая их до своего уровня; современный криминалитет внедряет в лексикон богемы ненормативную лексику, образ мыслей и поведенческие стереотипы вчерашних маргиналов, опуская на «ноль» культурный уровень недавней интеллектуальной элиты.

Сущностное определение понятия «парадигма» с точки зрения социологии должно опираться на наличие некоторой организации людей, объединенных общностью цели(лей) и наличием устойчивых коммуникаций (типичный пример такой организации — профессиональная или сословная (кастовая) группа), а также включать следующие основные элементы: неизменность, доминантность, ограниченность информационного

пространства размерами «маточной» социальной конструкции. Данное определение позволяет выделить такие признаки парадигмы как ее целостность, однородность и автономность (строительство границ между парадигмами-ИК началось с появления границ между людьми). С другой стороны, существование парадигм невозможно представить без некоторого интегративного понятия, аналогичного нити, на которую нанизывают бусы, бисер или косточки для счета. Интерпретация сегодняшней ситуации в сфере общественного здоровья и здравоохранения была бы затруднительна без учета существования такого связующего элемента (СЭ), объединяющего цепочку сменяющих друг друга парадигм. Использование биологических терминов в лексиконе гуманитарных наук началось достаточно недавно [10], но найти более точное определение для указанного СЭ, чем социальный генотип (СГ), практически невозможно. Т.о., достоверный анализ и синтез любого фактического материала в социологии вообще и социологии медицины в частности требует опоры на четкие правила, понятную методологию и объективные модели. При этом события, последовательно разворачивающиеся во времени, целесообразно воспринимать не только как переплетение конкретных причинно-следственных индивидуальных и групповых взаимодействий, но как единственно возможную в данных условиях реализацию СГ. В настоящее время назрела необходимость обогащения гуманитарной сферы опытом естественно-научных исследований [9], которые достаточно далеко продвинулись в понимании процесса преобразования наследственной генетической информации в эволюционирующую органическую материю. В указанном контексте развитие медико-социальной реальности является типичным воплощением здоровьеассоциированных детерминант СГ, который в своей структуре имеет узловые локусы, аналогичные доминантным генам, связанные с ценностными приоритетами. Любое самое высокоразвитое общество₁₂₅₇

продолжает нести в своей культурологической самобытности актуальные, возведенные в культ детерминанты, которые составляют суть господствующей идеологии, помогают осмыслить происходящее, адаптироваться к нему и развиваться в будущее.

Выводы:

Таким образом, анализируя структуру дискретного социально-информационного пространства, можно утверждать, что:

- любой «изолированный» (территориальный, профессиональный, этнический) социум (ИС) образует собственную горизонтальную парадигмальную среду (ПС);
- внутри ИС различные возрастные и половые группы формируют вертикальные ПС;
- ни одна ПС не существует без материального носителя (микро-; мезо-; макросоциума);
- ПС не может смешиваться с другой ПС;
- ПС имеет основные этапы внутреннего развития: зарождение, расцвет, упадок;
- каждая новая ПС отличается от предыдущей незначительным объемом информации, но именно этот локус диктует приоритеты, формирует профессиональную идеологию, обеспечивает конкурентное превосходство над приверженцами более ранних профессиональных парадигм;
- человек может быть одномоментно носителем нескольких парадигм, но в конкретный момент времени он может реализовывать только одну из них;

- в течение жизни человек может последовательно менять несколько парадигм;
- социальный генотип одновременно содержит в себе все, даже самые древние и противоречивые ПС;
- один и тот же парадигмальный локус СГ может быть как полезен, так и вреден в различной социальной среде.

Библиографический список

4. Вернадский В.И. Несколько слов о ноосфере // Успехи современной биологии. 1944. №18, вып. 2, с. 113-120. URL: <http://www.trypillya.kiev.ua/vernadskiy/noosf.htm> (дата обращения: 10.09.2012).
5. Дубровский Д.И., Сознание, мозг, искусственный интеллект, Москва: ИД Стратегия-Центр, 2007, 272 с.;
6. Кун Т. Структура научных революций. 1962. с. 231.
7. Некрасов С.И., Некрасова Н.А. Философия науки и техники, 2010 г. Парадигма целостности. URL: <http://terme.ru/dictionary/906/word/paradigma-celostnosti> (дата обращения: 10.09.2012).
8. Савченко В.Н., Смагин В.П. Начала современного естествознания: тезаурус / В.Н. Савченко, В.П. Смагин. — Ростов н/Д.: Феникс, 2006. - 336 с. URL: <http://terme.ru/dictionary/908/word/bit> (дата обращения: 10.09.2012).
9. Славин Б.Б. Информация как социальный генотип человеческого рода. URL: http://www.pglu.ru/innovation/cyberspace/issues/2012/Slavin_B_B.pdf (дата обращения: 10.05.2013)
10. Философия науки: учеб. пособие / Под ред. д-ра филос. наук А.И. Липкина. - М.: Эксмо, 2007. - 608 с. URL: http://philosophy.mipt.ru/textbooks/uchebnikonline/1_6_5_kuhn.html (дата обращения: 10.09.2012).
11. Хомич Е.В. Парадигма. Новейший философский словарь / Сост. А.А. Грицанов, 1998 г. URL: <http://terme.ru/dictionary/908/word/bit/175/word/paradigma> (дата обращения: 10.09.2012).
12. Худоногов Ю.А., Худоногов И.Ю. Анализ исторических процессов на основе эволюции племенных культов / LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG Heinrich-Böcking-Str. 6-8, 66121 Saarbrücken, Germany, 2012. - 100 p.
13. Яковец Ю.В. Циклы, кризисы прогнозы. – М.: Наука, 1999.– 448 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ЖИЗНЕННЫХ СТРАТЕГИЙ

Введение

Понятие «стратегия» в современном мире находит чрезвычайно широкое употребление. Везде, где ставятся фундаментальные основополагающие, центральные задачи, речь идет о стратегии, т.е. о сквозной долговременной линии поведения. Так, например, современная жизненная стратегия молодого поколения, населяющего Россию, строится преимущественно не на высоких духовно-нравственных принципах, а исключительно с учетом возрастающих материальных потребностей. Большинство авторов связывают это с формированием «западно-ориентированных» стандартов жизни среди российской молодежи. Однако наше исследование посвящено не столько целям, к которым стремятся люди, сколько средствам достижения указанных целей и в первую очередь такому инструменту управления человеческим поведением как жизненная стратегия личности (ЖСЛ). Таким образом, ЖСЛ важна для нас, прежде всего, в своем функциональном аспекте. В отличие от животного, поведенческая активность которого определяется приоритетной потребностью, человек может игнорировать свои определенные потребности, если они противоречат ЖСЛ. Следовательно, ЖСЛ с одной стороны определяет особенности сиюминутной жизнедеятельности конкретного человека, а с другой в конечном итоге формирует весь его жизненный путь. По мнению некоторых авторов ЖСЛ выступает интегральной характеристикой личности, которая в первую очередь выражает определенную ориентацию человека. Действительно процесс четкого определения цели очень важен, однако в основе любых конкретных целей лежат те или иные «базовые» ценности,¹²⁶⁰

которые сформировались в результате внутреннего выбора жизненных смыслов и жизненных ориентаций.

Таким образом, фундаментом ЖСЛ выступают ценности или ценностные ориентации (ЦО). При этом в каждую минуту своего существования особенно ценным человек воспринимает то, в чем он испытывает наибольшую потребность. Это сближает людей и животных. По мнению Абрахама Маслоу человеческой природе свойственно непрерывное удовлетворение внутренних потребностей (ВП). К ВП А. Маслоу относил и основные физиологические потребности и так называемые метапотребности, основными из которых являются потребность в самореализации и потребность в самоактуализации. Он утверждал, что самореализующиеся личности - это люди, которые уже удовлетворили свои низшие потребности и стремятся осуществить высшие устремления человеческой природы, становясь всем, чем они способны стать (учеными, писателями, художниками и др.). Зная уровень своего стремления к самоактуализации (быть хорошим ученым, писателем, художником и др.), личность всегда может более четко наметить стратегию жизненного пути [1]. Из приведенных умозаключений понятно, что о ЖСЛ можно говорить как о состоявшемся факте лишь в случае выхода ВП на уровень метапотребности. Вторым необходимым условием успешного протекания процесса формирования ЖСЛ является взаимодействие личности и социума, учет значимости прошлого опыта, традиций, обычаев и ценности инновационных процессов. Некоторые авторы считают, что для полноценного формирования ЖСЛ в фундамент данного процесса необходимо также закладывать механизм самоидентификации, то есть осознание себя как ценности [3]. В нашем представлении самоидентификация, или осознание себя как ценности, тесно связана с ценностью своего здоровья. Действительно, достижение любой

цели ЖСЛ невозможно при отсутствии физического и психологического здоровья.

Однако даже при наличии ЦО степень активности личности в отношении достижения цели может быть выражена очень сильно, незначительно или вообще отсутствовать. Следовательно, говоря о строении ЖСЛ, мы будем прежде всего подразумевать уровень активности личности, который будет условно находиться в пределах от высокой активности до полной пассивности. Собственно активность личности в осуществлении ЖСЛ может быть интерпретирована не только как непосредственная способность к преодолению трудностей, как создание необходимых для движения к цели условий, но также наличие навыков прогнозирования, организации и планирования собственных действий и ситуаций, необходимых для достижения цели [2].

Описание исследования

Наше исследование выполнялось с целью выявления медико-социальных предпосылок формирования различных типов жизненной стратегии личности в тесной связи с развитием установок на здоровый образ жизни и самосохранительное поведение. Для достижения указанной цели в ходе исследования были решены следующие задачи: разработана индикаторная система для выделения основных типов жизненной стратегии личности; определен удельный вес различных типов жизненных стратегий в выборочной совокупности; исследованы медико-социальные условия формирования установленных типов.

В социологическом опросе приняло участие 114 респондентов – взрослых жителей г.Ростова-на-Дону. Состав выборки можно представить следующим образом: 1-я группа – 17,2% респондентов, которые имеют четко структурированные жизненные планы и достаточно отчетливо

представляют пути и способы их достижения; 2-я группа – 55,6% имеют планы, но считают, что их реализация зависит от многих объективных факторов; 3-я группа – 23,2% респондентов имеют не четкие представления о планировании и уверены, что разработка жизненных планов – это занятие бесполезное и бессмысленное.

Результаты исследования

Достоверных различий в гендерном составе групп не выявлено, также незначительно отличались возрастные характеристики респондентов (средний возраст групп находился в диапазоне 32-35 лет). Брачность в 1-й, 2-й и 3-й группах составила соответственно 47,1; 45,5 и 26,1%. Так как семья – это одна из важных составляющих жизненной стратегии, процент брачности выше в 1-й группе. Анализ образовательного уровня (табл. 1) показал, что объем полученных знаний оказывает позитивное влияние на выработку четкой жизненной стратегии.

Таблица 1

Уровень образования респондентов в группах с различными жизненными стратегиями (в %)

Образование	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Среднее специальное	5,9	11,8	34,8
Незаконченное высшее	41,2	35,2	26,1
Высшее	52,9	53,0	39,1
Всего	100,0	100,0	100,0

В соответствии с полученным образованием респонденты работали в дальнейшем в сфере либо физического, либо умственного труда. При этом наблюдалось достоверное ($t > 2$) снижение доли служащих с 29,4% в 1-й₁₂₆₃

группе, через 25,5% во 2-й до 8,7% в группе с минимально структурированной жизненной стратегией.

Характеристика уровня благосостояния респондентов исследовалась нами при помощи индикаторов прямого декларирования (которые не выявили достоверных различий: совокупный ежемесячный доход на одного члена семьи составил 8-9 тыс. руб.) и индикаторов субъективной самооценки (табл. 2).

Таблица 2

Самооценка уровня ежемесячных доходов семьи среди респондентов с различными жизненными стратегиями (в %)

Самооценка уровня благосостояния	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Денег постоянно не хватает, от многого приходится отказываться	17,6	10,9	21,7
Хватает на ежедневные расходы	0,0	38,2	26,1
В основном денег хватает	47,1	34,5	39,2
Имеем возможность откладывать небольшие сбережения	29,4	16,4	13,0
Живем обеспеченно, можем позволить себе все	5,9	0,0	0,0
Всего	100,0	100,0	100,0

Самооценка здоровья также оказалась весьма различной в группах с разной степенью запрограммированности (табл. 3). Люди, имеющие четкую жизненную стратегию, в большей степени оценивают свое здоровье, как «хорошее» и «отличное».

Таблица 3

Самооценка здоровья респондентов с различными жизненными стратегиями (в %)

Уровень здоровья	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Отличное	11,8	7,3	4,3
Хорошее	47,1	34,5	39,1
Удовлетворительное	29,4	52,7	43,5
Плохое	11,7	5,5	13,1
Всего	100,0	100,0	100,0

Изучение мотивационной сферы личности (табл. 4) позволило установить большую зависимость поведения респондентов 3-й группы от личного здоровья, настроения, чувства долга, мнения семейного окружения, друзей и знакомых. Для респондентов 1-й группы более типично когнитивное поведение, опирающееся на личные профессиональные знания и четкие стереотипы действий.

Таблица 4

Мотивы поведения респондентов с различными жизненными стратегиями (в %)

Мотивы поведения	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Личное здоровье	29,4	23,6	56,5
Мнение семейного окружения	47,1	41,8	60,9
Личные профессиональные знания и умения	47,1	49,1	43,5
Мое настроение	5,9	30,9	60,9
Чувство долга	11,8	10,9	21,7
Мнение друзей и знакомых	17,6	12,7	21,7
Мне так нравится	5,9	7,3	26,1

Я всегда действую по стереотипу.	11,8	3,6	0,0
Интересно, что получится (проба сил)	17,6	9,1	8,7

Типичным способом выбора будущей профессии для респондентов 3-й группы является направление от предприятия или организации, опыт работы и желание углубить знания в данной области, желание помогать людям (табл. 5). Для респондентов, имеющих четкие планы, намного важнее семейные традиции, заранее подготовленное после окончания ВУЗа вакантное место, высокий заработок и престиж специальности.

Таблица 5

**Факторы профессиональной ориентации респондентов с
различными жизненными стратегиями (в %)**

Фактор выбора профессии	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Учеба на целевой основе	0,0	3,6	8,7
Опыт практической работы	11,8	7,3	26,1
Семейные традиции	29,4	14,5	17,4
Подготовленное для меня вакантное место после окончания ВУЗа	5,9	3,6	0,0
Возможность помогать людям	11,8	9,1	17,4
Престиж специальности	23,5	21,8	8,7
Получение любого высшего образования	11,8	20,0	26,1
Высокий заработок	23,5	12,7	17,4
Хочу почерпнуть новые знания в этой области	23,5	21,8	47,8

Значимость многих ценностных ориентиров, таких, например, как хорошее здоровье, свобода, не имели достоверных различий в выделенных группах. Однако общее приоритетное значение факторов (более 80% от группы) наличия работы, счастливой семейной жизни, любви (табл. 6), тем не менее, распределилось ассиметрично, со значительным перевесом в группе респондентов, имеющих четкие жизненные планы.

Таблица 6

Система ценностей респондентов с различными жизненными стратегиями (в %)

Ценностные ориентации	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Наличие работы	94,1	69,1	73,9
Хорошее здоровье	88,2	89,1	87,0
Счастливая семейная жизнь	88,2	81,8	69,6
Любовь	88,2	58,2	65,2
Свобода	52,9	41,8	47,8
Жить без войны	52,9	41,8	17,4
Высокий уровень жизни	52,9	32,7	43,5
Образование	41,2	30,9	26,1
Высокая социальная защищенность	17,6	20,0	21,7
Возможность приносить пользу людям	17,6	12,7	17,4
Взаимопонимание в коллективе	17,6	32,7	39,1
Творчество	5,9	1,8	4,3
Спорт	5,9	12,7	4,3
Религия	5,9	1,8	0,0
Литература и искусство	0,0	1,8	8,7

Интерес представляет асимметрия распределения предпочтений и таких ценностных индикаторов, как религия, с одной стороны, и литература и искусство, с другой.

Несомненное влияние на единый процесс социализации-индивидуализации личности в направлении плановости мышления играет урбанизация. Жители города значительно чаще интегрируются в новую социокультурную реальность – показатель соотношения составляет 126,7 респондентов, руководствующихся четкими жизненными планами, на 100 неопределившихся. Соответствующий показатель для жителей села

составил 45,2 на 100 респондентов, игнорирующих планирование жизнедеятельности. Таким образом, проживание в сельской местности способствует психологической деформации личности в отношении выстраивания жизненной стратегии.

Не менее важным фактором формирования четких жизненных планов является семейный микросоциум. ЖСЛ оказалась в прямой зависимости от очередности рождения. Первые и, по большей части, единственные дети вырастают, сохраняя инфантильные черты личности, выражающиеся в ожидании легких приобретений. Все достается им без особого труда. Необходимость в усилиях по планированию отсутствуют. Вторым по счету детям постоянно приходится конкурировать со старшими братьями или сестрами во всех сферах деятельности, что требует напряжения интеллекта, координации и навыков естественного планирования.

Основной медико-социальной проекцией психологической инфантильности является отношение к собственному здоровью. Для характеристики самосохранительной компоненты поведения респондентов мы использовали индикаторы делегирования ответственности за здоровье респондентов различным инстанциям (табл. 7).

Таблица 7

Осознание ответственности за собственное здоровье в группах респондентов с различными жизненными стратегиями (в %)

Делегирование полномочий	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Государство	5,9	10,9	34,8
Местные органы власти	0,0	0,0	0,0
Здравоохранение в целом	11,8	12,7	26,1
Ваше ЛПУ	0,0	0,0	0,0
Лечащий врач	5,9	5,5	0,0
Ваша семья	0,0	1,8	0,0
Вы сами	94,1	78,2	73,9

Выводы

1. Респонденты, имеющие четкие жизненные планы, достоверно чаще живут в браке, имеют более высокий уровень образования, чаще работают в сфере умственного труда, дают более высокую самооценку благосостояния и здоровья, руководствуются когнитивными мотивами поведения, опираются на личные профессиональные знания и четкие стереотипы действий.

2. Поведение респондентов, не имеющих жизненных планов, в большей мере зависит от личного здоровья, настроения, чувства долга, мнения семейного окружения, друзей и знакомых.

3. Принятие на себя ответственности за результаты жизнедеятельности, приводящие к причинению вреда здоровью, является одним из основных мотивов самосохранительного поведения личности, которые требуют не только всестороннего изучения, но и управления их формированием.

Библиографический список

1. *Maslow A. H.* A theory of metamotivation: the biological rooting of the value-life, J. humanistic Psychol, 1967, 7, 93 – 127.A.
2. URL: www.cyberleninka.ru (дата обращения 12.06.2013г.)
3. URL: www.ibl.ru (дата обращения 12.06.2013г.)

И.Ю.Худонов, Е.В. Пахарина, Ш.Г. Айвазян,
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава, Ростов-на-Дону

О КАЧЕСТВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПОТОКОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЕРИФИКАЦИИ)

Введение

Стабильное поступательное развитие экономики РФ привело к значительному расширению финансирования социальной сферы. В первую очередь это относится к системе охраны здоровья граждан. Так, за период с 2009 по 2012 годы отмечается практически двукратное увеличение расходов территориального фонда ОМС Ростовской области на приобретение медицинских услуг [8], также весьма ощутим рост фактического тарифа на 1 застрахованного в рамках региональной программы государственных гарантий (ПГГ) с 3 237 до 6 515 рублей в год.

Ассигнования, поступающие ежегодно из федерального и местного бюджетов на развитие здравоохранения Ростовской области (РО) планируется увеличить в несколько раз. Об этом заявил губернатор РО Василий Голубев. Около 400 млрд. рублей будет направлено на развитие донского здравоохранения до 2020 года. Особый акцент планируется сделать на диспансеризации населения [11].

Повсеместно отмечаются признаки реального укрепления вертикали власти в РФ. И вертикаль эта реализуется, прежде всего, посредством стабилизации и наращивания финансового потока в регионы. 20-летняя практика финансирования здравоохранения из разнообразных незапрещенных законом источников показала, что развитие отрасли в

нестабильных экономических условиях практически не происходит. Более того, под лозунгом «Модернизация!» было выполнено значительное сокращение штатов и материально-технической базы здравоохранения, принятое населением и медицинскими работниками весьма неоднозначно. Тем не менее, благодаря модернизации в строю остается все меньше лечебно-профилактических учреждений, не отвечающих современным требованиям к качеству медицинской помощи, к медицинским технологиям и оборудованию.

Переход на одноканальное финансирование медицинских организаций под эгидой Федерального фонда обязательного медицинского страхования по сути своей есть процесс, напоминающий в части распределения финансов мощную властную вертикаль, существовавшую в нашей стране при наличии единого союзного государства. На фоне увеличения инвестиций в отечественную медицину кажутся вполне реалистичными радужные перспективы, начертанные в Концепции развития системы здравоохранения РФ до 2025. Уже сегодня ощущается реальное повышение доступности для широких слоев населения высокотехнологичной медицинской помощи. Несколько менее оптимистично можно оценить внедрение в медицинскую действительность всеобъемлющего принципа саморегулирования (так необходимого для рационального управления медицинскими организациями на местах) и формирование у населения навыков реально здорового образа жизни, способного обеспечить выживание россиян в условиях суровой социальной действительности.

При этом основные функции здравоохранения остаются неизменными. Оно, во-первых, должно осуществлять социальную профилактику, включающую систему мер по охране здоровья населения, т.е. обоснование и конкретизация мероприятий по оздоровлению окружающей природной среды и оптимизации среды обитания человека, другими словами,¹²⁷¹

обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия. Далее в данный функциональный блок можно включить меры по устранению или уменьшению неблагоприятного влияния на здоровье населения многочисленных социальных факторов, актуальность которых возрастает в условиях повышения уровня и качества жизни населения. Система здравоохранения обязана содействовать улучшению правовой и социальной защищенности человека; получению необходимого медицинского компонента образования; формированию идеологии и навыков здорового образа жизни; планированию семьи; иммунизации населения и др.

Во-вторых, усилия здравоохранения должны быть сосредоточены на оказание населению квалифицированной медицинской помощи, на определение стратегии и тактики развития национальных, региональных и муниципальных систем здравоохранения; рациональное использование имеющихся в здравоохранении ресурсов; на удовлетворение потребности населения в амбулаторно-поликлинической, скорой, неотложной и стационарной медицинской помощи, что, в свою очередь, невозможно без подготовки медицинских кадров; разработки и внедрения современных эффективных технологий диагностики, лечения и реабилитации больных; без адекватного лекарственного обеспечения населения.

В-третьих, здравоохранение берет на себя ответственность за организацию и оказание населению медико-социальной помощи, которая включает наряду с врачебно-трудовой экспертизой и такие виды услуг как юридические, социально-бытовые, психологические, воспитательно-педагогические и др.

Отдельно необходимо остановится на четвертой – информационной (сигнальной) функции здравоохранения, которую можно определить как мониторинг общественного здоровья. С момента организации на территории нашей страны земской медицины и по сегодняшний день каждый¹²⁷²

медицинский работник обязан обеспечивать корректное ведение учетно-отчетной документации. Указанные первичные документы являются основой динамического наблюдения за здоровьем населения. Органы Госсанэпиднадзора в рамках социально-гигиенического мониторинга предоставляют информацию о влиянии различных потенциально опасных факторов. Наряду со статистикой здоровья важное место занимает статистика здравоохранения. Состояние ресурсной базы объектов системы здравоохранения определяет политику властных структур в части принятия соответствующих правовых, экономических, организационных и других мер по развитию системы охраны здоровья и самого сектора здравоохранения с учетом медико-социальных приоритетов в показателях заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

Вместе с тем выступая генераторами социально-значимой медико-социальной информации, медицинские работники не всегда справляются с постоянно возрастающими требованиями к качеству информационного потока. Неслучайно возникла необходимость в создании единой информационной системы здравоохранения. Концепция такой системы была разработана Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации во исполнение пункта 1. 3) перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации 17 июля 2008 г. (от 1 августа 2008 г. № Пр-1572ГС) и пункта 6 поручения Правительства Российской Федерации от 13 августа 2008 г. №СС-П44-4981. Наряду с возможностью оперативного управления отраслью (буквально в режиме реального времени) такая система призвана предоставить медикам возможность непрерывного обучения, качественного образования, проведения эффективных научных исследований, а также активного профессионального взаимодействия медицинских и фармацевтических¹²⁷³

специалистов. При этом одной из актуальнейших проблем информатизации здравоохранения является отсутствие возможности проверить медицинскую информацию на предмет достоверности.

Описание исследования

Актуальность разработки научного подхода к определению достоверности исходной информации для запуска управленческого цикла не вызывает сомнения. Особое значение объективное отражение действительности приобретает при оценке общественного здоровья (ОЗ). Наиболее важным критерием ОЗ, на котором базируется стратегия развития здравоохранения как отрасли народного хозяйства, является заболеваемость населения. Рабочая гипотеза нашего исследования опиралась на предположение, что долгосрочные тенденции изменения различных критериев ОЗ должны совпадать, по крайней мере, не противоречить друг другу. В работе были использованы статистические данные, находящиеся в открытой печати и свободном доступе в Интернете, исторический метод, а также метод системного и контент анализа.

Результаты исследования

По данным ряда авторов [5,1] общая заболеваемость населения РО увеличилась с 1994 по 2008 год с 866,6 до 1477,6‰, т.е. почти в 2 раза. Выраженный в процентах среднегодовой прирост заболеваемости за рассматриваемый период составил 2,8%. При этом тесно связанный с заболеваемостью показатель смертности за 14 лет изменился в сторону уменьшения на 3,2%, что в среднегодовом масштабе составляет 0,2%. Анализ первичной инвалидности [6,1] за тот же период позволяет утверждать, что общественное здоровье улучшается, отмечено более чем 2-х кратное снижение показателя (с 9,9 до 3,8‰). Указанные тенденции характерны₁₂₇₄

для большинства регионов РФ. Так, лонгитудинальные исследования заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) среди жителей Калужской области показали [2], что абсолютное число случаев временной нетрудоспособности за 2011 год снизилось по сравнению с 2010 годом на 4,2%, относительный показатель также снизился – 36,1 случаев на 100 человек трудоспособного возраста против 37,8 в 2010 году и 39,3 случаев в 2009 году (-4,5%). Число дней с ВУТ уменьшилось на 5,3%, показатель на 100 жителей трудоспособного возраста всей области составил 479,0 (в 2010 году – 508,1; в 2009 году – 514,7). Средняя продолжительность одного случая заболевания с ВУТ по сравнению с 2010 годом снизилась на 1,2% и составила 13,3 дня.

Наряду с данными официальной статистики невозможно переоценить вклад социологии медицины в верификацию показателей ОЗ. Так, самооценка здоровья респондентами может являться устойчивым показателем не только их субъективного, но и объективного состояния здоровья. Это было доказано на данных исследования, выполненного в Таганроге (2001). Сравнение результатов самооценки здоровья и медицинских заключений позволило установить их полное совпадение [3].

Большой интерес в указанном контексте представляют работы И.Б. Назаровой [10,9,7,4], которая, используя методологию социологии медицины, убедительно показала на репрезентативной выборке, что у населения РФ в целом отмечается позитивная динамика удовлетворенности жизнью, в том числе и у людей, сменивших работу или профессию (рис.1), а также у респондентов, имеющих 1 или 2 места работы (рис. 2).

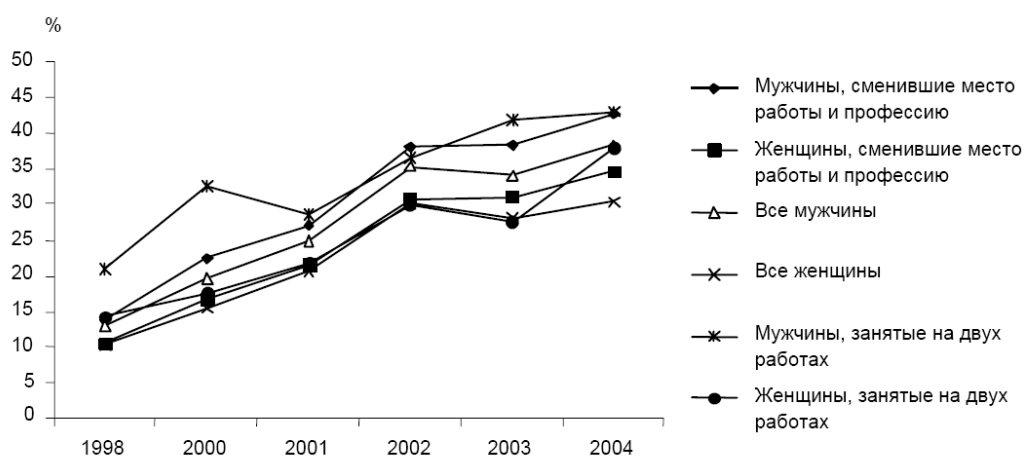


Рисунок 1. Уровень удовлетворенности жизнью в группах с различной социальной мобильностью

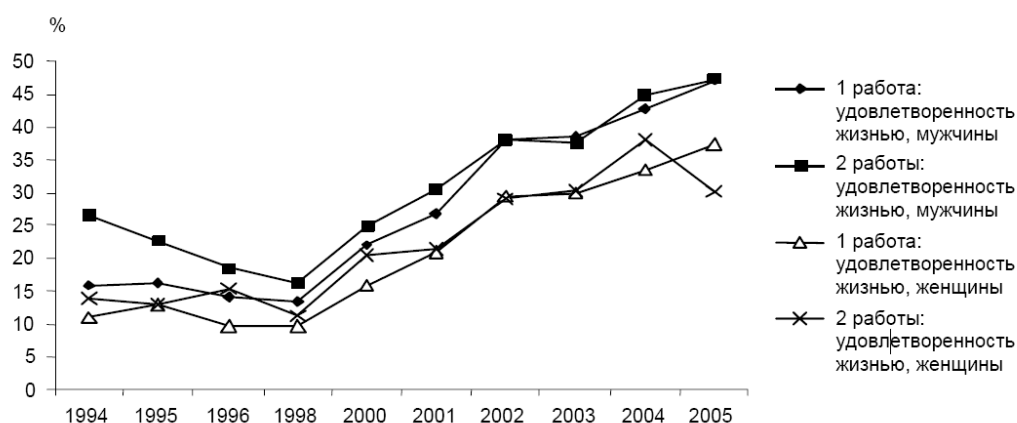


Рисунок 2. Уровень удовлетворенности жизнью в группах с различной производственной нагрузкой

Оценка обращаемости взрослого населения в медицинские учреждения или просто к медицинским работникам по поводу проблем со здоровьем и для профилактического осмотра по данным И.Б. Назаровой может быть интерпретирована как перманентное снижение интенсивности потребности населения в лечебной помощи и стабильный уровень потребности в профилактической помощи (рис.3).

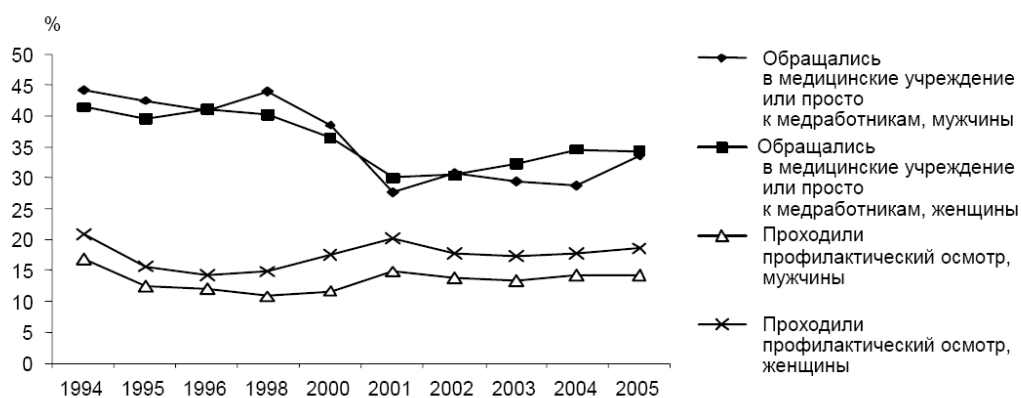


Рисунок 3. Обращаемость в медицинские учреждения или просто к медицинским работникам в случае проблем со здоровьем и для профилактического осмотра (18 лет и старше)

Та же закономерность повторилась при анализе обращаемости в группах респондентов, имеющих 1 или 2 места работы (рис. 4).

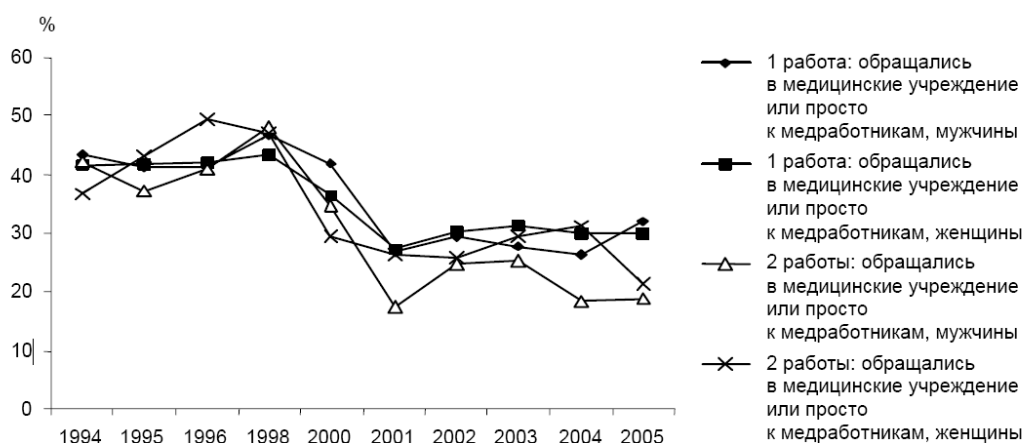


Рисунок 4. Обращаемость в медицинские учреждения или просто к медицинским работникам в случае заболевания в группах респондентов, имеющих 1 или 2 места работы

Напротив, самооценка здоровья в группах респондентов, имеющих 1 или 2 места работы (рис. 5) характеризовалась стабильностью, а у женщин и мужчин, работающих на одном месте работы, отмечалась стойкая тенденция к росту самооценки здоровья «хорошее и очень хорошее» на 8-12% за период наблюдений с 1994 по 2005 гг.

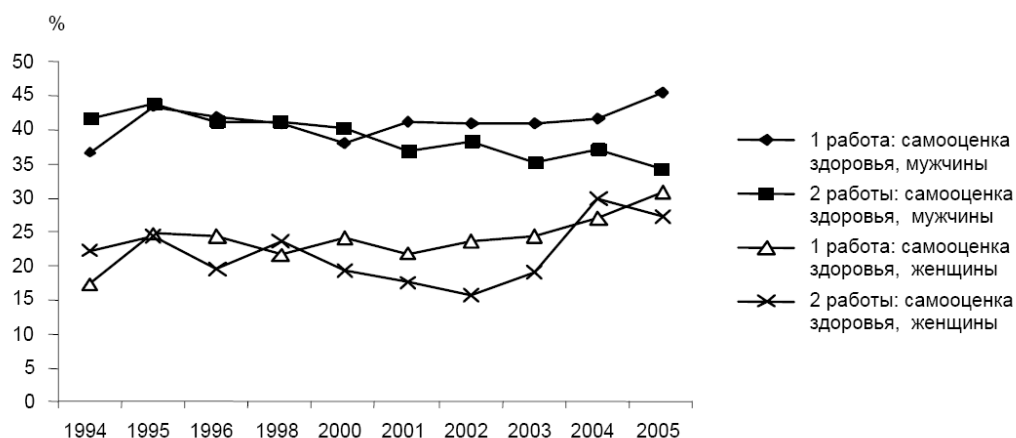


Рисунок 5. Самооценка здоровья «хорошее и очень хорошее» занятых на одной или двух работах

Следует отметить, что на сегодняшний день наиболее детально к анализу достоверности медицинской информации подходят страховые компании, работающие в системе обязательного медицинского страхования. Так, в результате анализа отчетных форм «Права Граждан» (ПГ) Ростовского филиала компании Макс-М было установлено, что с 2005 по 2011 гг. доля дефектов, связанных с нарушениями ведения медицинской документации (включая случаи завышения объема оказанной медицинской помощи) возросла с 14,6 до 51,6%, т.е. отмечается более чем пятипроцентный ежегодный прирост выявляемости несоответствий между реальной клинической ситуацией, первичной медицинской документацией и ее электронным отображением, наполняющим все каналы и уровни в недалеком будущем единой информационной системы здравоохранения РФ.

Выводы

Подводя итоги, следует сказать, что страховая система финансирования, решившая в свое время многие проблемы советского здравоохранения, сегодня требует коренных преобразований, в том числе в части объективного отражения существующей медико-социальной реальности. До тех пор, пока оплата труда врача будет жестко увязана с количеством талонов амбулаторного пациента (статистических карт выбывшего из стационара), заполненных в течении месяца, не имеет

смысла ожидать приемлемой достоверности официальных данных о заболеваемости и посещаемости населения и использовать их для разработки управленческих решений. Выход из сложившейся ситуации очевиден – счет за оказанные медицинские услуги должен являться самостоятельным финансовым документом, не имеющим никаких иных функций кроме экономических, а статистический талон должен быть деперсонифицированным источником информации о необходимых характеристиках случая конкретного заболевания.

Библиографический список

1. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области в 2007-2008 годах / Статистический сборник №6 // Ростов-на-Дону. – 2009. – 26 с.
2. Горбатин В.А. О показателях здоровья населения Калужской области. URL: <http://www.gorbatin.info/2011/03/1-1.html> (дата обращения 12.06.2013г.)
3. Корхова И.В. Методы оценки здоровья //Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / Под ред. Н.М. Римашевской. М.: ИСЭПН, 2001. С. 224–252.
4. Назарова И.Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения // Социологический журнал. N 3/4 1998. С. 246 –249.
5. Пакус И.А. Статистические показатели, характеризующие состояние здравоохранения и здоровья населения г.Ростова-на-Дону за 1994-1998 гг. Справочно-информационный материал для врачей и студентов. Под ред. проф. Элланского Ю.Г., Ростов-на-Дону, 1999, 22 с.
6. Элланский Ю.Г. и соавт. Организация медико-социальной помощи населению. Ростов-на-Дону, 1997. – 181 с.
7. Nazarova I. Self-Related Health and Occupational Conditions in Russia // Social Science & Medicine. –2000.– Vol. 51.– № 9.
8. URL: <http://www.rostov-tfoms.ru/oms-na-donu/oms-v-cifrah> (дата обращения 12.06.2013г.)
9. URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/078/077/1217/Nazarova.doc> (дата обращения 12.06.2013г.)
10. URL: <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=114885> (дата обращения 12.06.2013г.)
11. URL: <http://www.rostov.aif.ru/health/news/54599> (дата обращения 12.06.2013г.)

М.Ю. Цинкер, Е.А. Рязанова,
ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения», Пермь

СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫЕ РИСКИ ЗДОРОВЬЮ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ГОРОДА (НА ПРИМЕРЕ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)⁷⁷

Введение

В условиях транзитивной экономики России, характеризующейся нестабильностью экономической системы, интенсивностью инфляции, высоким уровнем безработицы и т.п., и как следствие, ухудшением уровня и качества жизни населения, здоровье становится особым экономическим ресурсом, определяющим эффективность социально-экономического развития, ключевым фактором национальной безопасности. В этой связи, сохранение и укрепление здоровья населения выступает важнейшей стратегической целью общественного здравоохранения, социально-экономической и демографической политики России в долгосрочной перспективе как на федеральном, так и на региональном, и местном уровне управления [7].

Высокие темпы индустриализации и урбанизации, сопровождающиеся ростом техногенной нагрузки на здоровье населения крупных центров (в большинстве случаев за счет транспортных выбросов) определяют новые закономерности формирования индивидуального и популяционного здоровья. Особую значимость в этой связи приобретает проблема сохранения и укрепления здоровья женского населения, поскольку именно женское здоровье в большинстве случаев определяет здоровье нации.

⁷⁷ Статья подготовлена при финансовой поддержке РГНФ, проект 12-16-59016

Возникают новые факторы риска здоровью, которые оказывают как сочетанное (суммарное), так и потенцирующее действие, усиливающее влияние одних факторов риска на другие в развитии, прогрессировании и неблагоприятном исходе хронических неинфекционных заболеваний [8].

В настоящее время, вклад социальных факторов риска в ухудшение здоровья населения огромен и определяется большинством специалистов на уровне 50-55% [4]. Ведущими факторами высоких медико-социальных, демографических, а также экономических потерь в России являются выраженные девиации (курение, злоупотребление алкоголем).

Согласно данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека доля регулярно курящего населения увеличилась за последние 20 лет на 440 тыс. человек. Это произошло в основном за счет вовлечения в потребление новых социальных групп - молодежи и женщин. На сегодняшний день доля женщин вовлеченных в практики табакокурения составляет около 30%, из них 50% женщин начали курить в возрасте до 18 лет [5].

По данным Всемирной организации здравоохранения в России от причин, связанных с курением, ежегодно преждевременно умирают около 300 тыс. человек. Доминирующей причиной 30% всех смертей мужчин и 17% женщин является злоупотребление алкоголем [3].

В структуре общей смертности населения продолжают занимать лидирующие позиции болезни, вызванные негативным влиянием социальных факторов риска. А именно, курением обусловлено минимум 90% случаев рака легкого, 15–20% случаев онкологических заболеваний других локализаций, 75% случаев хронического бронхита и эмфиземы легких, 25% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Поэтому для перспективного устойчивого развития России в условиях модернизации и интенсивного экономического роста требуется успешное

управление социально детерминированными рисками ухудшения здоровья. В этой связи, именно методология оценки риска сочетает владение сведениями о популяционном здоровье, хронических заболеваний и обуславливающих их факторов, что предполагает их систематическое и детализированное выявление, оценку и предупреждение, а также установление основных участников процесса формирования факторов риска, определение контингентов риска [2].

Цель исследования

Выявление и всесторонняя характеристика социально детерминированных рисков здоровью женского населения крупного города (в части воздействия поведенческих факторов).

Материалы и методы

Эмпирической базой оценки социально детерминированных рисков здоровью женской популяции послужили результаты комплексного медико-социального исследования, проводившегося в г. Санкт-Петербург. В исследовании приняло участие две группы женщин. В экспериментальную группу были включены женщины, проживающие в условиях интенсивной урбанизации (центральная часть города), характеризующихся высокой плотностью жилой застройки, увеличением транспортного и шумового загрязнения. Контрольную группу составили женщины, проживающие в отдаленных районах города, где наблюдается относительно благоприятная внешнесредовая ситуация.

Объем выборочной совокупности составил 108 человек в экспериментальной группе и 40 человека – в контрольной группе. Способ отбора респондентов – стихийный, основанный на принципах добровольности участия в опросе и доступности респондентов. Группы₁₂₈₂

выровнены по половозрастным и социально-экономическим параметрам. Средний возраст респондентов составил $40,3 \pm 0,83$ года, в том числе, в экспериментальной группе – $39,3 \pm 1,01$, контрольной – $41,9 \pm 1,62$.

Отметим, что сформированная выборочная совокупность не обладает свойством репрезентативности по отношению к генеральной (все население территории, находящейся под/без воздействия внешнесредовых факторов города-мегаполиса), однако, результаты, полученные при проведении исследования на подобной выборке, способны продемонстрировать общее направление поведенческих практик респондентов.

Во всех изучаемых группах было проведено комплексное медицинское обследование состояния здоровья, осуществлен социологический опрос (метод – раздаточное индивидуальное анкетирование) с использованием авторского инструментария разработанного и апробированного в 2011 г. Анкета включала вопросы, объединенные в несколько условно-смысловых блоков, позволяющих оценить распространенность и степень реализации девиантных форм поведения (курение, употребление алкоголя), характер двигательной активности, режим и рацион питания. Все указанные вопросы были представлены в анкете в виде порядковых, интервальных и метрических шкал, что позволило более точно произвести измерения, и обеспечило наиболее высокую достоверность полученных результатов.

Оценка риска, связанного с воздействием социальных факторов на здоровье женского населения, осуществлялась в соответствии с этапами анализа риска, обозначенных в методических рекомендациях «Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения» (МР 2.1.10.0033–11) [5].

На этапе «идентификация опасности» с помощью методов корреляционного и дисперсионного анализа был составлен перечень приоритетных факторов риска (факторы группы А). Для каждого фактора₁₂₈₃

были определены критические значения, установлены наиболее важные вредные эффекты (критические органы/системы).

На этапе оценки зависимости «фактор-эффект» при расчете среднего индивидуального и популяционного риска использовались показатели суточного поступления никотина и чистого алкоголя в организм.

Показатель среднесуточного поступления никотина в организм (F^K) был рассчитан по формуле вида:

$$F^K = \frac{\sum S_i * K_i}{n}, \text{ где} \quad (1)$$

S_i – среднее (по выборке) количество сигарет, потребленных в i -й день (шт.), K_i – среднее содержание никотина (по выборке) в сигарете (мг), n – количество дней, фигурировавших в анализе⁷⁸.

Для оценки зависимости «фактор – ответ» в отношении влияния злоупотребления алкоголем на здоровье использовался показатель суточного поступления чистого алкоголя в организм (F^A):

$$F^A = \frac{\sum_i \sum_b A_i^b k^b}{n}, \text{ где} \quad (2)$$

A_i^b – среднее (по выборке) количество алкогольного напитка типа b , потребленного в i -й день (г), k^b – коэффициент перевода в «чистый алкоголь» алкогольного напитка типа b , n – количество дней, взятых для анализа.

Были рассчитаны популяционные риски развития заболеваний, занимающих лидирующие позиции в общей структуре смертности – ишемическая болезнь сердца и рак легкого. Производился расчет изолированного и суммарного (сочетанного) действия факторов в развитии указанных заболеваний.

Расчет популяционного риска производился с учетом численности женского населения г. Санкт-Петербург в определенном возрастном периоде:

⁷⁸ При расчете показателя F^K был взят для анализа период в 3 дня

$$P^i = \sum_{n=1}^N R_n^i \cdot P_n, \text{ где} \quad (3)$$

R_n – риск заболевания i -го заболевания в n -ном возрастном периоде

P_n - численность исследуемого населения n -ного возраста,

Уровень популяционного риска в диапазоне от 1×10^{-4} до 1×10^{-3} и выше 1×10^{-3} характеризовался как неприемлемый, в диапазоне от 1×10^{-6} до 1×10^{-4} – как допустимый.

Результаты исследования

На этапе идентификации приоритетных факторов риска было определено, что наиболее опасными социальными факторами риска (факторы группы А) в исследуемой совокупности женского населения г. Санкт-Петербург выступают табакокурение и употребление алкоголя. Причем выраженность данных факторов в обеих популяциях женщин является различной. Большинство женщин (48,6%(95% ДИ: 40,1 – 56,7)), принявших участие в исследовании, имеют опыт активного курения, в том числе являются регулярно курящими 20,3% (95% ДИ: 13,9 – 27,3) опрошенных.

Наблюдаются статистически значимые различия по фактору табакокурение в зависимости от района проживания. Среди респондентов, проживающих в относительно благополучных районах, никогда не курили 70% опрошенных, тогда как респонденты, проживающие в центральной части города, подтверждают данный факт только в 43,9% случаев ($V=0,26$ (95% ДИ: 0,17 – 0,43)).

Средний стаж курения в группе регулярно курящих женщин составил 15,6 года. В данной когорте в среднем выкуривают 12 сигарет в день, максимальное количество потребления сигарет приходится на возрастную группу 36 – 45 лет (14 сигарет), а минимальное на группы респондентов в

возрасте до 35 лет и от 56 лет и старше (11 и 12 сигарет в день). Среднее значение содержания никотина в выкуриваемых сигаретах – 0,5 мг/сиг.

В течение последних 12 месяцев 85,4% (95% ДИ: 79,2 – 90,8) опрошенных женщин употребляли алкогольные напитки с различной периодичностью. Наиболее распространенным алкоголем по частоте употребления являются пиво – 17,9% (95% ДИ: 15,1 – 32,9) с частотой употребления 1-2 раза в неделю, водка с той же периодичностью – 8,1% (95% ДИ: 5,4 – 18,6), коньяк – 6,2% (95% ДИ: 3,2 – 8,3).

В среднем 25,7% (95% ДИ: 17,6 – 34,5) респондентов выпивают за один раз от 1000 до 1500 гр. пива, в 23,9% случаев (95% ДИ: 16,2 – 31,9) от 500 до 700 гр. вина, от 350 до 500 гр. шампанского выпивают 44% женщин (95% ДИ: 34,4 – 52,8), 17,1% респондентов (95% ДИ: 10,3 – 24,8) употребляют от 150 до 250 гр. крепкого алкоголя.

Медианное значение показателя среднесуточного поступления никотина в организм по выборке составило 5,51 мг, в выборке женщин экспериментальной группы – 6,81 мг., контрольной – 4,38 мг. Возраст начала приобщения респондентов к регулярному курению (усредненное значение по выборке) – 18 лет (в экспериментальной группе – 17,4, в контрольной – 19,2 года).

Значение показателя суточного поступления чистого алкоголя в организм в среднем по выборке составило 20,42 мл ⁷⁹. Статистически значимых различий данного показателя в исследуемых группах женщин не наблюдается. Средний возраст первой пробы алкоголя – 18 лет.

В ходе оценки зависимостей на этапе «фактор – эффект» было установлено, что низкий риск развития ИБС (соответствует верхней границе

⁷⁹ Согласно Руководству Всемирной организации здравоохранения (Guide of Mental Health in Primary Care) предельной дневной нормой алкоголя для женщин является дозировка в 16 г этанола

приемлемого риска) от действия фактора табакокурение отмечается для женщин возрастной группы от 19 до 58 лет (усредненное значение приведенного относительного риска – $1,44E-04$).

Риск формирования ИБС среднего или умеренного уровня (при условии неизменной интенсивности действия фактора) возникает с возраста порядка 59 лет ($1,15E-03$). В некурящей совокупности женщин такой уровень риска сформируется к 70 годам. В экспериментальной группе регулярно курящих женщин высокий уровень риска развития ИБС от курения достигается в возрасте 56 лет ($1,18E-0,3$), в контрольной группе в возрасте 61 года ($1,10E-0,3$).

Систематическое потребление алкоголя в указанной дозе обуславливает низкий уровень риска развития ИБС в исследуемых группах женщин в возрасте 30-41 ($4,16E-06$), 42-53 лет ($3,77E-05$), 54-66 лет ($3,79E-04$). Умеренный риск возникновения ИБС, связанный с потреблением алкоголя достигается с возраста 67 лет ($1,09E-03$).

Низкий уровень усредненного индивидуального риска развития рака легкого от действия фактора табакокурение сохраняется для обеих исследуемых групп женщин в возрасте 19-27 лет ($5,09E-0,4$). Риск, классифицирующийся как умеренный (средний) характерен для возраста 28-44 лет ($4,20E-0,3$). Расчет приведенного относительного риска развития рака легкого в указанных подгруппах (при условии непрерывного курения с той же интенсивностью) продемонстрировал, что неприемлемый или высокий риск будет достигнут к 74 годам со значением $3,64E-01$, а экстремальный (требующий незамедлительного, экстренного изменения образа и стиля жизни) в возрасте 78 лет ($6,03E-01$). В группе женщин с отсутствием опыта регулярного курения неприемлемый (высокий) уровень риска не будет достигнут.

Расчет усредненного индивидуального риска рака легкого от действия фактора курение в подвыборках женщин позволил установить, что неприемлемый уровень риска у женщин экспериментальной группы будет достигнут в 72 года ($3,50E-0,1$), контрольной группы в 78 лет ($3,81E-0,1$). Полученные значения приведенного относительного риска от действия фактора в подгруппах женщин свидетельствуют о высоком вкладе табакокурения в формирование указанного заболевания в условиях процесса интенсивной урбанизации на территории проживания.

Суммарный усредненный индивидуальный риск развития ИБС в исследуемых группах женщин от действия факторов табакокурение и употребление алкоголя отмечается на допустимом уровне для женщин в возрасте 18-40 лет ($2,38E-0,5$), в возрасте 41-53 лет ($4,18E-0,4$), в группе женщин в возрасте свыше 54 лет – высоким ($3,09E-0,3$). Расчет суммарного риска воздействия табакокурения и употребления алкоголя в заданных количествах свидетельствует о том, что основной вклад в формирование рисков вносит курение.

Популяционный риск развития ИБС среди женского населения г. Санкт-Петербург при изолированном действии факторов табакокурение и употребление алкоголя составил 23782 и 9710 случаев, рака легкого 200499 случая при численности женского населения исследуемого города в 2 701 170 человек.

Выводы

Формирование и прогрессирование хронических неинфекционных заболеваний, выступающих основными причинами смертности населения развитых стран, в том числе и России, детерминируется сложным комплексом факторов преимущественно социальной природы. Интенсивность и продолжительность воздействия данных факторов на₁₂₈₈

здоровье зависит не только от индивидуальных стратегий поведения, но и от внешних макросоциальных условий. Иными словами, высокие темпы урбанизации, в частности, «неконтролируемой», создают определенные контексты или условия формирования индивидуальных рисков здоровью.

Проведенный анализ позволил установить, что основными социальными факторами неприемлемого или высокого риска развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний среди женского населения города-мегаполиса являются табакокурение и злоупотребление алкоголем, причем, курение вносит наибольший вклад в их формирование, а проявление данных факторов как в изолированном, так и сочетанном воздействии является существенным.

В ходе исследования также было установлено, что женщины, проживающие в центральной части города, в наибольшей степени подвержены влиянию указанных факторов риска, и как следствие, именно для данной группы женщин, риски развития ССЗ и онкологических заболеваний от действия факторов являются наиболее высокими, в сравнении с женщинами, проживающими в отдаленных районах города.

В этой связи, мероприятия, направленные на изменение индивидуальных профилей риска в исследуемой группе населения, требуют предварительного анализа макро- и микросоциальных условий, подвергающих женское население данным рискам. Построение действенной политики в области управления здоровьем женщины должен строиться в соответствии с осознанием макро- и микросоциальных предпосылок возникновения и реализации тех или иных факторов риска, непосредственно влияющих на изменение состояния здоровья, адекватной оценки долгосрочных эффектов их воздействия, и, следовательно, комплексном многоуровневом подходе к управлению.

Библиографический список

1. The World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, DC, 1999.
2. *Зайцева Н.В, Шур П.З., Май И.В., Кирьянов Д.А.* Методические подходы к оценке интегрального риска здоровью населения на основе эволюционных математических моделей // Здоровье населения и среда обитания. – 2011. – №10 (223). – С. 6-10.
3. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия: Доклад общественной палаты РФ от 13 мая 2009 года. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.alnepey.ru/kantry/aldoklad.html> (дата обращения: 12.08.2011).
4. *Лисицын Ю.П.* Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости // Медицинская газета. – № 19. – 19 марта 2010 г. – С. 12.
5. О проведении в Российской Федерации Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) // Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. [Электронный ресурс]. URL: http://rospotrebnadzor.ru/c/journal/view_article_content?groupId=10156&articleId=40838&version=1.3 (дата обращения: 05.06.2013).
6. Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения. Методические рекомендации. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2011. – 62 с.
7. Указ Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» / Демоскоп Weekly. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/koncepciya/koncepciya25.html> (дата обращения: 05.06 2013).
8. *Унгуряну Т.Н., Бузинов Р.В.* Риск развития болезней органов кровообращения, связанный с поведенческими факторами образа жизни среди городского населения архангельской области // Материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции «Актуальные проблемы и инновационные технологии в гигиене». – Пермь, 2012. [Электронный ресурс]. URL: <http://fcrisk.ru/forums/node/123> (дата обращения: 05.06. 2013).

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

Здоровье студентов в процессе обучения формируется под воздействием нескольких факторов, которые делятся условно на две группы. К первой группе относятся факторы, которые непосредственно связаны с процессом обучения (количество учебных часов в день, продолжительность перерывов между занятиями, учебная нагрузка по выполнению заданий, возможность полноценно питаться во время нахождения в учебном заведении, санитарно-бытовое состояние ВУЗа). Другая группа связана непосредственно с личностью студента. К ней относятся организация досуга, занятие спортом и физкультурой, отсутствие вредных привычек или их наличие. Именно эта группа факторов, наиболее полно характеризующая образ жизни студентов и влияет главным образом на их здоровье.

Социологический подход к исследованию здоровья молодежи нацелен на выявление социальных факторов риска. Рассматривая представление о здоровье и здоровом образе жизни, а также поведенческие риски для здоровья молодежи, следует отметить, что поведение в сфере здоровья может быть как положительно, так и отрицательно направленным. К позитивным формам такого поведения относится режим питания, режим работы и отдыха, оздоровительные процедуры, соблюдение норм санитарии и гигиены. Негативный тип поведения в сфере здоровья может выражаться в поисках рискованных и опасных для жизни ситуаций, «саморазрушающее поведение». К этому поведению следует отнести алкоголизм, наркоманию, табакокурение.

Выделяют следующие виды угрожающего здоровью молодежи поведения:

аддиктивное поведение (алкоголизация, выступающая фактором риска заболевания алкоголизмом; наркотизация, выступающая фактором риска заболеванию наркоманиями и ВИЧ-инфицирования; табакокурение, выступающее фактором риска онкологических заболеваний);

сексуальное поведение в вариантах сексуальной распущенности, выступающее фактором риска заболевания СПИДом и другими ЗППП, а также подростковых беременностей;

нерациональное пищевое поведение, выступающее фактором формирования избыточного веса и заболевания анорексией, а также заболеваниями ЖКТ;

криминальное поведение, связанное с насилием, выступающее фактором «риска травматизма»;

низкая физическая активность (гиподинамия).[1]

Статья написана на материалах исследования, посвященного девиантному поведению студенческой молодежи. Задача исследования, проведенного сотрудниками сектора социологии девиантного поведения института социологии РАН под руководством Поздняковой М.Е. в ВУЗах Москвы⁸⁰ - определить условия вхождения алкоголя в жизнь молодого поколения, изучить факторы риска и защиты, индивидуальной алкоголизации и ближайшего окружения, а также психологических особенностей индивида.

Проведенное исследование показало, что половина опрошенных студентов считает себя здоровыми, 42% отметили у себя незначительные проблемы, но, в то же время каждый десятый признался, что имеет хронические заболевания. На самом деле самооценка своего здоровья отражает лишь субъективное мнение студента о своём здоровье. Положительным является тот факт, что подавляющее большинство студентов, а это 91% отмечает, что здоровье является для них ценностью.

⁸⁰ Исследование проведено при финансовой поддержке РГНФ №12-03-00523а

Большинство учащихся получают образование, не работая, следовательно, трудовая деятельность не является значимым фактором риска в ухудшении здоровья значительной части студентов.

Гендерные различия оценки здоровья состоят в том, что «более здоровыми» считают себя студенты-юноши (54,8%), среди девушек, соответствующее мнение только у 41,2%.

Установка на заботу о здоровье.

Среди мер по поддержанию собственного здоровья наряду с мерами, которые не требуют от студентов особых усилий (прием витаминов и правильное питание), лидирующие позиции занимают занятия физической культурой и спортом – 61%, а также отказ от алкоголя и курения – 50%. Следует отметить, что девушки-студентки больше заботятся о собственном здоровье - в 2 раза чаще, чем юноши проходят медицинское обследование (30% и 15% соответственно), стараются правильнее питаться и соблюдать режим дня, понимая, что они - будущие матери. Ведущей же причиной заботы о собственном здоровье у юношей является стремление стать сильнее, о чём говорит большой процент занимающихся спортом - 66%. Среди студентов из семей с различным доходом выявлены два существенных различия в установках о мерах по поддержанию своего здоровья. Так, в группе студентов с хорошим материальным положением в семье избегают употребления алкоголя и сигарет более половины студентов, тогда как в группе с низким семейным доходом таких только третья часть. Регулярное обследование у врача проходят в два раза меньше студентов из семей, чей доход является низким. По остальным указанным выше позициям ответы совпадают с незначительными расхождениями.

Вовлеченность в алкогольное поведение. Отношение к алкоголю.

Алкогольная политика как направление социального контроля может реализовываться в репрессивном режиме (периоды «сухого закона»),¹²⁹³

либеральном (устранение государства от контроля за потреблением) и рестриктивном (ограничивающие воздействия на тот или иной сегмент алкогольного поведения). По нашему мнению, в России в настоящий момент совершается переход от либерального к рестриктивному характеру алкогольной политики.

О губительном воздействии алкоголя на организм осведомлен каждый студент, но, тем не менее, употребление спиртных напитков широко распространено в студенческой молодежной среде. Следовательно, отношение студентов к алкоголю крайне важно при оценке их образа жизни. Особое внимание было уделено и анализу отношения студентов к современной алкогольной политике.

Результаты исследования свидетельствует о том, что большинство респондентов осознаёт угрозу алкоголизации населения. Так, 70% студентов отмечают, что алкоголизм и пьянство является актуальной государственной проблемой. Более половины московских студентов считает, что современная молодежь пьёт не только много но и больше, чем старшее поколение. В то же время 21% отмечают, что молодежь и старшее поколение пьют одинаково. 69% предлагают ужесточить наказание за продажу алкоголя несовершеннолетним. Более половины опрошенных выразили одобрение таким государственным мерам по снижению уровня пьянства и алкоголизма в виде повышения штрафов за появление в сильном опьянении в общественных местах, в повышении цен на алкогольную продукцию и ограничении места и времени её продажи, а также ужесточению наказания за правонарушения, совершенные в нетрезвом виде. Треть студентов считает эффективными такие меры, как: принудительное лечение пьяниц и алкоголиков, повышение ответственности родителей за употребление спиртного их детьми, запрещение продажи в обычных магазинах крепких спиртных напитков и организации территорий здорового трезвого образа

1294

жизни (безалкогольные клубы, кафе, населенные пункты и т.д.). Ввод «сухого закона» одобрили 24% студентов. Полученные материалы свидетельствуют об амбивалентном отношении к алкоголю и алкогольной политике. Так, каждый третий их числа одобряющих введение «сухого закона» сам употребляет спиртное регулярно, объясняя свое употребление тем, что «многие пьют, жизнь полна стрессов и без алкоголя невозможно расслабиться, можно пить сколько хочется, но нужно себя контролировать и избегать неприятностей со здоровьем и окружающими». Это говорит о том, что отношение к употреблению спиртного носит сугубо декларативный характер. В то же время, 40% студентов считают пиво алкогольным напитком, требующим государственного регулирования, и ограничению продажи пива наравне с водкой. 30% опрошенных московских студентов понимают, что от пива может развиваться «пивной алкоголизм», но, в то же время, каждый пятый опрошенный не считает пиво таким же опасным алкогольным напитком, как водка. Тем не менее, подавляющее большинство, т.е. 85% студентов отмечает, что пили спиртное в течение этого года, а 14% признались, что даже посещали учебные занятия в нетрезвом виде. Частота употребления алкогольных напитков достаточно высока. Так каждый пятый студент отмечает употребление спиртного несколько раз в месяц. Доля тех, у кого частота употребления более одного раза в неделю составляет 5%. Их следует отнести к группе повышенного риска, так как такая частота употребления спиртных напитков может привести к формированию алкогольной зависимости. Те, кто выпивает каждый день, составляют всего лишь менее 1%. Не исключено, что при вопросе о частоте употребления были получены социально-желательные ответы. При беседах со студентами эта доля увеличивалась. Алкогольные предпочтения московских студентов выглядят следующим образом:

лидирующее положение занимает пиво - 44%, вино и шампанское – 35%, крепкие напитки – 25%.

В новой Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года одной из задач является переориентирование населения на ведение трезвого и здорового образа жизни. Реальное количество трезвенников составляет не более 4% - это те, кто никогда не пил, не пьет и считает трезвость – образом жизни. Эта цифра подтверждается данными социологических исследований и медицинской статистикой. [2] Важно отметить, что почти 15 % студентов заявляют, что вообще не употребляли алкоголь в течение года, среди которых 33% не пьют из религиозных соображений, 40% просто для себя решили не употреблять спиртное. Доля трезвенников, никогда не пробовавших спиртное среди московских студентов составляет 8%.

Частота употребления различных спиртных напитков явилась основой изучения алкогольного поведения. Для анализа были сформированы три группы.

Первая группа - студенты, которые в течение предшествующего опросу году совсем не употребляли спиртное (как было сказано выше, таких среди московских студентов оказалось 15%).

Вторая группа - эпизодически выпивающие от одного раза в несколько месяцев до одного раза в год - 40% .

Третья группа - регулярно выпивающие от одного раза в месяц и до несколько раз в неделю - 32% .

Существенных различий по основным социально-демографическим характеристикам между данными группами не обнаружено.

Так в первой группе среди не употребляющих спиртное 65% юношей и 35% девушек. Среди них доля студентов младших курсов 65%, 3 курс-

25%, старшие курсы – 11%. Более половины из семей с хорошим материальным положением. Коренных москвичей 35%, приехавших из других городов - 65% .

В группе эпизодически выпивающих 60% юношей и 40% девушек. Студенты младших курсов (1 и 2) - 61%, 3 курс – 33%, 4 и 5 - 6%. 70% этих студентов из семей с хорошим семейным достатком. 47% этих студентов являются коренными москвичами и 53% - приехавшие из других городов.

В группе регулярно выпивающих 67% юношей и 33% девушек. Студенты младших курсов -61%, 3 курс –25%, и студенты старших курсов в этой группе составляют 14%. 74% студенты из семей с хорошим достатком. 50% этих студентов москвичи.

Сравним отношение к своему здоровью группу регулярно пьющих и эпизодически употребляющих алкоголь. Результаты исследования показывают, что представители группы эпизодически пьющих в два раза чаще проходят обследование у врача, и в три раза чаще избегают употребления алкоголя и сигарет. Занимаются спортом в этой группе также в полтора раза больше ребят, чем в группе регулярно употребляющих.

Установки на употребление алкоголя.

Для изучения установок был предложен вопрос «Как Вы сами относитесь к употреблению алкоголя?». Полученные ответы позволили разделить установки на потребление алкоголя разделяют на положительные, отрицательные и нейтральные.

К положительным установкам можно отнести по смыслу следующие ответы:

«Сегодня многие пьют, и я не считаю употребление алкоголя чем-то ужасным, опьянение приятное состояние, и если здоровье позволяет, то почему бы и нет.»

« Жизнь полна стрессов, без алкоголя нельзя расслабиться.»

« Можно пить, сколько хочется, главное – контролировать себя и избегать неприятностей со здоровьем и окружающими.»

К нейтральным установкам можно отнести такие ответы, как:

«Можно иногда выпить по случаю праздника или в хорошей компании, поддерживая традиции.»

«Лучше пить как можно реже».

К отрицательным :

«Алкоголь опьяняет, можно наделать глупостей, попасть в неприятную ситуацию, навредить здоровью.»

«Лично я - за полную трезвость.»

В группе регулярно употребляющих преобладают положительные и нейтральные установки на употребление алкоголя – 45% ответов, отрицательную оценку употреблению дали 10%. В группе эпизодически употребляющих преобладают нейтральные установки на употребление алкоголя – 57%, положительные установки характерны только для 12% студентов этой группы. Треть же эпизодически у потребляющих даёт отрицательную оценку установке на употребление алкоголя.

Настораживает такой факт, что почти половина (48%) студентов из группы регулярно употребляющих несколько раз в течение года испытывали состояние сильного алкогольного опьянения, а в группе эпизодически употребляющих такой факт признал каждый третий студент.

В целом достаточно значительная доля студентов 43% придерживается нейтральной позиции по отношению к употреблению алкоголя, но стоит отметить, что 22% не видят ничего плохого в употреблении алкоголя, а 21% придерживаются установок на полную трезвость.

Рассмотрим модели алкогольного потребления.

В группе эпизодически употребляющих алкоголь преобладает «винная» модель употребления. Предпочтение отдается сухим, полусладким винам¹²⁹⁸

и шампанскому. Однако и любителей крепких напитков достаточно - 24%. В этой группе пиво не пользуется такой популярностью, как в группе регулярно пьющих, их в два раза меньше. В группе регулярно выпивающих преобладает «водочная модель» и, как следствие, бывают чаще в состоянии сильного алкогольного опьянения. Неконтролируемое потребление спиртного в этой группе в 10 раз выше, чем в группе эпизодически употребляющих (в десять раз чаще напиваются и употребляют алкоголь специально, чтобы опьянеть тоже в 10 раз чаще).

Алкоголь в студенческой среде может выполнять и коммуникативную функцию (способ завязать отношения, поддерживать разговор в компании). Данные исследования показывают, что у 60% студентов общение с друзьями сопровождается употреблением алкоголя. В группе регулярно выпивающих такие встречи бывают в три раза чаще, чем у студентов, употребляющих алкоголь эпизодически. В три раза чаще регулярно пьющие студенты сопровождают посещением кинотеатра и в два раза чаще встречаются со своими девушками/молодыми людьми под воздействием алкоголя. 13% регулярно выпивающих компьютерные игры сопровождают употреблением алкоголя.

Результаты проведенного исследования среди московских студентов в очередной раз показывают, что распространенность употребления алкоголя тесно коррелирует с увеличением распространенности хотя бы однократного или эпизодического употребления наркотических веществ. Так, в группе регулярно употребляющих алкоголь 29% отметили наличие неоднократной пробы какого-либо наркотического вещества, что в два раза выше, чем среди эпизодически употребляющих алкоголь студентов, а периодически употребляющих наркотики среди регулярно пьющих составляет 21%, что в 7 раз превышает употребление наркотиков среди эпизодически пьющих.. В этой группе и в 2 раза больше знакомых, которые употребляют наркотики.

Данные проведенного исследования показывают, что в студенческой среде сложилась тревожная алкогольная ситуация, влияющая в первую очередь на здоровье. Необходимо учитывать, что в молодом возрасте закладывается отношение к питанию, физкультуре, курению, формируется образ жизни, и одновременно усиливаются факторы риска хронических заболеваний, проявляющиеся в более старшем возрасте. Для повышения качества здоровья молодежи при наличии вышеупомянутых факторов риска необходимо начать с изменения образа жизни. Это позволит сформировать у молодежи мотивацию на здоровый образ жизни и пересмотреть влияние факторов риска на свое здоровье с точки зрения социальных аспектов. Для этого необходимы целевые программные мероприятия, направленные на снижение роли поведенческих факторов риска. Возможно, такими программным мероприятием будет Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года.

Библиографический список

1. Цветкова Л.А., Гурвич И.Н., Русакова М.М. Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде: Учебно-методическое пособие СПб.: Изд-во СПбГУ, 2005. С.4.
2. ИНАБ №1 - 2011. Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. [электронный ресурс]. — М.: Институт социологии РАН, 2011. — 102 с. — URL: http://www.isras.ru/inab_2011_01.html. ИНАБ

Е.А.Черкасова, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова,

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове
Центр медико-социологических исследований, Саратов

ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Повышенное внимание к онкологическим заболеваниям – одна из характеристик здравоохранения всех развитых стран. Это обусловлено, прежде всего, устойчивой тенденцией роста заболеваемости злокачественными новообразованиями, а также широким спектром социальных проблем, возникающих как на индивидуальном, так и на социетальном уровне. Сочетание медицинских проблем с социальными вызывает синергетический эффект в онкологии, несоизмеримо более выраженный по сравнению с другими нозологиями [4]. Слабая социальная и психологическая защищенность больных с онкологической патологией неблагоприятно влияет на прогноз заболевания и ухудшает качество жизни больных. Выживаемость при онкологических заболеваниях может перейти лишь в долговременную ремиссию, что означает возобновление опухолевого процесса или развитие вторичного рака. Современная отечественная онкология нуждается в решении целого ряда вопросов связанных с адекватным определением групп инвалидности, разработкой критериев медико-социальной реабилитации больных после радикальных программ лечения [9].

По определению ВОЗ, реабилитация – это комбинирование и координирование социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки₁₃₀₁

индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности. На совещании министров здравоохранения стран Совета экономической взаимопомощи (СЭВ) (Прага, 1967) реабилитация определена как система государственных, профессиональных, медицинских, социально-экономических, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду [5].

Сущность процесса медико-социальной реабилитации состоит не только в восстановлении здоровья, сколько восстановление возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым обладает индивид в ситуации болезни [12]. Содержание реабилитации в соответствии с письмом Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2006 № 2317-ВС «Методические рекомендации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» рассматривается как «процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма» [11]. В соответствии с тем же документом целью реабилитации является восстановление социального статуса субъекта, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

В.Б. Смычек [13] сформулировал следующие положения реабилитации больных, страдающих хроническими заболеваниями:

1. Многовекторность реабилитации.

2. Основной целью реабилитации является максимальная ликвидация имеющихся ограничений жизнедеятельности.
3. Комплексность реабилитации.
4. Профессиональная реабилитация в качестве активного лечебного метода восстановления нарушенных или утраченных функций.
5. Создание реабилитационных учреждений в системе здравоохранения.
6. Соблюдение основных принципов реабилитации (комплексность, раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, последовательность, индивидуальный подход, активное участие больного в реабилитационном процессе).

Только соблюдение вышеперечисленных основных принципов реабилитации, утверждает автор, позволяет рассчитывать на максимально возможное восстановление больного, ликвидацию или уменьшение ограничений жизнедеятельности, снижение тяжести или предотвращение выхода на инвалидность.

Реабилитация онкологических больных – это многоэтапный процесс, включающий раннее начало лечения, непрерывность, преемственность, комплексный характер, этапность, индивидуальный подход [3]. Комплексная реабилитация онкологических больных включает социальные технологии, которые рассматриваются как алгоритм социальной деятельности [10].

Для каждого больного в зависимости от его состояния, возраста, стадии заболевания и локализации опухоли, ее гистологического строения, методов лечения, предполагаемого прогноза заболевания, состояния нервно-психической сферы, профессии и условий труда программа реабилитации предусматривает максимальное восстановление

трудоспособности, включая физическую, психологическую, социальную и профессиональную адаптацию [2, 16].

Индивидуальная программа реабилитации должна охватывать все аспекты жизнедеятельности больного: социальный, психологический, медицинский. Социальная реабилитация предусматривает коррекцию социальных ситуаций, психологический аспект включает в себя коррекцию мотивационной сферы, сферы социально-психологических отношений, психологических контактов, состояния фрустрации профорientации, внутренней картины болезни. Медицинская реабилитация предполагает терапию, направленную на лечение больного и предупреждение возникновения рецидивов. Данная схема наглядно демонстрирует необходимость комплексного подхода к решению проблем реабилитации онкологических пациентов [1].

Реабилитационное направление медико-социальной работы с больными, страдающими онкологическими заболеваниями, формируется в связи с современными принципами медико-социальной реабилитации лиц в ситуации болезни. Главная цель всей системы медико-социальной помощи в онкологии – восстановление и/или сохранение качества жизни больного. Понимание недостаточности оценки только биологических последствий воздействия злокачественного процесса на пациента выделило восстановление качества жизни как основную цель лечения [18].

Оценка качества жизни больных рассматривается как критерий эффективности оказания медицинской помощи в онкологии. Результаты исследования качества жизни онкологических больных могут быть использованы при проведении медико-социальной реабилитации, целью которых является повышение качества жизни, восстановление социальных ролей, социальная и психологическая адаптация после проведенного комбинированного лечения [6, 7, 8, 17].

Как свидетельствуют статистические данные, «в мировой практике на профилактику в онкологии выделяется 30% финансовых средств, на лечение – 50%, на реабилитацию – 20%. В то же время в России из средств ОМС на профилактику расходуется 6%, на лечение – 94%, на реабилитацию – 0%» [15].

Понимание и признание важности и значения реабилитации как самостоятельного направления в онкологии должно привести к существенным изменениям в государственном подходе к формированию реабилитационного направления института медико-социальной работы [14].

Реабилитационное направление медико-социальной работы с больными, страдающими онкологическими заболеваниями, предполагает коррекцию нарушений показателей качества жизни, на величину которых оказывает влияние нарушение соматического состояния и ресоциализации субъекта.

С 2009 года в Центре медико-социологических исследований нами проводилось исследование оптимизации стратегий реабилитационного направления медико-социальной работы с больными онкологическими заболеваниями. В исследование были включены 134 респондента женского пола трудоспособного возраста, находящихся на стационарном лечении в Областном онкологическом диспансере Саратовской области по поводу рака молочной железы, в том числе 58 человек с установленной группой инвалидности (85 респондентов с нетерминальной стадией и 49 инкурабельных больных). Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность – 234 респондента. Исследование качества жизни респондентов проводилось с использованием опросника ВОЗ КЖ-100.

При исследовании качества жизни респондентов, страдающих раком молочной железы и клинически здоровых, в группе онкологических больных выявлено статистически значимое снижение показателей качества жизни в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости». Снижение показателей качества жизни больных респондентов в указанных сферах соматически детерминировано.

В «Психологической» сфере, в сферах «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовной» сфере различия в показателях качества жизни больных при онкологических заболеваниях и клинически здоровых лиц статистически незначимы.

В ходе исследования выявлены составляющие суммарного показателя качества жизни, которые могут служить способом оценки влияния болезни и эффективности ресоциализации субъекта. Возникающие вследствие заболевания изменения показателей качества жизни в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости» определяют тенденции медико-социальной реабилитации онкологических больных. Приоритетные направления медико-социальной помощи инкурабельным онкологическим больным определяют и возникающие изменения показателя качества жизни в «Психологической» сфере.

Представленные эмпирические доказательства подтверждают возможность объективизации медико-социальной работы с больными, страдающими онкологическими заболеваниями. Показатель качества жизни может быть использован в качестве социального стандарта при оценке эффективности реабилитационного направления медико-социальной работы с данной категорией больных.

Библиографический список

1. Бояркина С.И. Качество жизни и социальная реабилитация

онкологических больных: автореф. дис. ... канд. соц. наук. СПб, 2004. 23 с.

2. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В. Организационные принципы реабилитации онкологических больных. // Республ. науч. конференция «Реабилитация больных злокачественными новообразованиями». Винница. 1982. С. 11-13.

3. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Амирасланов А.Т. Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина, 1988. 272 с.

4. Забора Дж., Лоскалзо М. Социальная работа в онкологии. М., 1998.

5. Илларионов В. Основы реабилитологии // Врач. 1997. №3. С. 6.

6. Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье. Томск: РАСКО, 2004. 121 с.

7. Куприянова И.Е., Слонимская Е.М., Балацкая Л.Н. и др. Психотерапевтическая реабилитация онкобольных // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2005. № 3. С. 67–68.

8. Марилова Т.Ю., Андрианов О.В., Марилов Т.В. Психопатологические реакции онкологических больных // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. 2003. № 2. С. 28–30.

9. Моисеенко Е.И. Вопросы организации медико-социальной работы в онкологии [Электронный ресурс] - URL: www.doctor.ru/oncos.html (дата обращения 02.11.2008).

10. Общие вопросы онкологии. Реабилитация онкологических больных [Электронный ресурс] - URL: <http://www.oncology.ru/specialist/treatment/references/rehabilitation.pdf> (дата обращения 05.10.2012 г.)

11. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2006 № 2317-ВС «Методические рекомендации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации в рамках федерального перечня₁₃₀₇

реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» [Электронный ресурс] - URL: <http://www.law7.ru/legal2/se9/pravo9024/index.htm> (дата обращения 19.12.2011 г.)

12. *Решетников А.В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина. 2002.

13. *Смычѣк М. В.* Основные принципы реабилитации. [Электронный ресурс] - URL: http://www.belmapo.by / downloads / med_soc_ekspert / osnovnie_pri (дата обращения 13.05.2008).

14. *Филоненко Е.В.* Медицинская реабилитация в онкологии [Электронный ресурс] - URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%209/VIII/filonenko.pdf> (дата обращения 12.09.2010).

15. *Чиссов В., Старинский В., Данилова* Профилактика в онкологии // Врач. 2006. № 13. С. 8-12.

16. *Dietz J.H.* Rehabilitation oncology // New York: Wiley. 1981. 180 p.

17. *Dijkers I.* Measure of quality of life: methodological problem // J. Phys. Med. Rehabil. 1999. Vol. 78. № 3. P. 286–300.

18. *Osoba D.* Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology. Supp. Care of Cancer. 1997. 5. 100-104.

Е.В.Чернышкова, Е.А. Андриянова,

Саратовский государственный медицинский
университет имени В.И. Разумовского, Саратов

НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ АКТИВНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОГО ИНТЕРВЬЮ

Введение

Современный темп развития общества сказался на изменении социальных требований к пожилым людям, определяя необходимость поддержки активного образа жизни представителей старшей возрастной группы. Очевидно, что с увеличением количества лиц пожилого и старческого возраста, возрастает необходимость их медицинского и социального обслуживания.

Интеграция медицинских и социальных практик поддержки пожилых людей осуществляется в комплексных центрах социального обслуживания населения (КЦСОН). Спецификой таких учреждений является совмещение деятельности социальных работников, психологов и специалистов медицинского профиля. Кроме того, эти центры рассчитаны на возможность временного проживания пожилых и престарелых людей, равно как и инвалидов.

Необходимость создания КЦСОН назрела давно, однако попытка реализации идеи интегрированной медико-социальной поддержки пожилого населения на государственном уровне была предпринята после принятия в 1993 г. Конвенции развития социального обслуживания населения в России [1]. Согласно принятым решениям, устранение причин снижения уровня благосостояния и оказание индивидуальной помощи социально

незащищенным группам населения, должны проводиться через систему различных служб и с помощью мероприятий социального обслуживания. Основными формами деятельности являются следующие: материальная помощь, помощь на дому, обслуживание в условиях стационара, предоставление временного приюта, консультативная помощь, социальный патронаж, социальная реабилитация и адаптация, социальная помощь.

По данным Министерства социального развития Саратовской области, в 2011 году в области зарегистрировано 36 комплексных центров социального обслуживания населения. Целью создания таких учреждений является оказание необходимых социально-бытовых услуг пожилым гражданам и инвалидам. В КЦСОН функционируют следующие структурные подразделения: 584 отделения социального обслуживания на дому на 40262 места; 2,25 специализированных отделения социально-бытового ухода на дому на 113 мест; 36 отделений срочного социального обслуживания; отделение дневного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов на 25 мест; 8 социально-реабилитационных отделений на 148 мест; 74 отделения по работе с семьей и детьми; 8 организационно-методических отделений.

Ежегодно клиентами данных учреждений становятся около 400 тысяч нуждающихся жителей области. С целью создания условий для общения пожилых людей, реализации их творческого потенциала созданы и работают более 80 клубов и кружков различной направленности, которые ежегодно посещают более 7 тыс. человек. В учреждениях проводятся культурно-массовые мероприятия, конкурсы, вечера отдыха, тематические выставки, созданы вокальные коллективы, литературно-поэтические объединения и группы здорового образа жизни. Ежегодно в них принимают участие более 50 тысяч человек. Для повышения уровня компьютерной грамотности граждан пожилого возраста и доступности к сети Интернет в₁₃₁₀

учреждениях организуются компьютерные классы, закупается компьютерная техника. Намечена разработка обучающих программ для лиц старших возрастных групп и проведение занятий с ними специалистами высших и средних специальных учебных заведений [2].

Описание исследования

Для выявления направлений медико-социальной поддержки активного образа жизни пожилых людей в центрах социального обслуживания населения нами в 2011 г. было проведено исследование методом полуструктурированного интервью с экспертами «Содержание организации социальной помощи пожилым людям». Характеристика экспертов: сотрудники комплексных центров социального обслуживания населения (КЦСОН) города Саратова, со стажем работы не менее 7 лет, выборка: 12 респондентов.

Результаты исследования

По данным проведенного исследования, организация КЦСОН является актуальным и необходимым шагом в цепи мероприятий медико-социальной помощи представителям позднего возраста. В г. Саратов КЦСОН работает, начиная с 1995 г., при этом, экспертами подчеркивается значительная роль городских властей в помощи организации и функционировании этого учреждения: *«Уже 20 лет помещение, в котором раньше находился детский сад, заброшено, 15 лет в нем функционирует наш центр социального обслуживания. Город вложил деньги»* (женщина, 56 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 18 лет).

Структура центра, наличие необходимого оборудования позволяют проводить все необходимые социально-реабилитационные мероприятия, с учетом бытовых потребностей и медицинских показаний клиентов: «*B*₁₃₁₁

нашем центре есть все необходимое для качественного обслуживания поступивших к нам людей. Есть холлы, в которых наши клиенты очень любят по вечерам смотреть телевизор, просто общаться. У нас очень много цветов, сами работники ухаживают и поддерживают отличный порядок везде. Есть спортзал, в нем всегда занимается несколько человек, причем и утром и днем и вечером. Кто ходит с удовольствием, кто без него, но по необходимости, ведь возрастные все. И под обязательным контролем врача по лечебной физкультуре, у нас на это есть лицензия. В актовом зале мы проводим более торжественные мероприятия – награждаем участников конкурсов, поздравляем с днем рождения и т.д. Есть даже маленькая часовня» (женщина, 46 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 15 лет).

«Вообще, наш центр очень хорошо организован: у нас всего 19 отделений, среди них отделение реабилитации, отделение дневного пребывания, кабинет здорового образа жизни, три физиотерапевтических процедурных кабинета (электрофорез, магнит и дорсанваль), тоже с лицензией. Пожилые люди или инвалиды проходят эти процедуры по назначению врача. Очень эффективной является комната психологической разгрузки, которой не каждый центр может похвастаться. Мы ее оформляли по согласованию с психологами. И они говорят, и я сама убедилась, что после 5 минуты работы в этой комнате, многие засыпают, расслабляются» (женщина, 43 года, сотрудник КЦСОН, стаж работы 10 лет). При обязательном контроле специалистов, в центре используются следующие современные результативные практики реабилитации: фитотерапия, физиотерапия, тренажеры, лечебная физкультура, арттерапия, трудотерапия, музыкотерапия, беседы с психологом, ароматерапия.

Работа центра рассчитана на оказание помощи таким категориям населения как инвалиды различных возрастных групп, а также пожилые и престарелые люди, находящиеся в трудной жизненной ситуации: 1312

«Попасть сюда может любой: инвалид старше 18 лет, участник ВОВ, просто пенсионер нашего района или города. Для проживания у нас они должны уметь себя обслуживать. Так как это не больница, это не хоспис. Это социальная реабилитация, это когда человеку или плохо одному, или у него временные жизненные трудности. Хотя бывает и то, и другое вместе» (женщина, 39 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 10 лет).

Однако, по утверждению участников опроса, количество клиентов, которые могут обслуживаться в КЦСОН на условиях временного пребывания очень низкое: *«Сейчас у нас всего 20 мест, этого, конечно не хватает, должно быть больше».* Препятствием к расширению количества клиентов для пребывания в центре служит строгая регламентация: *«... по лицензированию медицинской деятельности, спальня на каждого человека должна быть не меньше 7 м². А когда делали реконструкцию, об этом тогда не подумали и у нас есть комнаты 11-12 м². Раньше в них жили по 2 человека. А теперь хотя и спальня 12 м², а по нормативным документам должен и живет один человек. А площадь позволяет принять больше клиентов» (женщина, 56 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 18 лет).*

Сроки прохождения социальной реабилитации и условия получения помощи в центре варьируют в зависимости от желания клиентов: *«По положению наши клиенты могут жить здесь как от 28 дней, так и полгода-год, не более. Они не выписываются из своего жилья, здесь не регистрируются, они могут даже уйти домой ночевать, предварительно записавшись, например, на выходные, но это все подконтрольно. Мы записываем желающих заранее, и получается, что один человек уходит, другой приходит. Большой очереди нет. Некоторые живут 2 месяца, некоторые до полугода. Особых сложностей с оформлением в наш центр нет – оформление такое же, как и в санаторий» (женщина, 44 года, сотрудник КЦСОН, стаж работы 16 лет).*

Респонденты указывают на доступность услуг, предоставляемых центрами для пожилых людей, с точки зрения их материального положения: *«Это оплачивается в зависимости от пенсии. Некоторые люди, у которых маленькая пенсия живут бесплатно. Или оплачивают частично, за второй месяц они платят больше и т.д. Но обязательно оплачивается стоимость питания, хотя цены на питание у нас очень небольшие»* (женщина, 56 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 18 лет).

Однако, как показали данные интервью, клиентами центров социального обслуживания, которые нуждаются в социальной реабилитации, в основном являются люди позднего пожилого возраста и престарелые люди, также и инвалиды. Работа с людьми предпенсионного и раннего пенсионного возраста не ведется: *«К нам обращаются те, кто уже давно на пенсии. В основном это люди около 70 лет, как правило, они одиноки или живут отдельно и далеко от детей, неработающие. Получается, что и работы нет и иногда поговорить не с кем. Приходят к нам, мы, чем можем – помогаем им»* (женщина, 39 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 12 лет).

По мнению респондентов, создание КЦСО, безусловно, является шагом в сторону активизации ресурсов пожилых людей. Однако, важным на сегодняшний день представляется скоординированная работа центров социального обслуживания и таких служб как служба занятости, спортивные центры, службы психологического консультирования. Это могло бы значительно повысить эффективность работы центров в плане мотивации большинства пожилых людей к продолжению активности, но при условии их распространенности и доступности: *«На мой взгляд, то, что мы делаем в центре – это прорыв. Ведь раньше не было таких мест, где пожилой или старый человек может найти помощь социальных работников, психологов, педагогов и врачей, Но проблема в том, что мы не можем охватить всех нуждающихся. Вот, к примеру, человек вышел на пенсию, то есть его*¹³¹⁴

«ушли», у него возникает чувство одиночества, ненужности и безысходности. А он еще может и хочет работать. Что же делать? Искать работу? В службе занятости говорят: «Таких много, везде возрастной ценз». О таком центре как у нас он может и не знать. Пойти на прием к психологу – надо записаться или платить за частный прием, и вообще не каждый на это готов. Остается пассивная старость – соседи, знакомые и просмотр сериалов» (мужчина, 35 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 9 лет).

По данным исследования, работа по информированию пожилых людей об услугах и мероприятиях, проводимых центрами, проводится силами самих работников и не является доступной для большинства пожилых людей: *«Мы стараемся довести до бóльшего количества стариков информацию о нашем центре. Что мы делаем? Развешиваем объявления в ТСЖ, иногда на подъездах домов. А в основном, те, кто у нас был, они своим знакомым рассказывают – так и распространяется информация» (женщина, 37 лет, сотрудник ЦСОН, стаж работы 11 лет).*

«В Интернете мы вывешиваем информацию о нашем центре, о том, какие услуги и кто их может получить. Но беда в том, что большинство пожилых не владеет компьютером, и тем более не пользуется Интернетом» (женщина, 31 год, сотрудник КЦСОН, стаж работы 8 лет).

Основной целью оказания помощи в комплексных центрах социального обслуживания населения, по утверждению участников исследования, является поддержание социальной, образовательной и творческой активности нуждающихся в этом людей: *«Вот один у нас инвалид ВОВ, ему 92 года. У него протез, нет одной ноги, но он очень активный. У него очень хорошие жилищные условия, есть дети и внуки, но они живут отдельно, большая пенсия. Но у него умерла жена, ему одному плохо. Он с удовольствием живет здесь. Мы его научили работать на компьютере,*¹³¹⁵

он все, что надо печатает. К тому же он очень живой, интересующийся. Он не брошен. Но здесь ему больше нравится. Почему? Наш центр – это маленькое общество. Во-первых: мы, работники, есть и молодые, есть и пенсионного возраста. Во-вторых, здесь проживают и другие пожилые люди и инвалиды. Еще здесь работает летом детская площадка. Получается и с детьми общение. Он им рассказывает про войну, про то поколение, и, надо сказать, они с удовольствием и большим интересом с ним общаются. Дети, в свою очередь, и про компьютер и про сотовые телефоны с ним говорят. В общем, обоюдное общение и обучение получается. Он интегрирован в активную жизнь в рамках этого сообщества. Он себя чувствует здесь прекрасно. Это не идет ни в какое сравнение с тем образом жизни, который он проводит за стенами нашего центра» (женщина, 39 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 12 лет).

Социально-педагогическая работа реализуется сотрудниками центра в разработке и организации специализированных творческих программ и проектов для совместного участия всех категорий людей, находящихся в центре на обслуживании: *«Может быть, это у нас единственный центр в городе, в котором занимаются с таким количеством инвалидов-церебральников. Мы создали клуб «Грани», официально в нем числятся 70 ребят, которые могут на костылях, на колясках (некоторые ездят на маршрутках 1.5-2 часа) к нам добратся. Они вместе с нашими пожилыми активно взялись за освоение Интернета. Ведь и для тех и для других это жизнь в буквальном смысле, теперь они общаются в Интернете друг с другом и такими же из других городов и стран» (женщина, 56 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 18 лет).*

*«Мы своими силами организовали музей Великой Отечественной Войны. У нас часто находятся ветераны, и те, кто с детства помнит военное время, они очень помогли. А ребятам-инвалидам эта идея тоже»*¹³¹⁶

очень понравилась, они ей увлеклись, сделали интересную экспозицию. Кроме этого, нам очень помогают студенты – 127 человек-студентов из РГСУ и СГТУ регулярно делают экскурсии по местам боевой славы, сняли небольшой фильм, участвуют в социально-культурных проектах города, работают с волонтерами – ездили к старикам помогать по бытовым вопросам и собирать рассказы о войне. Мы выигрывали гранты на развивающие мероприятия для инвалидов и пожилых, в том числе о Великой Отечественной Войне» (женщина, 31 год, сотрудник КЦСОН, стаж работы 8 лет).

«Наш центр вошел в программу «Социальная поддержка инвалидов Саратовской области» и по этой программе мы получили 3 компьютера для обучения пожилых и инвалидов работе на них. Конечно, мы бы могли это делать и в частном порядке, но финансирование очень помогло» (женщина, 44 года, сотрудник КЦСОН, стаж работы 16 лет).

Кроме работы, проводимой в центре для пожилых людей, персонал организует патронаж на дому представителей позднего возраста, не способных к самообслуживанию: «Наши работники обслуживают на дому тех пожилых и старых людей, которые сюда к нам не могут прийти. Средний возраст 75-82 года. Ежедневно наши (районные) соцработники обслуживают на дому 1500 человек, с каждым заключается договор, для каждого расписаны услуги, которые мы ему предоставляем. Мы набираем каждому соцработнику столько услуг, что они, получается, заняты целый рабочий день (8 часов), но один раз в неделю (в среду) у них методический день, когда они работают здесь в центре» (женщина, 37 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 11 лет).

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют констатировать необходимость пересмотра вопросов, связанных с профессиональной подготовкой, функциональными обязанностями и оплатой труда₁₃₁₇

персонала учреждений социальной поддержки: *«Стоит задуматься о том, что по демографическим прогнозам старение населения набирает обороты, и в обозримом будущем стариков станет еще больше. Пожилые и старые люди, конечно, нуждаются в специализированных услугах для того, чтобы не быть выброшенными из жизни. А это означает, что очень много людей трудоспособного возраста должно будет занято в сфере социальной защиты пожилых людей. Поэтому необходимо обучать и подготавливать большое количество специалистов в социальной сфере: социальных работников, социальных менеджеров, которые хорошо знают специфику работы с этими людьми. Кроме того, большинство специалистов, занятых в социальной сфере должны осознать, что они работают с пожилыми людьми, поэтому они волей-неволей управляют социальными процессами, и лучше делать это осознанно и грамотно»* (женщина, 56 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 18 лет).

«В нашем центре постоянно ведется работа по повышению квалификации именно социальных работников. У нас целая система обучения. Мы заключаем договор с Институтом Социального Образования (филиал РГСУ), им читают лекции доценты, профессора, ведется отчетная документация» (женщина, 46 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 15 лет).

В работе центра задействовано большое количество специалистов по социальной работе, в штате есть психологи, врачи, медицинские сестры. Но, условия работы и заработная плата, по мнению респондентов, не соотносятся: *«Всего в центре работает 200 социальных работников и 100 человек персонала. Кроме того, у нас работают социальный педагог, валеолог, врач лечебной физкультуры, физиотерапевт. Все эти люди – это люди с высшим образованием, просто энтузиасты своего дела, преданные ему полностью. Но зарплата у них минимальная, никаких надбавок нет. Вот и получается, что когда приходят на работу устраиваться, посмотрят,*¹³¹⁸

как тяжело работать и очень многие уходят искать более легкий в моральном плане труд и более оплачиваемый. Я обычно при первой встрече сразу рассказываю о работе, чтобы не было недопонимания. Но, в большинстве случаев, остаются и задерживаются надолго» (женщина, 56 лет, сотрудник КЦСОН, стаж работы 18 лет).

Выводы

Как показало проведенное исследование, несмотря на развитие сети специализированных учреждений медико-социального обслуживания пожилых людей, реализация практик поддержки активного образа жизни этой возрастной группы происходит в рамках патерналистского отношения к представителям позднего возраста, определяющего этот этап жизни человека как период «дожития» и «преодоления», а не полноценного социального включения.

Работа центров социального обслуживания направлена на социальную реабилитацию людей позднего пожилого и старческого возраста и не ориентирована на поддержку активного образа жизни представителей предпенсионного и раннего пенсионного возрастов.

Отсутствие скоординированной работы по информированию, консультированию и пропаганде активного образа жизни в позднем возрасте не способствует успешной мотивации пожилого населения к пролонгированию активности.

Кроме того, очевидна необходимость пересмотра условий работы и оплаты труда работников системы медико-социального обслуживания пожилых людей в связи с большой загруженностью штата и низкой заработной платой.

Библиографический список

1. Конвенция развития социального обслуживания населения в РФ от 4 августа 1993 г. // Собрание законодательства РФ. – 1993. – № 29. – Ст. 762.
2. Государственные учреждения социального обслуживания населения. Комплексные центры социального обслуживания населения. – URL: http://www.social.saratov.gov.ru/social_state_institutions/cson/ (дата обращения 18.07.2012).

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ АСПЕКТ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Молодость – весьма сложный период человеческой жизни. Это и ощущение того, что вся жизнь еще впереди и поэтому можно многое успеть, и одновременно ощущение своей неопределенности, неукорененности в бытии. Речь идет именно об ощущениях, причем довольно смутных, часто не осознаваемых самими молодыми людьми. Сама возрастная ситуация оказывается внутренне противоречивой, поэтому психологи говорят о кризисе, то есть периоде, когда человеку необходимо делать выбор.

Что касается современного молодого человека, то здесь есть свои особенности, главная из которых обусловлена спецификой современного общества в целом, и российского, в частности. Эта особенность заключается в том, что сегодня меняется стиль взаимодействия родителей и детей. Маргарет Мид выделила в истории три типа культур, различающиеся по характеру социализации: 1) постфигуративная – дети учатся главным образом у своих предков, 2) кофигуративные – и дети, и взрослые учатся, прежде всего, у равных, сверстников, 3) префигуративные – взрослые учатся также у своих детей. Такая классификация отличается от предложенных Ллойдом Демозом пяти стилей (инфантицидный, отказывающийся, насаждающий, социализирующий, помогающий) изменением угла зрения. Л. Демоз делает акцент на отношении родителей к детям, М. Мид – на взаимоотношении между ними. Префигуративная культура, в отличие от двух других ориентируется преимущественно на будущее. В этом принципиальная новизна социализации, механизмы которой обычно ориентированы на воспроизводство прошлого опыта. Сегодня же от социализации требуется

не только передавать прошлый опыт, поскольку без этого вообще не будет общества, но и формировать установки, мотивацию к таким видам деятельности, которые еще только складываются или даже еще не существуют. Безусловно, модификаций в зависимости от социокультурного контекста, а также индивидуальных предпочтений существует множество. При этом новые формы социализации действуют одновременно, сосуществуя, взаимодополняя или взаимоисключая друг друга.

В России с ее этническим, конфессиональным, стратификационным многообразием этот процесс смены и соотношения социализационных форм затруднен. Свою лепту в эти трудности вносят и перемежающиеся кризисы. Все это делает процесс социализации современной российской молодежи противоречивым, а молодежь оказывается на перепутье не просто возрастном, но еще и социокультурном.

При этом следует учитывать еще и такую немаловажную сторону жизнедеятельности молодого человека как его здоровье. Известное правило, что здоровье не чувствуется, а чувствуется болезнь, в молодости особенно распространено и играет с молодыми людьми злую шутку. Даже осознавая свои вредные привычки и понимая их нездоровый характер, молодые люди при этом не отказываются от них, считая, что успеют все изменить, когда захотят или когда будет нужно. Это одна из распространенных иллюзий, связанная с психологическим перенесением себя и своей жизни в будущее.

Такое идеальное проецирование жизни является существенным свойством бытия человека, а тем более человека молодого. Его характер, содержание и направленность зависят и во многом определяются социокультурным пространством жизни конкретного человека. В нем присутствуют элементы, связанные со здоровьем или влияющие на него. Этот аспект социокультурного пространства принято называть здоровьесберегающим пространством. Термин «здоровьесбережение» (В₁₃₂₁

других вариантах – «здоровье сохранение») не совсем точен, поскольку его семантический смысл акцентирует внимание не на динамику, а на статику.

Методологическим основанием подобного подхода является представление о человеке как гомеостатичной системе. Действительно, гомеостаз в биологических системах, а еще шире – в биогеноценозах, является условием популяционного и видового сохранения. Однако, применительно к обществу, а тем более отдельному человеку, такой подход оказывается редукционистским, сводя сложные процессы к более простым, и видя в них решение проблем, существующих на уровне сложных процессов. Человеческая жизнь и человек в этой жизни яснее понимаются в методологии гетеростатического, а не гомеостатического подхода. Человек сохраняется как человек (статика) не тогда, когда он равен самому себе (гомео), а тогда когда он приобретает нечто иное, другое (гетеро). В течение жизни человек, оставаясь самим собой, меняется. Ситуация, когда этого не происходит, или происходит с нарушениями, является деструктивной для человеческой жизни.

Это относится и к здоровью. Прежде всего, само понимание здоровья исторично. Некоторые из современных заболеваний, в прошлом не расценивались как болезни, особенно это касается нозологий, связанных с санитарно-гигиеническими условиями жизни. По большому счету критерием нездоровья была возможность/невозможность человека выполнять его социальные функции и роли. А поскольку преимущественными видами деятельности были те, которые связаны с физической активностью, то и болезнью признавалось состояние в основном физического неблагополучия. Ментальные же нарушения либо сакрализировались, позитивно или негативно, либо связывались с моральными качествами личности.

В настоящее время список нозологий постоянно уточняется, расширяется и группируется. Это связано не только с изменением₁₃₂₂

«старых» болезней и появлением новых, но и с изменениями социокультурного пространства, в котором начинают преобладать уже не физические, а интеллектуализированные формы человеческой деятельности.

Кроме того, изменилось отношение общества, медицины и самих людей к здоровью: оно стало более требовательным. Сегодня здоровье тесно связывается с качеством жизни. Однако при этом большинство новорожденных имеют невысокий индекс здоровья или даже те или иные нарушения здоровья. Естественно, это сказывается на их последующем здоровье, когда они подрастают и составляют ту поведенческую когорту, которая является актуальным ресурсом социальной активности. Учитывая, что пик репродуктивности приходится на молодые годы, то здоровье современной молодежи приобретает особое значение не только для сегодняшнего общества, но и для будущего.

Все вышесказанное приводит к мысли, что тот аспект нашей жизни, который связан со здоровьем, сложнее, чем просто «здоровьесбережение». Его можно назвать санологическим поведением, (от латинского *sanatio* – оздоровление). Санологическое поведение – это относительно устойчивая во времени система действий, влияющая на состояние здоровья человека. Она состоит из различных элементов (отдельных поведенческих актов), которые определенным образом соотносятся между собой. Данная система может быть уравновешенной, противоречивой, развивающейся, деструктивной.

Противоречивость является весьма характерной чертой санологического поведения. Наиболее ярким, даже парадоксальным, примером противоречивости, который упоминают наркологи, работающие с молодежью, является отказ наркозависимых пациентов принимать фармпрепараты, аргументирующих свой отказ тем, что «лекарства вредно сказываются на печени». Если отойти от крайностей, то мы увидим, что отсутствие вредных привычек, в чем сейчас часто видят¹³²³

«здоровьесбережение», еще не свидетельствует о действительно здоровом образе жизни.

Санологическое поведение человека обусловлено как субъективными, так и объективными факторами. К субъективным относятся те, которыми человек может распоряжаться по своему усмотрению: вырабатывать собственную систему ценностей и создавать свой стиль жизни. Однако существуют обстоятельства, вынуждающие человека действовать определенным образом, независимо от того, как это скажется на здоровье. Соотношение между субъективными и объективными факторами весьма разнообразно.

Исследования санологического поведения в русле социологии медицины позволяют рассмотреть его как целостную сложную систему, которая представляет собой нечто большее, чем сумма составляющих ее частей. Учитывая объективный и субъективный характер факторов человеческой деятельности можно выстраивать комплексную работу по формированию гармоничного санологического поведения, формируя его здоровьесберегающую и здоровьеразвивающую направленность.

Библиографический список

1. Мид М. Культура и мир детства: Избр. произведения. М.: Наука, 1988
2. *Кон И.* Мужчина в меняющемся мире. – М.: Время, 2009
3. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.:1998

В.В.Чубаровский, И.К. Рапопорт, С.В. Катенко,

ФБГУ «НЦЗД» РАМН, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Проблема охраны здоровья подрастающего поколения приобрела в настоящее время, по мнению ведущих учёных страны «степень угрозы национальной безопасности страны» [8]. Особое значение имеет продолжающийся рост различных форм психических нарушений, девиантных и «рисковых» форм поведения. В последние годы отмечается резкий рост числа пограничных психических расстройств и психосоциальной дезадаптации у детей и подростков, их тесная связь с различными формами отклоняющегося поведения: в первую очередь криминального, делинквентного, аутоагрессивного, аддиктивного и пр. [1, 2, 3,12]. Несмотря на большое количество работ по этой проблематике значительное число актуальных вопросов остаётся неразрешёнными или противоречиво трактуется.

Особо следует отметить значение социального аспекта проблемы в исследованиях возникновения, диагностики и динамики пограничной психической патологии у детей и подростков. Принципиальным является положение, при котором одним из ведущих критериев квалификации психического состояния как «патологического», является выраженность социальной дезадаптации личности.

Исключительное значение приобретают исследования психогигиенических и психопрофилактических аспектов проблемы

пограничной психической патологии в детском и подростковом возрасте. Основные подходы к ней были сформулированы Г.Н.Сердюковской (1985). В частности, обоснована необходимость введения в круг задач, решаемых на профилактическом осмотре, оценку состояния нервно-психического здоровья.

Существенные и принципиальные расхождения в методологических и методических подходах к оценке и квалификации психического состояния личности в кризисные периоды её онтогенеза обуславливают крайнее расхождение данных о распространённости различных форм патологии - от 200 до 700%.

По данным медицинской статистики и результатам профилактических осмотров нервно-психическими нарушениями страдают более половины учащихся массовых школ, причем по отношению к старшеклассникам и учащимся профессиональных училищ этот показатель значительно выше. По числу детских и подростковых суицидов Россия вышла на ведущее место в Европе.

Общество в течение последних десятилетий столкнулось с тяжелейшими социальными проблемами: кризисная смена общественно-экономической формации, резкое расслоение социума по материальному признаку, скачкообразный рост преступности, глубокий кризис институтов ответственных за охрану здоровья и формирование личности – в первую очередь системы здравоохранения и образования, резкий рост беспризорных и безнадзорных детей, катастрофическое распространение различных форм аддиктивных нарушений – в первую очередь ранней алкоголизации и токсикоманий. Существенное значение имеет также качественное изменение информационной нагрузки, приведшее к возникновению выраженных учебных психоэмоциональных перегрузок.

Следует отметить ряд фундаментальных, методологических особенностей изучаемых явлений, крайне затрудняющих, как сам процесс исследования, так и разработку профилактических рекомендаций. Во-первых, мы имеем дело с феноменами относящимся к качественным признакам (*nominal dates*), которые с трудом поддаются объективизации. Поэтому квалификация психического состояния ребёнка во многом зависит от теоретических взглядов конкретных научных психиатрических и психологических школ и субъективного подхода конкретных исследователей. Являясь проблемой мультидисциплинарной, в её решение объективно включены медики, возрастные психологи, педагоги, социальные работники, сотрудники правоохранительных органов, возможно священнослужители традиционных конфессий и т.д. Безусловно, решение стоящих задач, требует разработки унифицированных диагностических подходов, выделению общепризнанных критериев возрастной психической нормологии, разграничению функций конкретных специалистов и организации комплексной, скоординированной системы психопрофилактических мероприятий при координирующей роли школьного и семейного врачей.

В условиях довольно противоречивых методологических подходов различных национальных школ и выраженных трудностях использования в полной мере рубрик ICD-10 построенной во многом на бихеовиориальном подходе особое значение имеют наблюдательные, ретроспективные, комплексные клинико-эпидемиологические исследования, проводимые по единой программе с использованием унифицированных методик оценки состояния подростков. Проводимые на протяжении более 25 лет в нашем институте клинико-эпидемиологические исследования позволили получить высоко достоверные эпидемиологические данные и в рамках доказательной медицины “*evidence based medicine*”.

С целью сохранения принципа исторической преемственности и реального уровня специальной подготовки в области возрастной психиатрии подавляющего числа медиков, работающих непосредственно в учебных заведениях, нами был разработан вариант рабочей систематики пограничной психической патологии различной степени выраженности у подростков, соотнесенный с критериями международной классификации болезней (V класса МКБ-10). Использование данной систематики на всех этапах исследования позволило достичь высокого уровня достоверности полученных результатов, особенно в отношении сравнительного аспекта изучаемых явлений. Учитывались как синдромально и нозологически очерченные нарушения, так и «предболезненные» состояния (Семичев С.Б. 1986, Александровский Ю.А. 2012), определяемые понятием «патохарактерологические и невротические реакции».

В соответствии с поставленными задачами использовались следующие эпидемиологические методы – поперечные скрининговые, наблюдательные исследования, лонгитудинальное когортное прослеживание выделенных групп, повторные поперечные исследования значительных контингентов учащихся с интервалом 15-20 лет - ретроспективное или «историческое исследование» (Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. 1998).

Впервые по единой программе, с использованием унифицированных методик оценки состояния пациентов, проведено комплексное, сплошное, лонгитудинальное, историческое (ретроспективное), клинико-эпидемиологическое, наблюдательное исследование лиц подросткового и юношеского возраста. Установлены эпидемиологические показатели отдельных форм пограничной психической патологии различной степени выраженности, акцентуаций характера и ранней алкоголизации учащихся.

Впервые на основе скрининговых (screening) исследований изучена динамика (в том числе и в историческом (ретроспективном) аспекте)₁₃₂₈

пограничных психических нарушений различной степени выраженности у лиц подросткового и юношеского возраста – представителей различных социальных групп (учащиеся школ, ПУ и вуза). Получены данные о возрастной динамике показателей распространённости и структуры акцентированных характерологических особенностей и различных форм ранней алкоголизации. На основе скрининговых, лонгитудинальных исследований впервые изучена динамика и выявлены особенности течения пограничных психических нарушений, обусловленных возрастом и принадлежностью к различным социальным группам.

Доказано переменное значение показателей распространённости отдельных форм пограничных психических нарушений в различных социально-экономических условиях развития общества, в частности их значительное возрастание в условиях социально-экономического кризиса.

Доказано различное диагностическое значение отдельных форм девиантного поведения в различных социальных, культуральных и исторических условиях.

Научно обоснованы методические подходы к разработке концепции профилактики пограничной психической патологии, ранней алкоголизации и психосоциальной дезадаптации лиц подросткового и юношеского возраста.

Также доказано, что отдельные формы девиантного поведения имеют различное диагностическое значение в историческом аспекте. Так значительное число различных форм девиантного поведения (делинквентное, девиация в сексуальной сфере, криминальное) в 80-х годах отмечались преимущественно у лиц с аномальными патохарактерологическими особенностями. В исследованиях 2005-2012гг. эти девиации встречались значительно чаще, причём у подростков с акцентуациями характера.

В результате многолетних исследований было обследовано 1246 лиц подросткового и юношеского возраста (от 13 до 25 лет) - учащиеся школ,¹³²⁹

профессионально-технических училищ и вузов, проживающие в г. Москве. Исследование являлось клинико-эпидемиологическим с катamnестическим прослеживанием ряда выделенных групп длительностью от 1,5 до 5 лет. Отдельно было проведено ретроспективное (историческое) исследование распространенности, структуры и патоморфоза проявлений, пограничных психических расстройств в группах подростков- учащихся ПТУ в интервале 1988-2012 гг.

Все обследованные были разбиты на 5 групп. Программа исследования включала в себя несколько этапов.

Психическая патология различной степени выраженности была диагностирована у 46,73% всех обследованных. В структуре патологии доминируют патохарактерологические и невротические реакции, их доля составляет 77,75%. Определены существенные различия возрастной динамики эпидемиологических показателей пограничной психической патологии, которая достоверно чаще диагностировалась у лиц старшего подросткового возраста (14-16 лет) - 64,86%, по сравнению со студентами вуза (17-20 лет) - 23,47% ($T > 13,0$). Особо значимыми эти различия являются в отношении предболезненных состояний - невротических и патохарактерологических реакций, а также психопатических синдромов. Выявленные особенности, на наш взгляд, были обусловлены, как возрастным фактором - завершение позитивной фазы пубертата, так и спецификой формирования контингента учащихся вуза. Особо следует отметить достоверное снижение всех синдромально-очерченных форм в раннем юношеском возрасте, что в существенной степени может быть объяснено саногенным влиянием позитивной фазы пубертата.

Получены данные сравнения эпидемиологических показателей пограничной психической патологии старшего подросткового, раннего юношеского и позднего юношеского возрастов. Так, при явном снижении₁₃₃₀

их уровня у студентов младших курсов, мы отмечаем их значительное увеличение к позднему юношескому возрасту (более чем в два раза) до 53,98%. Следует отметить резкое снижение числа лиц с синдромально-очерченными расстройствами личности в течение первого курса, вследствие полной учебной дезадаптации и отчисления. В отношении динамики пограничных нарушений у студентов в интервале 17-20 лет (2-й курс) и 22-25 лет отмечено резкое увеличение частоты встречаемости расстройств невротического круга, при относительно стабильных показателях патологии личности.

Аналогичные соотношения определены как в группах учащихся школ и ПУ, так и у студентов раннего и позднего юношеского возраста.

Получены данные, свидетельствующие о существенных различиях эпидемиологических показателей в зависимости от профиля учебного заведения. Пограничная психическая патология достоверно чаще встречается у школьников вследствие более высокой распространённости невротических реакций. У подростков-учащихся ПУ достоверно чаще диагностируется синдромально-очерченные состояния, в первую очередь расстройства личности.

Лонгитудинальное исследование динамики расстройств личности у лиц подросткового возраста выявило следующие закономерности. Так, синдромально очерченные психопатоподобные состояния у подростков отличались устойчивостью – диагноз по данным катамнеза был подтверждён в 100% наблюдений. У студентов раннего юношеского возраста диагноз подтвержден в 28,57% наблюдений, а 71,43% были отчислены вследствие неуспеваемости. Практически идентичная закономерность выявлена в отношении динамики психопатических синдромов. Прогноз патохарактерологических реакций был гораздо более благоприятным. Так в

течение года полное выздоровление отмечено у 47,46% подростков и у 30% юношей.

Трансформация в синдромально-очерченные состояния произошла соответственно лишь в 14,56% и 10% наблюдений. При этом 20% студентов с данной формой патологии были отчислены. Относительно устойчивая динамика была зафиксирована у 40% лиц с патохарактерологическими реакциями в обеих группах. Выявленные особенности динамики свидетельствуют о более благоприятном прогностическом значении патохарактерологических реакций в старшем подростковом возрасте.

Определены существенные различия в показателях распространённости невротических расстройств у подростков различных социальных групп. Значительно чаще они диагностированы у школьников, за счёт более высокой распространённости невротических реакций астенического, обсессивно-фобического и истерического типа.

Определены особенности динамики невротических расстройств в рамках обсервационного, катamnестического исследования у лиц подросткового и юношеского возраста. Выявлено, что собственно неврозы более благоприятно протекают у подростков, где редукция психопатологической симптоматики в течение года отмечена в 58,14% наблюдений, в то время как у студентов юношеского возраста лишь в 33,33%. Приблизительно у четверти обследованных в обеих группах по данным катamnеза был вновь подтверждён диагноз. У 19,3% подростков и 25% юношей зафиксировано ухудшение состояния вследствие углубления психопатологической симптоматики и социальной дезадаптации. 16,67% студентов были отчислены из института из-за неуспеваемости. Данные свидетельствуют о неблагоприятном, затяжном течении неврозов в раннем юношеском возрасте и гораздо более позитивном их прогностическом значении в старшем подростковом периоде.

Невротические реакции имели гораздо более благоприятное прогностическое значение у лиц старшего подросткового возраста. Полное выздоровление в течение года наступило у 43,2% подростков и лишь у 22,58% лиц раннего юношеского возраста. Переход в синдромально-очерченные состояние зафиксирован соответственно в 6,5% и 12,91% наблюдений. При этом более трети студентов были отчислены из учебного заведения вследствие неуспеваемости. У половины учащихся подросткового возраста и приблизительно трети лиц раннего юношеского возраста был подтверждён прежний диагноз. Полученные данные свидетельствуют о том, что в подростковом возрасте невротические реакции, по всей видимости, следует рассматривать как проявление особенностей психической адаптации личности в кризисный период онтогенеза, а не как «предболезненное состояние». В раннем юношеском возрасте аналогичные расстройства скорее являются этапом формирования собственно неврозов и неврозоподобных нарушений.

Данные исторического исследования свидетельствуют о достоверном росте показателей распространённости пограничной психической патологии в интервале 1988-2012 г. за счёт неврозов и психопатоподобных состояний. Отмечаются существенные гендерные различия: у девушек - снизилась частота встречаемости невротических реакций, и значительно увеличились синдромально-очерченные невротические и психопатоподобные нарушения. У юношей негативная динамика была обусловлена исключительно за счёт психопатоподобных состояний при относительной стабильности показателей распространенности других форм.

В рамках исторического исследования выявлено, что показатели общей распространенности расстройств личности (психопатических синдромов и патохарактерологических реакций) в историческом интервале 20 лет остались практически идентичными. Данное положение свидетельствует,¹³³³

на наш взгляд, о преимущественно генетической детерминированности данных форм патологии. Значимые различия выявлены лишь в отношении частоты встречаемости отдельных типов нарушений.

В результате ретроспективного исследования выявлено выраженное снижение в интервале 1988-20012 гг. степени корреляционной связи ряда микросоциальных факторов – «низкий материальный доход семьи», «конфликтные отношения в семье», «неполная семья», «распадающаяся семья» «алкоголизм одного из родителей» и т.д. с отдельными формами пограничной психической патологии, за счёт резкого увеличения их частоты встречаемости. Данное положение было обусловлено увеличением негативного влияния макросоциальных кризисных общественно-экономических метаморфоз. Это обстоятельство позволило сделать вывод о переменном значении отдельных факторов риска в конкретных исторических условиях.

Также выявлено, что отдельные формы девиантного поведения имеют различное диагностическое значение в историческом аспекте. Такие формы отклоняющегося поведения как «несоциализированное», «социализированное», раннее начало половой жизни и т.д. в условиях затяжного социально-экономического кризиса имеют весьма неопределённое диагностическое значение.

Следует отметить появление в популяции 2005-2012гг. совершенно новых форм аддиктивного поведения. А именно: патологическое увлечение игровыми автоматами, компьютерная зависимость, Интернет-зависимость и т.д., которые практически всегда сочетались с невротическими расстройствами, а в отдельных наблюдениях приводили к возникновению различных форм агрессивного поведения.

Вышеизложенное свидетельствует о выраженном влиянии онтогенетических, микро и макросоциальных, исторических и половых факторов на эпидемиологические показатели пограничной психической,¹³³⁴

патологии, патоморфоз проявлений отдельных форм девиантного поведения и акцентуаций характера. Результаты лонгитудинальных исследований нелеченого контингента могут служить контрольной группой при оценке эффективности психокоррекционных мероприятий. Общие данные свидетельствуют о необходимости методологически взвешенной позиции при оценке результатов конкретных научных исследований, и свидетельствуют о целесообразности проведения постоянного мониторингового контроля методом клинических, наблюдательных исследований различных возрастных и социальных групп населения.

В последние годы отмечается значительный рост агрессивных форм поведения у подростков, совершаемых, как правило, в асоциальных подростковых микрогруппах, где господствует, так называемая «автономная мораль». Это свидетельствует о существенном снижении роли общественных институтов в формировании личности и представляет реальную угрозу возникновения в ближайшем будущем у значительных социальных групп «криминального менталитета», имеющую государственное значение.

Полученные в ходе исследования данные позволяют обосновать методические подходы к разработке программ первичной и вторичной профилактики пограничных психических расстройств и аддиктивных форм поведения у лиц подросткового и юношеского возраста. Так в основу должны быть положены следующие принципы:

- МНОГОУРОВНЕННОСТЬ

1. Макросоциальный уровень

2. Микросоциальный уровень

3. Индивидуальный (персоноцентристский) уровень

- МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ

- КООРДИНИРУЮЩАЯ И РУКОВОДЯЩАЯ РОЛЬ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- ПРИЕМСТВЕННОСТЬ С УЧЁТОМ ВОЗРАСТНОЙ СПЕЦИФИКИ

Особое значение с учётом выявленного возрастающего патогенного воздействия макросоциальных метаморфоз имеет разработка мер профилактики пограничной психической патологии и аддиктивных расстройств на макросоциальном уровне.

Междисциплинарный характер задач, решаемых при психопрофилактических мероприятиях, требует соблюдения унифицированного методологического и методического подхода специалистов различного профиля - медиков, педагогов, школьных психологов и социальных работников. В связи с этим целесообразным представляется включение в подготовку специалистов смежных профессий разделов по возрастной психогигиене и психопрофилактики.

Вышеизложенное требует немедленной разработки и создания комплексных психопрофилактических программ с учётом выраженного¹³³⁵

значения социальных факторов риска для детей и подростков, имеющих реальное материальное, кадровое и правовое обеспечение

Библиографический список

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства Учебное пособие. -3-е издание, 2000 г.
2. *Антропов Ю.Ф.* Психиатрия детского и подросткового возраста, Москва, ДеЛи принт, 2010
3. *Аппенянский А.И.* Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов под редакцией Ю.С. Шевченко, Медицинское информационное агентство, Москва, 2011, с.6
4. *Гиндикин В.Я.* Проблема агрессивного поведения у несовершеннолетних. В кн. Клиническая и судебная подростковая психиатрия Медицинское информационное агенство, Москва, 2007, с. 373-422
5. *Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др.* Смертность российских подростков от самоубийств. Министерство здравоохранения и социального развития России, ФБГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», ЮНИСЕФ, Материалы исследования, 2011, <http://unicef-russia.livejournal.com/7783.html>
6. *Казаковцев Б.А.* Развитие служб психического здоровья. Руководство для врачей. Москва, «Геотар-Медиа», 2009
7. *Личко А.Е., Иванов Н.Я.* Усовершенствованного метода патохарактерологического исследования подростков. - Ленинград, 1983.
8. Материалы совместной научной сессии российских академий наук, имеющих государственный статус. Сайт Российская АкадемияНаук, 09.10.2006; <http://www.ras.ru/news/shownews.aspx?id=8c32f354-c686-4e1a-ac30-920e6d8198ec>
9. *Семичов С.Б.* Предболезненные психические расстройства. - Л., «Медицина», 1987.
10. LawrenceJWhalley., IvanJDeary. – LongitudinalcohortstudyofchildhoodIQandsurvivaluptoage 76.// DVJ- 2001-vol.322.h., pp.,819-822
11. Promotion of mental health and well-being of children and young people– making it happen 29th-30th September 2009, Stockholm Mental Health
12. *Rickwood D., Deane F., Wilson C. & Ciarrochi, J.* Young people's help-seeking for mental health problems // Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 3(supplement). 2005 / URL www.auseinet.com/journal/vol4iss3suppl/rickwood.pdf

В.И. Шабыков,
Марийский научно-исследовательский институт
языка, литературы и истории им. В.М. Васильева,
Йошкар-Ола

**ЗДОРОВЬЕ И РЕЛИГИОЗНАЯ ВЕРА: АНАЛИЗ
ОБЩЕСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
МАРИЙ ЭЛ В КОНЦЕ XX – НАЧАЛЕ XXI ВЕКА**

Здоровье (состояние тела и души) и вера (мировоззрение и мироощущение), в том числе религиозная, представляют собой важнейшие ценностные ориентации индивидуального и массового сознания, связанные между собой причинно-следственными отношениями. На эту связь, отмеченную в истории человечества с давних времен, указывают исследователи разных отраслей наук, в том числе ученые-медики. Одни исследователи размышляют о прямой зависимости от религиозности душевного (психического) здоровья, другие – также и физического. Э. Фромм отмечал, что до появления психотерапии только религия была ответственной за душевное здоровье человека; последнее он впервые поставил в прямую зависимость от этических качеств, формируемых под влиянием религии, и рассматривал, в свою очередь, моральную испорченность как причину и следствие болезни[6]. Одновременно он указывал на невроз (психическую болезнь) как одну из разновидностей религии, намечая, таким образом, неоднозначность влияния религии на человека и неоднозначность взаимосвязи веры и здоровья.

Целительный потенциал и положительный эффект веры отмечают ученые, практикующие медики К. Белан [2], Д. Мэтьюс[4], А. Банн и Д. Рэндалл [1], Б. Джонстон. Адъюнкт-профессор медицины в Медицинском Центре Джорджтаунского университета Д. Мэтьюс в своей книге «Фактор

веры»утверждает: «Мы не можем научно доказать, что Бог излечивает, но я верю, что мы можем доказать то, что вера в Бога имеет положительный эффект» [Цит. по: 3].Имеются данные опроса 1144 практикующих медиков Лос-Анджелеса, который показал, что 85% из них считают, что вера помогает пациентам выздороветь, и лишь 1% уверенных, что вера мешает исцелению[3].Ряд ученых доказывает благотворное воздействие религии на ментальное и психическое здоровье людей, на низкий уровень неврозов у верующих (Б. Джонстон) и большую степень проявления «согласия и связи с остальным миром» [3].

Тесную связь между состоянием здоровья респондентов и их отношением к религии показывают также результаты социологических опросов, проведенных в Республике Марий Эл (далее –РМЭ) в конце XX – начале XXI века. Данная статья подготовлена на основе материалов социологических исследований«Религиозное сознание населения РМЭ» (1994, 2004), «Этнокультурная интеграция и межнациональные отношения в РМЭ» (2006) и «Межконфессиональные и межнациональные отношения в РМЭ» (2011), проведенных при участии сотрудников отдела социологии Марийского научно-исследовательского института языка, литературы и истории им. В.М. Васильева (МарНИИЯЛИ). В ходе каждого из этих исследований были опрошены по случайной бесповторной квотной выборке около 1200–1500жителей республики в возрасте 15 лет и старше, в основном, одних и тех же населенных пунктах.

Результаты исследований свидетельствуют не просто о довольно высоком уровне религиозности населения РМЭ в конце XX – начале XXIвека, но и о четко выраженной тенденции его роста. В 2004 и 2006 годах 80 %, а в 2011 году примерно 85 % респондентов отнесли себя к верующим или колеблющимся между верой и неверием. Численность верующих в 2004

году составляла 68,2 %, в 2006 году – 69,4 % (это на 26,4 % больше, чем в 1994 году), а в 2011 году – уже 73 %.

Если соотнести эту динамику с картиной заболеваемости населения РМЭ, то мы не увидим в качестве следствия роста его религиозности населения РМЭ уменьшения числа больных. Статистические данные начала XXI века, наоборот, фиксируют рост заболеваемости в расчете на 1000 человек населения в 2010 году, по сравнению с 2000 годом (с 825,4 до 864,5) как по всем болезням, в целом, так и по отдельным заболеваниям (см. Табл. 1).

Таблица 1

**Заболеваемость населения по основным классам болезней
(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни) [7, с. 157].**

	2000	2004	2010
Всего, тыс. человек			
Все болезни	612,0	552,7	602,6
из них:			
некоторые инфекционные паразитарные болезни	34,7	33,0	25,5
болезни нервной системы	9,9	13,5	18,6
болезни глаз и его придаточного аппарата	38,6	24,3	22,7
болезни системы кровообращения	11,2	13,1	16,4
болезни органов дыхания	257,0	190,7	241,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	30,3	42,6	39,3
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	83,3	83,3	77,8
На 1000 человек населения			
Все болезни	825,4	768,3	864,5

Религиозностью в большей мере всегда были охвачены представители старшего поколения, женщины, жители села, люди с низким уровнем образования, больные или имеющие хронические заболевания, то есть социальные «аутсайдеры», которые ищут в религии психологической компенсации своих жизненных трудностей, в том числе решения проблем со здоровьем.

В целом, среди основных причин обращения населения республики к религии в 1994–2011 годах у представителей всех конфессий назывались причины, связанные именно со здоровьем: собственное нездоровье респондентов, болезнь близких людей и душевный кризис (см. Табл. 2). Так, в 1994 году у православных и татар-мусульман среди причин обращения к религии собственное нездоровье респондентов и болезнь близких людей (соответственно 19,7% и 16 %) были на третьем месте (после таких факторов, как «влияние семьи и родственников» и «просто вера в бога»).

Таблица 2

Мотивы обращения респондентов к той или иной религии в зависимости от их конфессиональной принадлежности (в % от числа ответивших)

Мотивы	Конфессия							
	православие		двоеверцы		марийская традиционная вера		ислам	
	1994	2004	1994	2004	1994	2004	1994	2004
Влияние семьи	24,8	14,2	29,3	13,2	40,8	21,5	48,0	18,4
Влияние родственников	16,0	5,4	14,6	7,6	18,4	22,5	30,0	5,2
Влияние церкви (мечети, языческих молений)	6,8	1,0	6,5	3,6	14,3	4,3	2,0	2,6
Влияние служителей культа, проповедников, верующих людей	3,5	1,3	4,9	0,7	4,1	4,3	2,0	1,3
Влияние СМИ	2,4	0,6	8,1	0,0	6,1	0,0	0,0	0,0
Под влиянием общественного мнения	3,1	1,0	7,3	2,9	6,1	0,0	0,0	0,0
Душевный кризис	14,5	5,8	19,5	7,4	12,2	4,3	10,0	5,2
Собственное нездоровье	12,7	3,8	13,0	4,5	2,0	0,0	10,0	4,2
Болезнь близких людей	7,0	3,6	10,6	1,5	0,0	4,3	6,0	2,6
Неуверенность в завтрашнем дне	11,0	2,8	13,8	3,6	6,1	4,3	14,0	0,0

В результате самостоятельных поисков истин и раздумий о смысле жизни	13,8	14,3	11,4	16,7	2,0	12,9	12,0	7,9
Просто верю в бога	36,7	54,7	27,6	46,3	26,5	25,8	40,0	64,3
Другое	1,3	1,0	0,0	0,7	2,0	0,0	0,0	1,3

На собственное здоровье в наименьшей мере в 1994 году в качестве мотива обращения к вере указывали приверженцы марийской традиционной (языческой) религии. У них на первом месте стояли мотивы «влияние семьи и родственников» (59,2%), «просто вера в бога» (26,5%) и «влияние языческих молений» (14,3%); третий мотив в 2004 году уступил место фактору «в результате самостоятельных поисков истин и раздумий о смысле жизни» (12,9% против 2% в 1994 г.). Это свидетельствует о том, что марийцы, связывая себя с язычеством и природой, исходили больше из этнических и мировоззренческих традиций, чем из простой заботы о здоровье или из реальных проблем со здоровьем.

У верующих всех основных конфессий среди мотивов обращения к религии в 2004 году в РМЭ на четвертом месте находился душевный кризис, который сопровождается всевозможными психологическими, психическими заболеваниями, болезнями нервной системы (примерно 4–7 %) (см. Табл. 2).

Таблица 3

Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения[7, с. 162]

	2000	2004	2010
Взято под наблюдение больных впервые в жизни установленным диагнозом:			
всего, человек	392	569	634
на 100000 человек населения	53	79	91
Обратилось больных за консультативно-лечебной помощью:			
всего, человек	1488	1249	1190

на 100000 человек населения	201	174	171
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях:			
всего, человек	7165	7927	9363
на 100000 человек населения	969	1106	1346
Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь:			
всего, человек	10306	8218	8420
на 100000 человек населения	1394	1146	1211

По данным Всемирной организации здравоохранения, «психические расстройства неумолимо тянутся к лидерству среди всех других форм заболеваний. Пальма первенства принадлежит депрессивным состояниям» [5]. В системе заболеваний жителей РМЭ заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения, как свидетельствуют статистические данные, также стабильно занимала доминирующее положение (см. Табл. 3)

Далее рассмотрим характер оценки респондентами состояния своего здоровья (ответы на вопрос «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?») в зависимости от того, какое место занимает в их жизни религия.

В 1994 и 2004 годах наибольшее число тех, кто указал на важность религии в их жизни, было среди респондентов с плохим здоровьем (см. Табл. 4). Так, в 1994 году среди респондентов с хорошим здоровьем (отметивших, что никогда не болеют) указали на важное место религии в их жизни 27,4 %, среди респондентов со средним здоровьем (иногда болеют) – 43 %, а среди респондентов с плохим здоровьем (есть хронические заболевания) – уже почти 60 %.

Таблица 4

**Связь между состоянием здоровья и местом,
которое религия занимает в жизни респондентов
(в % от числа опрошенных)**

Состояние здоровья респондентов	Какое место занимает религия в жизни респондентов?					
	важное		незначительное		никакое	
	1994	2004	1994	2004	1994	2004
Здоровье хорошее (никогда не болею)	27,4	37,1	51,4	46,5	21,1	16,4

Здоровье среднее (иногда болею)	43,0	51,6	47,2	41,2	9,8	7,2
Здоровье плохое (есть хронические заболевания)	59,6	60,6	32,7	32,5	7,7	6,9

Аналогичная зависимость просматривается и при перекрестном анализе ответов респондентов о состоянии здоровья и уровне их религиозности, а также об их удовлетворенности / неудовлетворенности собственным здоровьем и отношением к религии.

Чем хуже здоровье людей, тем выше религиозность (Табл. 5). Так, разница в ответах верующих респондентов с хорошим и плохим здоровьем в 1994 году составила 38,5 % (соответственно 27,2 % и 65,7 %), в 2004 году – примерно 25 % (соответственно 53,2 % и 78,1 %). Обнаруженная закономерность позволяет предполагать, что с улучшением состояния здоровья населения привлекательность религии должна будет уменьшаться.

Таблица 5

**Связь между состоянием здоровья респондентов
и их отношением к религии (в % от числа опрошенных)**

Состояние здоровья респондентов	Тип сознания					
	религиозный		колеблющийся		неверующий	
	1994	2004	1994	2004	1994	2004
Здоровье хорошее (никогда не болею)	27,2	53,2	31,9	13,7	29,5	28,3
Здоровье среднее (иногда болею)	45,0	67,1	34,3	11,6	14,1	17,5
Здоровье плохое (есть хронические заболевания)	65,7	78,1	18,8	6,9	9,8	13,2

Чем меньше удовлетворены респонденты собственным здоровьем, тем больше значения они придают в своей жизни религии. Так, в 2006 году среди респондентов, вполне удовлетворенных состоянием своего здоровья, 40,9 % указали на важность религии в их жизни,

среди респондентов, неудовлетворенных состоянием здоровья, – таковых значительно больше (57,2 %) (см. Табл. 6).

Таблица 6

**Связь между удовлетворенностью состоянием здоровья и местом, которое религия занимает в жизни респондентов, в 2006 г.
(в % от числа опрошенных)**

Удовлетворенность состоянием здоровья респондентов	Какое место занимает религия в жизни респондентов?			
	важное	незначительное	никакого места не занимает	затрудняюсь ответить
вполне	40,9	29,7	12,9	16,5
в основном	45,8	33,9	6,4	13,4
не совсем	48,6	32,9	6,9	11,4
не удовлетворен	57,2	26,2	6,6	9,1

В РМЭ прослеживается связь между здоровьем и степенью религиозности. Их закономерная зависимость уже получала освещение в работах зарубежных ученых. Так, в исследовании, проведенном К. Шейтлом в университете Пенсильвании, было показано, что 40% опрошенных, исповедующих религию со строгими социальными, моральными и физическими нормами, имеют прекрасное здоровье, по мере отдаления респондентов от религиозных обрядов уменьшается число оценивающих свое здоровье как отличное или хорошее. «Около 25% тех, кто входит в более либеральные религиозные группы, оценивают свое здоровье как отличное, и эта цифра снижается до 20% для людей, которые оставили религию» [9].

Наибольшее количество соблюдающих все или большинство религиозных обрядов и обычаев – среди респондентов РМЭ, которые имеют хронические заболевания (33,2 %); среди респондентов, никогда не болеющих, таковых значительно меньше (20 %, то есть меньше на 13,2 %). Респонденты, имеющие плохое здоровье, значительно больше, чем здоровые, посещают церковь (соответственно 54,6 % и 33,1 %).

Таким образом, население РМЭ чаще всего обращается к религии в случаях, когда имеются проблемы с физическим и душевным здоровьем респондентов и членов их семей. Религия, при всей важности ее нравственно-этических постулатов для общества, в целом, все-таки наиболее привлекательна для людей нездоровых или не удовлетворенных своим здоровьем.

Библиографический список

1. Банн, Алекс. Польза христианской веры для здоровья: доклад / Алекс Банн, Дэвид Рэндалл // Подробности // URL: <http://podrobnosti.ua/health/2011/04/29/767123.htm> (дата обращения: 23.05.2013).
2. Белан, Кирилл. Исследование: вера в Бога способствует укреплению здоровья / Кирилл Белан // Великая Эпоха (TheEpochTimes) // URL: <http://www.epochtimes.ru/content/view/58742/7> (дата обращения: 20.05.2013).
3. Коен, Дэниель. Исследование: вера влияет на ментальное здоровье / Дэниель Коен // Слово для тебя // URL: <http://www.word4you.ru/interesting/16571> (дата обращения: 30.04.2013).
4. Метьюс Дейл // Слово для тебя // URL: <http://www.razgovorsbogom.ru/vera-i-iscelenie.html> (дата обращения: 30.04.2013).
5. Кондратьев Ф.В. Значение религиозности для психического здоровья / Ф.В. Кондратьев // URL: <http://center-varyag.ru/articles/psiho/filosofija-i-psihologija-21/znachenie-religioznosti-dlja-psihicheskogo-zdorovja-111.html> (дата обращения: 20.05.2013).
6. Психология религии Э. Фромма // URL: <http://ebookbrowse.com/4r5-rtf-d63735723> (дата обращения: 30.04.2013).
7. Республика Марий Эл: статистический ежегодник «Республика Марий Эл» / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Марий Эл.– Йошкар-Ола, 2011. – 464 с.
8. Кениг Харальд. Вера и исцеление/ Харальд Кениг // Разговор с Богом // URL: <http://www.razgovorsbogom.ru/vera-i-iscelenie.html> (дата обращения: 30.04.2013).
9. Шейтл К. Как религия влияет на здоровье? / Кристофер Шейтл // Слово для тебя // <http://xn--90abge1acsbxq6ld.xn--p1ai/interesting/7924> (дата обращения: 30.04.2013).

О.А.Шавловская,

Лаборатория патологии вегетативной нервной системы, отдел
неврологии НИЦ, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Новые демографические тенденции сегодня приобретают особую актуальность в гериатрической практике. Во второй половине XX века значительно изменился возрастной состав населения. Улучшение социально-экономических условий, качества медицинской помощи в индустриально развитых странах привело к существенному увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Результатом этого стало значительное увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста.

В последние годы в России отмечаются отрицательные тенденции в показателях здоровья населения, прежде всего, за счет ухудшения демографической ситуации (показатели смертности превышают показатели рождаемости в 1,4 раза). Вследствие этого происходит сокращение численности населения (с одновременным ростом количества пожилых людей). По данным Всероссийской переписи населения 2010 года в нашей стране проживают около 47 млн. человек пожилого возраста, 71,8% составляют лица в возрасте старше трудоспособного. Наиболее быстро растущую возрастную группу в странах Европы составляют престарелые люди, которым за 80.

Согласно критериям ВОЗ (1982г.): возраст 60 лет – граница перехода в группу пожилых, 65 лет – «индикатор» пожилого возраста, возраст 60-74 лет принято считать пожилым, 75 лет и старше – старческим и свыше 90 лет – долгожители. Согласно статистическим данным по лицам пожилого

возраста в России и в мире: на 2000г. по результатам эпидемиологических исследований в мире проживало около 590-685 млн. человек в возрасте старше 65 лет; на 2005г. по результатам исследования возрастного состава населения, проживающего в Москве и Московской области, лица старше 65 лет составляют 19-20%, т.е. каждый пятый Москвич – лицо пожилого возраста.

Прогноз: через три десятилетия треть жителей в развитых странах будут старше 60 лет, а весь мир достигнет этой пропорции к 2150 году. С одной стороны, долголетие – это одно из завоеваний XXI века, с другой – старение населения и сокращение рождаемости в развитых странах – это острая социальная проблема, ведущая к социальной дезадаптации.

Причины социальной дезадаптации у лиц пожилого возраста имеют мультифакторную природу, а именно, сочетание медицинских, психологических, социальных факторов на фоне органической мозговой дисфункции (инволюции). Это – и потеря социального статуса в связи с выходом на пенсию, и, как следствие, изменение материального статуса и зависимость от работающих членов семьи, изменение семейного статуса и одиночество, как в кругу семье, так и среди друзей. В этот период происходит переоценка ценностей, и, наряду с инволюционными изменениями (неловкость, неуверенность в своих действиях, когнитивное снижение), и повышенной стрессодоступностью (тревога, депрессия), обостряют ощущения беспомощности, невостребованности и ненужности, что неизбежно ведёт к обострению хронических заболеваний, частым повторным госпитализациям.

Основной контингент больных, посещающих поликлинику – это лица пожилого возраста. Так, на 1 больного в возрасте 50 лет и старше приходится от 1,7 до 3,6 заболевания (в то время как для лиц 70 лет и старше – 5-7 заболеваний). Наиболее часто жалобы, с которыми обращаются к врачу¹³⁴⁷

пожилые пациенты, связаны с проявлениями цереброваскулярной болезни (инсомния, депрессия, когнитивные расстройства), обострения хронических соматических заболеваний, побочными явлениями от частого и порой неконтролируемого использования лекарственных препаратов.

Жалобы на повышенную утомляемость, частые головные боли, раздражительность, снижение работоспособности, нарушения памяти и внимания, нарушения сна, при наличии явной неврологической симптоматики могут быть проявлением цереброваскулярной болезни, а именно дисциркуляторной энцефалопатии. Постепенное прогрессирование заболевания и усугубление симптоматики является мощнейшим фактором социальной дезадаптации.

Психовегетативные нарушения в пожилом возрасте также нередко сопровождаются жалобами на повышенную утомляемость, частые головные боли, раздражительность, нарушения памяти (прежде всего оперативной), снижение функции внимания, снижение работоспособности, нарушения сна и проявляются соматическими симптомами (лабильность пульса и артериального давления, акроцианоз и гипергидроз, кардиалгии, боли в эпигастральной области, мочеполовых нарушений) могут стать причиной тревожного фона настроения. Так пациенты с повышенной тревожностью в 6 раз чаще посещают кардиолога, в 2,5 раза – ревматолога, в 2 раза – невролога, уролога, ЛОР-врача, в 1,5 раза – гастроэнтеролога и в 1,5 раза – обращаются за помощью в стационар.

Согласно данным ряда эпидемиологических исследований, от 25 до 48% людей старше 65 лет испытывают разнообразные нарушения сна. Нарушения сна (инсомния) чаще всего наблюдается в сочетании с другими соматическими и неврологическими заболеваниями. Инсомния – повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся, несмотря на наличие достаточного¹³⁴⁸

количества времени, и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида. В условиях полиморбидности патологии у пожилых, когда одна патология накладывается на другую, усугубляя и утяжеляя проявления, лечить нарушения сна у этой категории пациентов представляется весьма непростой задачей. Зачастую врачи не лечат инсомнию, чтобы избежать полипрагмазии и ятрогенной патологии. Нередко плохой сон (ранние пробуждения), наряду с другими соматическими жалобами такими как, изменение аппетита и веса тела (снижение), астения, нарушения сердечного ритма, головокружения, тошнота, запоры, изжога может быть маской соматизированной депрессии у лиц пожилого возраста.

Наибольшие трудности испытывает врач поликлинического звена, столкнувшийся с атипично протекающими соматизированными депрессиями (под маской какого-либо соматического заболевания). Депрессию у пожилых выявить сложнее, так как часто встречается маскированная депрессия, проявляющаяся апатией или соматическими жалобами, собственно симптомы депрессии скрыты и не очевидны. Больной, как правило, не предъявляет активных жалоб на плохое настроение, угнетённость или снижение жизненных интересов. Главным отличительным признаком соматизированной депрессии является доминирующие в клинической картине соматические и/или вегетативные проявления. Общим признаком соматизированной депрессии является наличие в их структуре, наряду с расстройствами настроения многочисленных болезненных соматических симптомов. Соматические симптомы выступают на первый план, перекрывая по степени выраженности депрессивные расстройства.

Так среди больных с соматическими и неврологическими заболеваниями депрессия встречается в 2 раза чаще. В свою очередь, сочетание депрессии с соматическими и неврологическими заболеваниями, особенно у пожилых женщин, увеличивает риск смерти. Отмечена высокая частота встречаемости депрессии при основных соматических и неврологических заболеваниях: болезнь Паркинсона до 90%, сосудистая¹³⁴⁹

энцефалопатия 60%, постинсультные состояния до 50%, злокачественные новообразования 25-38%, артериальная гипертензия 30%, первично-дегенеративные деменции 20-30%, диабет 24%, инфаркт миокарда 15-20%, ишемическая болезнь сердца 16-19%. С учётом приёма нескольких лекарственных средств (иногда как результат самолечения) пациентами пожилого возраста по поводу соматических заболеваний, следует помнить, что одним из факторов развития депрессии является ответ на лекарственную терапию. Существует достаточно большое количество лекарственных средств, которые, воздействуя на нейромедиаторные процессы в ЦНС, приводят к развитию депрессивных состояний. Перечень этих препаратов весьма велик и многие из них имеют частое ежедневное использование.

Возрастные факторы не только накладывают отпечаток на клиническую картину невротических состояний, но и принимают участие в их возникновении и динамике. Отмечается высокая специфичность тревоги для позднего возраста, более чем в 80% случаев симптомы тревоги имеются как в чистом виде, так и в составе тревожно-тоскливого аффекта. Учащение тревожных депрессий с возрастом – от 7,3% в климактерическом до 30,9% в позднем. Тревожные расстройства у стариков – это основной фактор, скрывающий депрессию.

Нередко жалобы, которые предъявляют пожилые пациенты, связаны со снижением памяти и уменьшением умственной работоспособности. Врачи-неврологи, а также врачи общей практики должны быть нацелены на раннее выявление когнитивных нарушений у пожилых пациентов. Обусловленные возрастом когнитивные нарушения проявляются легкими нарушениями памяти и некоторым замедлением скорости психических процессов. До 75% лиц старше 65 лет недовольны своей памятью. К нормальным возрастным изменениям следует отнести небольшое ослабление памяти, внимания и других когнитивных функций. Поэтому мышление лиц пожилого возраста становится несколько замедленным. Пожилым лицам нужно больше времени для выполнения различных когнитивных заданий, они быстрее устают. С возрастом отмечается также уменьшение объема оперативной памяти, что снижает способность к обучению и усвоению новых знаний и навыков. Наконец, еще один типичный для пожилых лиц когнитивный симптом – трудности перехода с одного этапа когнитивной деятельности на1350

следующий этап. В результате этого пожилые люди менее склонны менять стратегию своего поведения, и, следовательно, они становятся более консервативными.

У лиц пожилого возраста депрессию чаще всего ошибочно принимают за деменцию. И депрессия, и деменция могут характеризоваться замедленностью психической активности, апатией, пренебрежительным отношением к себе, отстранённостью, раздражительностью. Так распространённость симптомов депрессии среди больных деменцией альцгеймеровского типа варьирует в различных исследованиях до 86% и чаще встречаются на относительно ранних этапах заболевания. Важной проблемой является разграничение депрессии и так называемые псевдодеменции, под которой понимают нарушения, обусловленные функциональными психическими расстройствами, и которые по своим проявлениям напоминают деменцию. Депрессия имеет наибольшее значение среди псевдодеменции («когнитивные нарушения при депрессии», «депрессивная псевдодеменция») – она выявляется у 2-15% больных, направленных на обследование по поводу деменции. Среди проявлений депрессии, имитирующих деменцию, следует отметить снижение памяти, особенно на недавние события, и замедленность мышления. Особенность депрессивных расстройств при деменции – отсутствие депрессивного характера жалоб у больных, поэтому признаки депрессии определяются на основании объективной оценки (наличия пониженного настроения, утраты интересов, снижения активности, повышенной утомляемости, заниженной самооценки, пессимистического видения будущего). В крайне редких случаях выявляются суицидальные мысли или действия, самоповреждения, нарушения сна и аппетита. Длительное наблюдение за пациентами с псевдодеменцией показывает, что лишь у небольшой части из них в последующем развивается собственно деменция. В то же время, есть¹³⁵¹

данные о 50% риске развития деменции в течение нескольких последующих лет у пожилых больных с депрессией. К сведению: среди пациентов старше 65 лет синдром деменции выявляется у 8,8%, у 65% впервые, при этом 67% не предъявляют врачам никаких когнитивных жалоб.

Среди людей старше 65 лет психические нарушения различной степени составляют 30-35%, из них психозы с выраженными расстройствами – 3-5%. Распространенность психических расстройств среди лиц в возрасте старше 60 лет выше, чем среди общего населения. По данным эпидемиологических исследований она составляет 27,4%.

Согласно рекомендациям Международной Психогериатрической ассоциации (1994) «практически здоровые» пожилые составляют 32,6% популяции. К практически психически здоровым пожилым людям, помимо лиц, не имеющих никаких психических нарушений, могут быть отнесены лица с различными вариантами акцентуации личностных особенностей и «доброкачественной» старческой забывчивостью. О синдроме «связанного со старением снижения когнитивных способностей» можно говорить в тех случаях, когда имеются нарушения в одной или нескольких когнитивных сферах, не достигающие выраженности деменции и обусловленные естественными инволютивными изменениями. Низкая обращаемость пожилых психически больных за необходимой психиатрической помощью и недостаток доступных пожилым специализированных психиатрических служб приводит к низкой выявляемости психической патологии у пожилых людей, в частности, поздней депрессии.

Дополнительным фактором социальной дезадаптации лиц пожилого возраста, наряду с инволютивными изменениями и полиморбидностью соматической и неврологической патологии, является изменение их социального статуса и материальной независимости. Снижение уровня материального благополучия и качества жизни пожилых людей снижает их адаптационные способности, что делает семьи более уязвимыми с позиций внутрисемейного микроклимата, психического фона членов семьи.

В одном из проведённых исследований методом опроса выявляли степень изменения социального статуса семьи и внутрисемейного микроклимата у членов семей, в которых проживали пожилые больные с постинсультными нарушениями. В 42,3% имелась полная зависимость пожилого больного, перенёсшего инсульт, от родственников, в 21,3% – в значительной степени. Среди опрошенных родственников, ухаживающих за больным, в основном лица пенсионного возраста, которые были вынуждены поменять свой распорядок дня, обеспечивая уход за больным. Степень их социальной дезадаптации в 46% оценена как выраженная, в 28% как умеренная. Т.е., степень социальной дезадаптации пожилого человека в связи с болезнью возрастает в разы и, тем самым, усугубляет течение болезни и изменяет внутрисемейный климат.

В подтверждение вышесказанного, следует отметить, что депрессивные реакции, связанные с воздействием стрессового фактора, диагностируются у 8,5% лиц в возрасте старше 60 лет. Наибольшая насыщенность стрессогенными факторами в пожилом возрасте приходится на 60-69-летний период жизни. Среди изучаемых психотравмирующих факторов, предшествующих депрессии, наиболее часто (68%) выявлялись собственно соматическое заболевание и смерть или заболевание близких (65%).

Среди факторов медико-социальной дезадаптации пожилого возраста дополнительным и не менее важным моментом являются инволюционные изменения фармакокинетики, которые следует учитывать каждый раз, назначая пожилому пациенту лекарственные средства. Вследствие определённых возрастных изменений функционирования основных органов и систем, обеспечивающих фармакокинетику лекарственных средств у лиц пожилого возраста, при фармакотерапии возрастает риск её осложнений. У лиц пожилого возраста отмечается прогрессирующая гипокинезия желудка и кишечника, атрофические изменения их слизистой оболочки, снижение кровотока в ЖКТ, снижение секреции соляной кислоты и повышение pH желудочного сока. В результате биодоступность лекарственных средств снижается.

У пожилых больных на 10-15% снижено содержание общей и эффективной концентрации альбуминов в крови. Имеется изменение соотношения связанного препарата к свободному в пользу последнего. Таким образом, при назначении фармпрепарата, особенно связывающегося с альбуминами крови на 85-90% и более, необходимо коррекционное снижение дозы лекарственного средства.

Пожилые люди имеют меньшую мышечную массу, общее и процентное содержание воды в организме, меньший объем плазмы, сниженные концентрации альбуминов и содержание жировой ткани.1353

Это ведёт к уменьшению объема распределения водо- и жирорастворимых веществ. К тому же, у лиц данной возрастной категории сниженный минутный объем крови. После 45-60 лет процесс биотрансформации лекарственных средств в печени снижается, а в возрасте 60-80 лет вдвое падает кровоток в печени, снижается способность печени восстанавливаться после различного рода повреждений. Кроме того, с возрастом снижается скорость почечной экскреции лекарственного средства, а выведение летучих препаратов уменьшается из-за лёгочной вентиляции. Учитывая все возрастные изменения, неполноценность процессов биотрансформации препаратов в печени, снижение выделительной функции почек, лёгких, начальные дозы назначаемых препаратов следует уменьшить на 25-50%.

Среди медико-социальных факторов дезадаптации пожилого возраста, на первый план выходит сужения коммуникативной активности, изменение жизненной позиции и социальной значимости. Они влекут за собой изменения социальной жизни – обеднение контактов с общественной средой, ограничение или полное отсутствие внутрисемейного общения или отгороженность от социального окружения в рамках семьи. Оценка и отношение к психотравмирующим ситуациям в позднем возрасте изменяется с трудом из-за утраты «гибкости и подвижности эмоций». Появляющаяся инертность, «застойность», «вязкость» и «застревание» эмоций отражаются на оценке перспектив, самооценке и направленности личности.

Н.Г. Шамшурина,

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения
и медицинского страхования,
Москва

АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПОЛНОГО ТАРИФА НА МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Под тарифной политикой понимается определение общих целей, которые организация здравоохранения собирается достичь с помощью цен (тарифов) на свои услуги. Цена медицинской услуги – это та сумма денег, за которую пациент (плательщик) может купить, а врач (медицинская организация, производитель) готов продать данную медицинскую услугу. Тариф – ставка, по которой взимается плата за услуги. По экономической сути цена и тариф совпадают. Важно отметить, что формирование рыночной цены медицинской услуги не может основываться исключительно на принципах экономической эффективности, но требует обязательной координации экономических интересов сторон обмена, поскольку медицинская услуга – это доверительное благо (*credencegood*), подлинная ценность которого известна только врачу. Помимо этого, требует ограничений процесс коммодификации (превращения в товар) *здоровья* на рынке медицинских услуг, так как медицинская услуга – это социально нагруженное благо и её реализация часто сопровождается ценностным конфликтом.

Современная методика ценообразования предполагает: определение цели медицинской организации; знание нормативно-правовой базы ценообразования; выбор расчётной единицы цены; наличие стандарта

медицинской помощи порядков её оказания; определение расходов по элементам затрат.

В соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», п.1, «тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включает в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования». В главе 7 статье 35, п.7, этого же Федерального закона уточнена структура полного тарифа на медицинскую услугу системы обязательного медицинского страхования, а именно, «структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу». В пункте 8 говорится, что «Правительство»¹³⁵⁶

Российской Федерации вправе при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом».

С удовлетворением необходимо отметить, что формулировки данного закона стали прорывом в практике ценообразования в условиях обязательного медицинского страхования, и от реализации закона можно ждать положительных перемен в финансировании организаций здравоохранения. Известно, что ранее тариф компенсировал лишь 4-5 статей расходов (по заработной плате, начислениям на неё во внебюджетные фонды, затратам на лекарственные препараты, мягкий инвентарь, питание пациента в стационаре), в то время, как учреждение здравоохранения несло значительно больше расходов, которые должны были быть компенсированы из других источников, в частности, - из бюджета (зачастую, не всегда и не полностью). Подобная практика формирования тарифа в системе ОМС приводила к тому, что тариф долгое время являлся ценой медицинской услуги, ниже её себестоимости. «Такое ценообразование выглядело как теоретический абсурд, хотя ясно, что это не ошибки экономистов, а общая неблагоприятная экономическая ситуация для развития системы обязательного медицинского страхования (т.е. экономист, рассчитывающий тарифы на медицинские услуги, не может отвечать за простои предприятий и невыплату заработной платы и вследствие этого,- за отсутствие нужного количества финансовых ресурсов в территориальных фондах ОМС.»⁸¹

⁸¹ Шамшурина Н.Г. «Платные медицинские услуги и ценообразование в условиях коммерциализации сферы здравоохранения в Российской Федерации».- Здравоохранение, 1996, №6, с.9.

Помимо бюджета, ещё одним источником дополнительных финансовых средств учреждения здравоохранения, являются доходы от реализации платных медицинских услуг. Но ранее этот доход не мог в полной мере компенсировать затраты организации здравоохранения, поскольку не менее четверти (а в иные годы и больше) от этого дохода являлось налогом на прибыль. «При этом лечебному учреждению хронически не хватало средств. Не лучше ли было бы до оздоровления общей экономической ситуации, освободить ЛПУ от налога на прибыль, чтобы прибыль стала источником самофинансирования лечебного учреждения?»⁸² В связи с этим, считаем положительным решение Правительства Российской Федерации, удовлетворяющее экономические интересы организации здравоохранения в условиях сохраняющегося дефицита финансов⁸³, принять Постановление от 10.11.2011 N 917 «Об утверждении перечня видов ... медицинской деятельности, осуществляемой организациями, для применения налоговой ставки 0 процентов по налогу на прибыль организаций».

Подчеркнём, что эти новые условия ценообразования и налогообложения создают экономические предпосылки для повышения качества медицинских услуг.

Сегодня в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. №1074 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», раздел У1: «тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются

⁸² Там же, с.11.

⁸³ Финансирование программы госгарантий в 2009-2011 гг. (по данным Минздрава России) характеризуется следующими снижающимися показателями: процент от ВВП в 2009 году составил 3,5%, в 2010 году - 3,2%, в 2011 году - 2,9%. - См. подробнее: доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в 2011 году, <http://rosminzdrav.ru/docs/mzsr/finance/30>, дата изъятия 25.08.2012; ж. Здравоохранение, №11, 2012, с.22.

соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, представителями СМО, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников и формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи» (по подушевому нормативу, за единицу объема медицинской помощи, с учетом показателей результативности, за законченный случай лечения, и др.». Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" определяет метод расчета тарифа на оплату медицинской помощи: "В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе её предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). К затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), относятся:

1) затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации;

2) материальные запасы, полностью потребляемые в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (её структурного подразделения) медицинским инструментарием, мягким инвентарем, изделиями медицинского назначения для оказания данного вида медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и профилактического питания;

3) затраты (амортизация) оборудования, используемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским оборудованием.

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся: 1) затраты на оплату труда персонала учреждения, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги); 2) хозяйственные расходы; 3) затраты на уплату налогов (кроме начислений на выплаты по оплате труда), пошлины и иные обязательные платежи; 4) затраты (амортизация) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).”

Кроме того, для расчёта стоимости медицинской услуги структурные подразделения медицинского учреждения делятся на основные и вспомогательные, оказываемые услуги - на простые, сложные и комплексные, а расходы учреждения - на прямые и косвенные. К основным подразделениям медицинского учреждения относятся профильные отделения стационаров, отделения (кабинеты) поликлиник, диагностических центров, параклинические отделения, в которых пациенту обеспечивается оказание медицинских услуг. К вспомогательным подразделениям относятся общеучрежденческие службы, обеспечивающие деятельность лечебно-диагностических подразделений (администрация, отдел кадров, бухгалтерия, кабинет медицинской статистики, регистратура, аптека, стерилизационная, хозяйственные службы и пр.).

К прямым расходам относятся затраты, непосредственно связанные с медицинской услугой и потребляемые в процессе ее оказания: оплата₁₃₆₀

труда основного персонала; начисления на оплату труда основного персонала; материальные затраты, потребляемые в процессе оказания медицинской услуги полностью (медикаменты, перевязочные средства, продукты питания, одноразовые медицинские принадлежности и др.); износ мягкого инвентаря по основным подразделениям; амортизация медицинского и прочего оборудования, используемого непосредственно в лечебно-диагностическом процессе.

К косвенным расходам относятся те виды затрат, которые необходимы для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги: оплата труда общеучрежденческого персонала; начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала; хозяйственные затраты (затраты на материалы и предметы для текущих хозяйственных целей, на канцелярские товары, инвентарь и оплату услуг, включая затраты на текущий ремонт и т.д.); затраты на командировки и служебные разъезды; износ мягкого инвентаря во вспомогательных подразделениях; амортизация зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинских услуг; прочие затраты. Перечисленные косвенные затраты относятся на стоимость медицинских услуг, как правило, через расчетные коэффициенты.

Полный тариф в системе обязательного медицинского страхования в соответствии с новым законодательством должен включать в себя весь перечень названных расходов учреждения здравоохранения и в расчёте на единицу объёма медицинской помощи (простую медицинскую услугу, комплексную медицинскую услугу, условную единицу трудоёмкости, один пациенто-день, одно посещение и т.п.) равен себестоимости единицы объёма.

Современные подходы к калькулированию себестоимости предполагают использование метода «пооперационного калькулирования» или «ABC – системы».

При определении затрат на оказание медицинской помощи, интерпретируя оказание медицинской помощи как «модель процессов», академик РАМН А.В. Решетников отмечал, что «такой подход даёт возможность использовать стандартные методы оценки ...любых ресурсов (в том числе и стоимости) в ходе всего процесса; например, «Расчет стоимости, основанной на действиях» (Activity Based Costing) – один из методов определения стоимости, наиболее подходящий для сферы услуг. Результаты применения стоимостных методов могут отражаться на тарифах и других медико-экономических показателях»⁸⁴.

Калькулирование себестоимости, основанное на операциях, есть усовершенствованная система калькулирования себестоимости, позволяющая лучше отследить и измерить накладные расходы, используемые для производства конкретных видов продукта, работ и услуг. Прогресс в области информационных технологий позволяет ускорить совершенствование системы калькулирования. Для применения данной системы главный врач должен наладить в своем лечебном учреждении управленческий учёт. В чём сущность «Activity-basedcosting (ABC) – пооперационного калькулирования себестоимости (или, иначе, ABC – системы, ABC – подхода, АВ - костинга)»?

Система пооперационного калькулирования себестоимости (ABC – система) рассматривает отдельную операцию как основной объект калькулирования. Операция – это единица работы с отдельной целью,

⁸⁴Решетников А.В. Процессное управление в социальной сфере.- М.: Медицина, 2001, с.280.

например, проектирование продукта медицинского назначения (создание протеза), установка медицинского оборудования, обслуживание этого оборудования и реализация (сбыт) продукта медицинского назначения. ABC – система подсчитывает затраты по отдельным операциям и суммирует их. Основное внимание ABC – системы сосредоточивается на косвенных затратах, потому что прямые затраты могут быть относительно легко отслежены по работам или продукту. В настоящее время этот метод пока не используется в тарифообразовании системы ОМС, но он вполне применим в расчетах цены медицинской и сервисной услуги коммерческих медицинских организаций.

Чтобы определить ранее упомянутые операции, коммерческая стоматологическая поликлиника, например, должна организовать команду из сотрудников различных отделов, в т.ч. отдела сбыта, бухгалтерии и администрации. Команда определяет ключевые операции: предоставление конкретных видов медицинских услуг; обслуживание медицинского оборудования; дезинфекция помещений; администрирование и управление всеми процессами в данной коммерческой медицинской организации.

В системе ABC определяются операции и затраты по ним, поэтому на более детализированном уровне можно выяснить, как организация использует свои ресурсы. Три отличительные черты характеризуют ABC – систему: косвенные затраты распределяются на группы по операциям (например, 3 операции (действия) – 3 группы косвенных затрат); для каждой группы определяется базовая единица учёта затрат, на основе которой будут измеряться затраты; в некоторых случаях затраты, собранные в определённой группе, могут быть прямо отнесены на продукт, а не на выделенную операцию. ABC – система позволяет более точно подсчитать себестоимость операций. Цель – рассчитать полную себестоимость деятельности, распределить затраты по видам медицинских услуг (продуктам)₁₃₆₃

медицинской деятельности) и подсчитать затраты на единицу услуги. К калькулированию себестоимости обычно применяется пошаговая методика: выбор объектов калькулирования затрат; определение прямых затрат по продуктам; выбор базовой единицы для распределения косвенных расходов по продуктам медицинского назначения; определение косвенных расходов на основе выбранных базовых единиц учёта затрат (например, затраты на услуги рентгеновского кабинета связаны с единицей – 1 рентгеновский снимок (базовая единица для рентгенологии), в нашем случае продуктом является медицинская стоматологическая услуга, приравненная к 1 УЕТ); подсчёт величины косвенных расходов, распределяемых по продуктам медицинского назначения; расчет полной себестоимости продукта медицинского назначения путем сложения всех прямых и косвенных затрат. Желательно сначала рассчитывать общую себестоимость, а затем - на единицу продукта медицинского назначения, разделив общую себестоимость на количество медицинских стоматологических услуг, или количество УЕТ.

Использование ABC-системы важно: для выбора ценовой стратегии; для анализа прибыли: по продуктам; по клиентам; по процессам; по подразделениям; а также - для лучшего измерения результатов и для анализа причин возникающих затрат.

В западных компаниях ABC-система постепенно вытесняет другие системы калькулирования или она становится дополнительной системой в более 70% компаний⁸⁵. На начальных этапах развития ABC – система использовалась в основном на промышленных предприятиях, но затем нашла своё применение в сфере услуг.

⁸⁵ см. более подробно: Хорнгрен Ч. и др. Управленческий учет.: Питер, 2005. - 1008 с. - с.220.

Метод прямого счёта (применяется, когда оказание медицинской услуги требует использования отдельных специалистов и специфических материальных ресурсов). Тогда затраты на оказание медицинской услуги определяются по формуле:

$$З_{\text{усл.}} = З_{\text{оп}} + З_{\text{мз}} + З_{\text{ам}} + З_{\text{из}} + З_{\text{н}}, \text{ где}$$

$З_{\text{усл}}$ – затраты на оказание медицинской услуги;

$З_{\text{оп}}$ – затраты на оплату труда основного персонала;

$З_{\text{мз}}$ – затраты на приобретение материальных запасов, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской услуги;

$З_{\text{ам}}$ – сумма амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги;

$З_{\text{из}}$ – иные затраты;

$З_{\text{н}}$ – накладные затраты (расходы), относимые на стоимость медицинской услуги.

Субсидирование ЛПУ по полному тарифу может решить проблему безубыточности деятельности учреждений здравоохранения, определённых в 83-ФЗ⁸⁶ как бюджетные и автономные, поскольку расчет субсидии на выполнение государственного (муниципального) задания этими учреждениями осуществляется на основе расчёта затрат на оказание государственных услуг в соответствии с нормативами затрат на единицу оказания государственных услуг.

Кроме того, в методике расчёта полного тарифа, согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст.37,80,81), должны учитываться следующие положения: медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания

⁸⁶ №83-ФЗ от 8 мая 2010 года «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»

медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объёмы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи.

Н.Х.Шарафутдинова, М.Ю.Шарафутдинова, Р.М. Мустафин,
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УФЫ

Неблагоприятные тенденции общественного здоровья имеют отчетливую зависимость от социально-экономической и общественно-политической обстановки в стране (Комаров Ю.М., 2007). В последние годы как в целом в РФ, так и во многих субъектах ухудшилось социально-экономическое положение, что отразилось на качестве и уровне жизни большей части населения. Параллельно ухудшились доступность и качество медицинской помощи. Дефицит финансирования программы государственных гарантий ограничивает возможность населения получить в полном объеме стационарную медицинскую помощь. Это увеличивает летальность больных на дому. Известно, что основной причиной высокой смертности населения является не только социальные, экономические и поведенческие причины, но и организационные. Обеспечение населения доступной медицинской помощью – важнейшая задача системы охраны здоровья граждан, направленная на создание целого комплекса мероприятий организационного, социального и медицинского характера (Комаров Ю.М., 2007; Щепин О.П., 2006; Стародубов В.И., Суханова Л.П., 2012).

Для изучения медико-социальной удовлетворенности населения г. Уфы провели анкетирование 1000 человек, половина из них проживали в северной части города, где смертность статистически значимо была выше, чем южных районах г. Уфы. Поэтому в контрольную группу вошло население,

проживающее в южной части г. Уфы. Анкетирование проведено на базе поликлиники № 1 и поликлиники № 32 г. Уфы. Было обработано 800 анкет.

Распределение респондентов по полу и возрасту показало, что в мужчины составили 41,5 %, женщины – 58,5 %.

Среди респондентов, проживающих в северной части (далее основная группа) 3,4% были в возрасте до 20 лет, 15,8% – в возрасте 20-29 лет, 21,4% - в возрасте 30-39 лет. Большая часть оказалось в возрасте 50-59 лет (23,2%), небольшая часть в возрасте старше 70 лет. Респонденты, проживающие в южной части (далее контрольная группа), по возрасту мало отличались от основной группы: также большинство были в возрасте 50-59 лет (21,8%), меньшая часть в возрасте до 20 лет (2,5%).

В последние годы число людей, получивших высшее и среднее специальное образование, значительно возросло. Поэтому распределение респондентов выявило, что большую долю составили лица, имеющие высшее образование 25,4% в основной группе и 33,2% – в контрольной группе. Имели среднее специальное образование 38,3% и 34,0% соответственно. С незаконченным высшим образованием оказалось 4,5 и 6,2%, с общим средним образованием – 31,8 и 26,6%.

Удовлетворенность населения во многом определяется его социальным статусом. Работающие лица, получающие достойную заработную плату, обычно выражают и большую социальную удовлетворенность. Мы распределили опрошенных по социальному положению. Оказалось, что большую их часть составили работающие лица. В основной группе половина опрошенных, а в контрольной группе несколько меньше (44,5%) оказались работающими лицами.

Вторую группу по удельному весу заняли пенсионеры. Их доля в основной группе составила 27,3%, в контрольной группе несколько больше

(31,6%), что объясняется более молодым возрастом населения, живущего в северной части города.

Благополучие и социальная удовлетворенность населения зависит от условий быта, дохода семьи. Опрошенные нами респонденты в основном проживали в благоустроенных квартирах (52,3% в основной группе и 58,9% – в контрольной группе). Проживают в коммунальной квартире 6,5% в основной группе и 4,0% в контрольной группе.

Проживающих лиц в благоустроенной квартире оказалось несколько больше в контрольной группе (68,9%), по сравнению с основной группой, что можно объяснить, что южная часть города является более благоустроенной, культурным и административным центром.

Распределили респондентов по материальному состоянию. В анкете были предусмотрены 4 варианта ответов: высокий (выше 15 тыс. на члена семьи); средний (от 10-до 15 тыс. на члена семьи); на уровне прожиточного минимума; ниже прожиточного минимума. Результаты исследования показали, что доход в размере выше 15 тыс. на члена семьи имеют 10,2% в основной группе и 12,5% – в контрольной группе.

В основной группе больше, чем в контрольной были респонденты, у которых доход на члена семьи был в размере прожиточного минимума, а в контрольной группе, напротив, больше лиц, имеющих доход от 10 до 15 тыс. руб.

Такие различия в доходе семьи опрошенных респондентов обусловлены тем, что в Кировском районе (контрольный район) большинство работают в административных должностях, банках, в коммерческих структурах, в административных должностях.

Анализировали индекс удовлетворенности опрошенных условиями труда и обучения, состоянием окружающей среды, качеством питьевой

воды, качеством продуктов питания, очисткой и озеленением дворовых территорий, доступностью бесплатной медицинской помощи, качеством бесплатной медицинской помощи. Индекс удовлетворенности определялся среди респондентов основной и контрольной групп.

Индекс удовлетворенности населения (ИУ) был рассчитан по формуле:
$$\text{ИУ} = a + 3/4b + 1/2c,$$

где варианты ответа: а – «да, вполне удовлетворены»; б – «скорее да»; в – «затруднились с ответом»; г – «скорее нет»; д – «нет».

Результаты такого исследования показали, что индекс удовлетворенности условиями труда и обучения был выше в контрольной группе и составил 42,0, тогда как в основной группе только 49,0 (табл. 5.8). Такие различия, возможно, обусловлены наличием в северной части промышленных предприятий, где занято большинство жителей Орджоникидзевского района.

Среди основной группы меньше респондентов, удовлетворенных состоянием окружающей среды (32,0), тогда как среди респондентов контрольной группы этот показатель составил 48,0. В ответах респондентов, живущих в северной части города, оказалось меньше удовлетворенных качеством питьевой воды (42,0), качеством продуктов питания (31,0), очисткой и озеленением дворовых территорий (30,0), тогда как эти показатели в контрольной группе составили 50,0, 36,0 и 36,0 соответственно.

Бесплатную медицинскую помощь население г. Уфы получает по программе госгарантий. Лечебно-профилактические учреждения по г. Уфе равномерно распределены, то есть доступность обеспечена примерно одинаково. Однако результаты исследования показали, что несколько меньше в основной группе было ответов удовлетворенных, не совсем

удовлетворенных и затруднившихся ответить по поводу качества и доступности медицинской помощи.

Мы изучили индекс удовлетворенности в зависимости от возраста опрошенных лиц. Результаты исследования показали, что лица молодого возраста больше, чем старшего возраста, выразили неудовлетворенность состоянием окружающей среды и питьевой воды. Так в возрасте до 20 лет индекс удовлетворенности состоянием окружающей среды составил 28,0, тогда как в возрасте 50-59 лет – 42,0. Условиями труда и обучения неудовлетворенных оказалась больше в старших возрастных группах, так как обучающиеся условиями обучения были больше удовлетворены, чем не удовлетворены.

В контрольном районе удовлетворенность условиями труда и обучения было больше в возрасте до 20 лет и 20-29 лет, и ниже в остальных возрастных группах. Состояние окружающей среды в молодых возрастных группах также было оценено выше. Индекс удовлетворенности качеством питьевой воды и продуктов питания по возрастным группам колебался незначительно, а очисткой и озеленением территорий был выше в молодых возрастных группах.

Организацией бесплатной медицинской помощью и ее качеством большую удовлетворенность выразили больше лица в возрасте 30-39 и 40-49 лет. Основными факторами высокой смертности население считает низкую доступность медицинской помощи, высокую стоимость лекарств, низкий уровень пенсионного обеспечения, плохие жилищные условия и на последнем месте среди факторов указали образ жизни.

В разработке мероприятий по охране здоровья населения было использовано мнение опрошенных. Для этого в анкете были представлены вопросы открытого и закрытого типов, касающихся мер по охране здоровья, которые должны выполняться правительством и должностными лицами.¹³⁷¹

Одним из значимых мероприятий опрошенные считают снижение стоимости лекарственных препаратов (78,0 на 100 опрошенных) и увеличить количество врачей-специалистов в поликлиниках (78,0 на 100 опрошенных).

Таким образом, анализ социальной удовлетворенности населения свидетельствует, что индекс удовлетворенности, который включает в себя такие ответы как вполне удовлетворены, скорее удовлетворены, затруднились с ответом, свидетельствует о низкой удовлетворенности состоянием окружающей среды, уборкой и озеленением дворовых территорий, качеством и доступностью бесплатной медицинской помощи. Индекс удовлетворенности населения по всем критериям был ниже в северной части города, по сравнению с южной территорией.

Резюме. Индекс социальной удовлетворенности населения оценили среди населения, проживающих в разных частях г. Уфы. Среди лиц, проживающих в северной части города (Орджоникидзевский район), индекс удовлетворенности оказался ниже, чем среди проживающих в южной части города (Кировский район). Более значимые различия выявлены в индексе удовлетворенности состоянием окружающей среды, качество питьевой воды. Среди жителей обоих районов низкий индекс удовлетворенности качеством и доступностью бесплатной медицинской помощи.

Библиографический список

1. *Комаров Ю.М.* Высокая смертность как ведущая причина депопуляции // Проф. забол. и укрепл. здоровья. – 2007. – № 5. – С. 4-7.
2. *Стародубов В.И., Суханова Л.П.* Репродуктивные проблемы демографического развития России. – М., 2012: изд-во Менеджер здравоохранения. – 318 с.
3. *Щепин О.П.* Влияние здравоохранения на состояние здоровья населения // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2006. – № 2. – С. 9-13.

ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Модернизацию российского здравоохранения характеризуют следующие черты: она носит «догоняющий» характер, осуществляется «сверху», в условиях низкого финансирования и проходит поэтапно. Два десятка лет преобразований ощутимых результатов не принесли ни в плане улучшения показателей здоровья, ни в плане роста удовлетворенности населения. Поэтому выявление препятствий на пути осуществления поставленных целей стала сегодня актуальной задачей.

Мы уже давно существуем в условиях глобализации социально-экономических и культурных процессов, поэтому для оценки внутреннего развития страны необходимо оглядываться на мировые процессы, мировой опыт, мировые стандарты. С этой целью созданы и активно используются показатели, позволяющие проводить страновые сравнения. Важным международным показателем в оценке эффективности модернизационных процессов является индекс человеческого развития (ИЧР). ИЧР показывает, насколько в стране созданы условия для развития личностного потенциала. В этом индексе три компонента. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении – компонент, указывающий на эффективность здравоохранения; среднее число лет обучения взрослых и ожидаемое число лет обучения детей и молодежи – показатель доступности образования; и индекс валового национального дохода на душу населения. Так в 1995 году по индексу ИЧР в рейтинге стран Россия занимала 144 место. Экономический рост последнего десятилетия в России способствовал росту ИЧР. В 2011 году по данным ООН по ИЧР Россия входила в группу 187₁₃₇₃

стран с высоким значением этого показателя и занимала 66 место после Белоруссии⁸⁷ [1].

Однако в России ИЧР характеризуется несбалансированностью своих компонентов, которая становится очевидной, когда расчет индекса производится только с учетом двух его компонентов – здравоохранения и образования. Тогда его значение понижается при сравнении со странами с сопоставимыми доходами на душу населения, и опускается с 66 места на 74. А это, в свою очередь, указывает на то, что получаемый населением доход не конвертируется в здоровье и образование [2]. Понижение ИЧР России происходит главным образом по показателям эффективности здравоохранения. Сам по себе экономический подъем в стране не обеспечивает еще благосостояние населения, все зависит от того, насколько социальная политика страны направлена на устранение социально-экономических неравенств.

Для оценки эффективности непосредственно системы здравоохранения используется международный показатель - коэффициент жизнестойкости населения (КЖН). Он используется для страновых сравнений и учитывает более 10 параметров, среди которых и средняя продолжительность жизни, качество продуктов, детская смертность, распространенность генетических отклонений и др. КЖН России, согласно данным ООН, по пятибалльной шкале составляет 1,4. Показатель в 2 балла уже указывает на необходимость срочных мер по оптимизации системы здравоохранения [3].

Нерешенные проблемы здравоохранения, сначала советского, затем – российского, накапливались со второй половины прошлого века. Переход к страховой медицине и платным услугам потребовали модернизации системы, которая в течение последних десятилетий протекала в неблагоприятных условиях, в частности из-за ограниченного финансирования. Тенденция снижения финансирования здравоохранения сложилась еще в СССР. По данным Минздравмедпрома РФ в СССР в 60-е годы оно было выше, чем сейчас, и чем планируется в ближайшие годы - 6,6% ВВП. В 1995 финансирование опустилось до 1,4%, но это было объяснимо условиями кризиса переходного периода. Однако вот уже более 10 лет в стране наблюдается экономический подъем и стабильность, которые слабо отразились на финансировании здравоохранения: в 2005 г. – было выделено 3,2%, в 2007 – 3,5%, в 2010 – 5,5% ВВП [4].

Ситуация с финансированием здравоохранения в России идет в разрез с мировой практикой не только по величине и по темпам прироста, но и по конфигурации социальных расходов. Так, во всех развитых странах

⁸⁷ Существует 4 группы стран по ИЧР: с 1 по 47 места – страны с очень высоким показателем, с 48 по 94 – с высоким, с 95 по 141 – со средним уровнем, со 142 по 187 – с очень низким уровнем.

здравоохранение является самой затратной частью расходов, и финансируется, по меньшей мере, вдвое, а то и втрое, как в Америке выше, чем образование [5]. В России устойчиво наблюдается обратная конфигурация расходов. В последнее десятилетие расходы на образование медленно, но все же росли с 2,9% в 2000 г. до 4 % ВВП в 2010. Это при том, что наше образование не было разрушено годами кризиса до такой степени, как здравоохранение. В образовании нет таких затратных статей, как постоянно совершенствующееся высокотехнологичное диагностическое и лечебное оборудование, и также постоянно совершенствующаяся фармакологическая продукция. И, кроме того, наше финансирование образования вполне сопоставимо со стандартами развитых стран ЕС, где в среднем расходы на образование составляют 5% ВВП (Государственные расходы, 2010). Другое дело, что наш ВВП мало сопоставим с ВВП развитых стран. Самые высокие расходы в мире на здравоохранение и образование в США: 17% и 5,6% ВВП соответственно [1]. Устойчивость сложившейся конфигурации расходов будет продолжаться и в перспективе. В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г на 2011 – 2015 гг. планируется выделить на здравоохранение 5,5%, а на образование 5,9% ВВП, а за период 2016 – 2020 гг. соответственно 6,2% и 6,7% ВВП [4]. Но в целом, уровень финансирования здравоохранения говорит о низкой ценности общественного здоровья со стороны государства.

Между затратами на здравоохранение и уровнем социально-экономического развития государства просматривается четкая связь: чем выше уровень экономического развития стран, тем системы здравоохранения в их структуре социальных расходов становятся все более затратными [6]. Так в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) рост затрат на здравоохранение происходит темпами, опережающими экономический рост. Но это не просто тенденция,¹³⁷⁵

отражающая высокий уровень развития этих стран, это объективная потребность, это важный фактор роста продолжительности жизни населения, эффективности трудовой деятельности взрослого населения. Наконец, снижение темпов роста расходов на здравоохранение наносит государствам больший экономический ущерб, чем его рост. Именно поэтому в некоторых странах содружества ОЭСР расходы на здравоохранение растут даже в случае падения ВВП [7].

Возрастание затратности здравоохранения - общемировая тенденция, обусловленная целым рядом факторов. Лечение хронических заболеваний, которые сменили инфекционные, обходятся дороже и пациенту и государству. Они имеют длительное течение, иногда сопровождают пациента всю его жизнь. Требуют регулярного контроля, современного дорогостоящего оборудования и лекарств, которые постоянно совершенствуются и обновляются. Расходы государства растут и вследствие роста продолжительности жизни и старения населения. Но главным фактором роста затратности здравоохранения становится контроль хронических заболеваний у работающего населения. Растущий уровень индустриализации и техногенности среды, порождает все новые риски для здоровья населения и повышает уровень патологических явлений и процессов. Это глобальная проблема, решение которой в ближайшей перспективе не предвидится. Падение здоровья населения в техногенной среде происходит стремительно. Впечатляющие данные на этот счет приводит У. Бек, согласно которым «здоровыми» рождаются сегодня примерно десятая часть населения. А 60% жителей планеты находятся между болезнями и здоровьем в так называемом «третьем состоянии», то есть имеют хронические заболевания, однако не утратили трудоспособность. Быть носителями нескольких заболеваний, в «третьем состоянии» – наше будущее, к которому нужно технологически и морально быть готовым.¹³⁷⁶

Негативные изменения в состоянии здоровья, которые произошли во второй половине XX века, настолько велики, что даже в развитых странах возможность повернуть их вспять ставится под сомнение. В России в «третьем состоянии» специалисты насчитывают 50% населения, а 20% относятся к группе людей, имеющих факторы риска хронических заболеваний [8]. Поддержка определенного качества жизни и трудоспособности населения в «третьем состоянии» будет обходиться государствам все дороже. Это проблема, решение которой зависит не только и столько от финансирования здравоохранения. Решение этой проблемы требует социокультурной модернизации в сфере здравоохранения.

Как показывают исследования, население России располагает определенным социокультурным ресурсом для осуществления модернизации страны, несмотря на то, что развитие происходит в условиях быстрой смены культурной реальности. Уже выросло поколение людей, у которых ценности коллективизма, традиционной ориентации на общество социальной справедливости и равенства сменились на идеалы индивидуальных жизненных притязаний, успех, на достижительные установки, на внутреннюю мобильность и экономическую рациональность, готовность к инновациям [3; 9]. Это пока довольно малочисленный слой населения (студенчество, представители частного бизнеса), который можно отнести к лидерам модернизации и на который правительство в своих планах преобразований может опереться. Результаты модернизации могут появиться только тогда, когда преобразования, осуществляемые правительством «сверху», получают поддержку «снизу», от населения. Пространство социокультурной модернизации общества по основным направлениям развития формируется неоднородно. В частности, в сфере системы здравоохранения происходит самыми медленными темпами.

Когда мы говорим о социокультурной модернизации здравоохранения, мы должны понять, от чего и к чему мы должны двигаться, как должны трансформироваться ценности и нормы нашего общества в этой сфере. Как показывают данные прошлых и нынешних социологических исследований отношения к своему здоровью и стратегий поведения, самосохранительное поведение большинства населения практически осталась неизменным. Самосохранительное поведение мы рассматриваем как систему действий и отношений, направленных на сохранение здоровья, полноценного прохождения всех жизненных циклов, установку на продление срока жизни».

К устойчивым характеристикам самосохранительного поведения населения времен бесплатной медицины относилась, прежде всего, патерналистская установка на институциональную заботу о здоровье и инструментальный характер ценности здоровья. Годы бесплатной медицины, доступного медицинского обслуживания атрофировали у нескольких поколений советских людей индивидуальную ответственность за свое здоровье и укрепили представления о том, что забота о здоровье населения лежит на министерстве здравоохранения. Культурные традиции в сфере поддержания здоровья вследствие быстрой нуклеаризации российской семьи, высокой миграционной подвижности необремененного недвижимостью населения и ряда других причин перестали транслироваться от поколения к поколению и постепенно утратились. Это тоже последствия патерналистских установок, которые блокировали не только активность и ответственность, но и перекладывали собственную информированность и грамотность на медицину. Патерналистские установки времен советского периода глубоко проросли в сознании старших поколений, и успешно передаются ими детям и внукам даже теперь, в условиях платной медицины. Патернализм явился питательной средой развития у современных людей технологического¹³⁷⁸

оптимизма в отношении восстановления здоровья, вызванного прогрессом медицинской науки и фармакологии, появлением высоких технологий.

Распространенность вредных привычек среди населения во все периоды была очень высока, особенно это касалось курения и потребления алкоголя. На уровне обыденного сознания, если это не отражалось на трудоспособности и не доводило до антисоциального поведения, то вредные привычки рассматривались как антистрессовые практики, а не как факторы риска здоровья.

Но главным конструктом стратегий самосохранения большинства российского населения была и остается ценность здоровья, являющаяся инструментальной ценностью. Она понимается нами как использование здоровья в качестве ресурса, данного от природы, для достижения разных жизненных целей при отсутствии других ресурсов: образования, профессии, помощи семьи, капитала, социальных связей. Инструментальная ценность здоровья является залогом рискованного поведения, так как легко формирует у человека установки на эксплуатацию здоровья через возможность работать на вредном производстве, в неблагоприятных климатических условиях, в отсутствии инфраструктуры и т.п. Эксплуатацией здоровья достигается высокий заработок, жилье, досрочный выход на пенсию, получение высокой пенсии и других жизненных льгот.

В условиях платной медицины перед низкодоходными группами населения остро встала проблема материальной доступности медицинских услуг и лекарств. Для всех социально-экономических и демографических групп населения получение медицинских услуг вследствие развалившейся организации, особенно услуг первичной помощи, связано с очередями и большими потерями времени. При этом пациенты неудовлетворенны качеством услуг, профессионализмом врачей и отношениями с ними.¹³⁷⁹

Вследствие всего перечисленного, а так же на фоне распространенности инструментальной ценности здоровья к установкам эксплуатации здоровья добавились практики отказа от получения медицинских услуг в пользу самолечения, обращение к врачам на поздних стадиях заболеваний. В ответ на рост практик самолечения сформировался огромный рынок альтернативных услуг неофициальной медицины, в котором, с точки зрения пользователей, преодолены многие негативные моменты официальной медицины. Вместе с тем, пациент на этом рынке находится вне правовой защиты. Обращение к участковому терапевту стало подменяться лечением по интернету, консультированием в аптеках и среди близкого окружения. Занимаясь самолечением, пациенты черпают информацию из фармакологической рекламы, специальной литературы, от сотрудников аптек, из интернета, в социальных сетях [10].

Однако, эксплуатация здоровья – это не только стратегия выживания низкодоходных групп населения. Такое поведение встречается и среди высокооплачиваемых групп населения. Так, ненормированный рабочий день весьма распространен в частном секторе, как среди простых работников, так и среди топ менеджеров. Это продиктовано производственной необходимостью, и входит в понятие корпоративной культуры, как показатель преданности делу компании. Особенно нещадно здоровье эксплуатируется в теневой экономике: это постоянный стресс и напряжение, связанные с правовой и физической незащищенностью трудовой деятельности, добровольное согласие на любые вредные условия труда, отказ от отпусков, ненормированность рабочего времени [11]. Если в советские времена здоровьем жертвовали для приобретения определенных благ (квартира, повышенная зарплата, досрочный выход на пенсию и т.п.), то в нынешние времена – одни пациенты эксплуатируют здоровье для выживания или поддержания благосостояния на прежнем уровне, а другие – из-за₁₃₈₀

необходимости сохранения занятости, или для демонстрации корпоративной этики.

Высокая распространенность стратегий самолечения подтверждается данными количественных исследований. Многолетний мониторинг: института имени Н.А. Семашко показал, что основная масса больных откладывают обращение к врачу, а 70% из них начинают лечиться самостоятельно [12]. Распространенность практик самолечения подтверждают данные опросов Фонда Общественного Мнения: 52% респондентов опроса предпочитают лечиться самостоятельно, обращаясь за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае (ФОМ, 2011). Наконец, опрос 4 тыс. респондентов 19.12. 2011, проведенный Минсоцразвитием показал примерно те же данные, что и ФОМ [14]. Среди сельского населения практики самолечения давно уже стали всеобщей нормой. Как видим, цели укрепления первичной помощи идут вразрез с реальностью взаимодействия населения и здравоохранения.

Социокультурная модернизация требует формирования фундаментальной ценности здоровья на общественном и индивидуальном уровнях. На общественном уровне высокая ценность здоровья формируется не только призывами к здоровому образу жизни, но и созданием благоприятных условий в сфере экологии, качества продуктов питания, экологических стандартов строительства жилых и производственных помещений, урбанистического комфорта для населения и, в первую очередь, адекватного финансирования здравоохранения. Создание таких условий целиком зависит от государства. Индивидуальная ценность здоровья формируется всеми социальными институтами (семья, детские учреждения, образование, армия, СМИ, спорт, наконец, и самим здравоохранением, во время контактов врачей и пациентов.

Врачи к деятельности по формированию ценности здоровья сегодня не готовы профессионально, не мотивированы экономически и, так же как и население, нуждаются в социокультурной модернизации. Современный тип патологии требует смены патерналистской модели отношений «врач-пациент» на эгалитарную модель «информированного согласия». Платные услуги и страховая медицина так же предполагают переход к партнерским отношениям врача и пациента. Между ними устанавливается равный баланс ответственности за результат лечения: профессионализм со стороны врача и исполнение пациентом его предписаний, пациентская дисциплина. В патерналистской модели врач был экспертом, безусловным лидером, а пациент – ведомым, неукоснительно выполняющим все предписания врача. Теперь пациент получил возможность выбирать врача, а это значит: оценивать его компетентность, профессионализм и способность к доверительным отношениям. Партнерские отношения должны опираться на готовность врача предоставить пациенту информацию о состоянии его здоровья, вариантах лечения, прогнозе заболевания, осложнениях, а так же получить в свою очередь от пациента представления об условиях и образе его жизни и его отношении к своему здоровью. Из результатов нашего исследования следует, что пациенты сегодня проявляют готовность к таким отношениям, а врачи – в меньшей степени. Нередко респонденты отмечают, что врачей раздражают подробные расспросы пациентов о том, где можно получить качественную диагностику, об альтернативных лекарствах и стратегиях лечения. Патерналистские установки врачей выражаются в их неготовности выявлять условия жизни и работы пациентов, что важно при профилактике и определении стратегий лечения хронических заболеваний. Врачи в своем большинстве отрицательно относятся к необходимости обсуждать с пациентами или их родственниками варианты лечения [11]. Отношения врача и пациента, от которых зависит

грамотность и информированность пациентов, их установки на профилактическую активность, ответственность за свое здоровье и, наконец, его ценность – то есть, в целом, культура самосохранения пациентов, – сегодня слабое звено деятельности поликлиник и требуют к себе первоочередного внимания. Чтобы заработала партнерская модель отношений нужно затратить гораздо больше усилий и финансовых средств, а так же времени, чем технологическая модернизация поликлиник. Нужно создать стандарты профилактических услуг и оплачивать их, как и лечебные услуги. Нужно модернизировать профессиональную подготовку врачей: ввести такие дисциплины как профилактическая медицина, психология общения, обучение коммуникативным навыкам с разными социально-демографическими группами пациентов. Создать правовое поле, регулирующее отношения врача и пациента. Пока для новой модели отношений сделан только первый шаг – увеличен стандарт времени на прием пациента в поликлинике.

Недостаточное финансирование, существующая конфигурация структуры социальных расходов, поэтапность преобразований и откладывание социокультурной модернизации – все это факторы торможения модернизации здравоохранения. Они указывают на отсутствие собственной концепции социальной политики здравоохранения, способной влиять на коридор возможностей, который предоставляется здравоохранению в рамках общей социальной политики государства.

Библиографический список

1. Доклад ООН. Индекс человеческого развития в странах мира 2011 года. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. URL: <http://gtmarket.ru/news/state/2011/11/03/3705> дата посещения 17.02.2013].
2. Горина Е.А. Индекс человеческого развития в России и других странах мира. Обзор по материалам доклада ПРООН // Spero, №16, весна-лето, 2012. С. 193-198.

3. *Лебедева Н.М., Чирков В.И., Татарко А.Н.* Культура и отношение к здоровью: Россий, Канада, Китай: Монография. –М.: РУДН, 2007. С.281.
4. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.(распоряжение Правительства РФ № 1662-р от 17.10.2008 г.) <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=law;n=90601> [дата посещения 15.02.2013].
5. *Денисова И.* 2012. Экономика здоровья. Лекция на сайте polit. ru, опубликована 04 апреля 2012, <http://www.polit.ru/article/2012/04/04/denisova/> [дата посещения 15.02.2013].
6. *Люблинский В.В.* Модернизация в социальной сфере: тенденции социальной политики в эпоху глобализации// Россия в глобальных процессах: поиски перспективы / Отв. ред. член-корреспондент РАН М.К. Горшков.- М.: Институт социологии РАН, 2008. С. 136-165.
7. *Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В.* 2012. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире.- М.: Экономика. С. 27.
8. *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Издательство “Центр”, 2002, С. 152-153.
9. *Тихонова Н.Е.* Динамика нормативно-ценностных систем россиян и перспективы модернизационного проекта //Вестник Института социологии. 2011. №3. С. 11-27.
10. *Шилова Л.С.* Национальные проекты в сфере здравоохранения. Получение медицинских услуг и модернизация здравоохранения. / Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики. Раздел .2.1. Под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой, М.А.Ворона. Раздел 2.1. С. 52-85. М: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2009. С. 52-84.
11. *Шилова Л.С.* О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социс, 2007, №9, С.102-110.
12. *Максимова Т.Н.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М, Perse. 2002
13. *ФОМнибус.* Самолечение: распространенность практики. Опрос 13.09. 2008 г. http://bd.fom.ru/report/cat/home_fam/healthca/d083723 (дата посещения 17.02.2013).
14. Министерство здравоохранения и социального развития РФ.19.12.2011.
Опрос населения. www.minzdravsoc.ru [дата посещения 10.02.2013].

ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ЗДОРОВЬЯ РОССИЯН В УСЛОВИЯХ НАРАСТАЮЩЕГО НЕРАВЕНСТВА

Коренные изменения, произошедшие в России в конце XX-го – начале XXI-го века, в короткие сроки привели к значительным изменениям не только в показателях здоровья молодежи, но и в системе факторов. На первый план выходят факторы уровня и образа жизни, связанные с изменением стратификационной системы российского общества и ростом социального неравенства. Резкая экономическая дифференциация россиян привела к тому, что на фоне имущественного расслоения начали формироваться и оказывать свое влияние на здоровье молодежи новые формы социального неравенства – образовательное, территориальное, социально-демографическое.

На фоне декларируемой ценности здоровья развивались дефицит личной ответственности, иждивенческие настроения, что обернулось неготовностью молодого поколения к сознательному поведению в условиях трансформации общества и усилением его дифференциации. В контексте системного подхода здоровье населения – это социальный феномен, состоящий из соматических, психических и духовных компонентов.

Социологический мониторинг здоровья различных групп населения, осуществляемый нами последние пятнадцать лет, а также вторичный анализ результатов общероссийских исследований здоровья молодых россиян «Здоровье подростков: социологический анализ» И.В. Журавлевой, «Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России», «Здоровье занятого населения» И.Б. Назаровой, «Здоровье студентов» (Институт социологии РАН) показали: образ жизни, как

основной фактор здоровья, напрямую зависит от степени социального неравенства. Неравенство влияет на все стороны жизнедеятельности: имущественное положение, доступность медицинских и образовательных услуг, качество питания, характер досуга, возможности профессиональной карьеры. При этом влияние данного фактора неоднозначно.

Следует охарактеризовать теоретико-методологические положения, на которых базировалось наше исследование. Мы исходили из социологического видения здоровья, которое в отличие от медицинских концепций имеет свои критерии: это многоаспектный феномен, соединяющий элементы биологического и социального характера; в структуре здоровья функционируют относительно самостоятельные компоненты – соматический, психический и духовный, каждый из которых обладает своей природой и механизмом развития. Соединение разных компонентов здоровья реализуется в его интегративных свойствах – работоспособность, адаптивность, мобильность индивидов, социальных групп и поколений [1].

Анализ имеющихся в отечественной и зарубежной литературе социологических представлений о природе здоровья позволил нам выделить в них признаки его социальности: социальные отношения как внешнее проявление здоровья; социальные нормы здоровья; процесс усвоения образцов поддержания здоровья, формирования ценностного отношения к нему; неравенство, конкуренция, безработица, девиантное поведение – как условия утраты здоровья.

В факторной модели здоровья нового поколения на долю социальной среды приходится 50-55%, вес фактора экологического состояния среды 18-20%, роль наследственности оценивается в 15-20%, на здравоохранение приходится 10-15% [1]. Применительно к нашему исследованию, фактор «социальная среда» не только самый значимый, но и комплексный по₁₃₈₆

содержанию: образ жизни - ведущая составляющая социальной среды - зависит от принадлежности к определенному слою и состояния социального неравенства в конкретном регионе, населенном пункте.

В научной литературе проблема зависимости здоровья от уровня социального неравенства поднималась как зарубежными, так и отечественными социологами. В конце XX века в Германии в рамках национальных и региональных опросов была установлена «четкая связь между социальной принадлежностью и количеством сердечно-сосудистых заболеваний»: представители низшего слоя имеют больший риск заболевания в 2-3 раза по сравнению с высшим слоем; в качестве основных дифференцирующих факторов были выделены образование, приходящийся на семью доход и профессиональное положение респондентов [2]. В ходе исследования Института социологии РАН «Малообеспеченность в современной России» (2005-2006 г.г.) также были получены результаты, характеризующие влияние социального неравенства на здоровье: «здоровье представителей среднего класса лучше, чем у других слоев населения. И хотя разница эта не очень велика, но статистически значима у всех возрастных когорт» [3].

Социальное неравенство имеет комплексный характер, в современной России оно охватило все сферы жизни. Очевидно: различные его проявления по-разному влияют на здоровье. Применительно к сохранению и развитию жизненных ресурсов неравенство активнее всего отражается на здоровье подростков и юношества. Именно их изменения здоровья мы проанализировали.

Социальное неравенство имеет комплексный характер, в современной России оно охватило все сферы жизни. Очевидно: различные его проявления по-разному влияют на здоровье. Применительно к формированию жизненных ресурсов молодого поколения наиболее ощутимыми₁₃₈₇

являются материальное, образовательное и территориальное виды неравенств.

Материальное неравенство семей наших респондентов мы идентифицировали по двум основным критериям - уровень среднедушевого дохода и качественная оценка материальных возможностей семьи, а также по одному дополнительному критерию – тип семьи (количество иждивенцев). В целом по выборке (среди городского и сельского населения области) больше половины семей отнесены к бедным и малообеспеченным (53%); каждая четвертая семья (23%) – к базовому слою; каждая шестая (17%) – к среднему; только 7% - к числу состоятельных и обеспеченных. Эти типы семей обладают разными условиями и качеством жизни. Как данное обстоятельство влияет на здоровье молодых людей?

Физическое здоровье (по самооценке и самочувствию) более стабильно среди молодых людей, чьи семьи принадлежат к базовому и среднему слоям: среди них больше практически здоровых и меньше больных. В группу риска попадает молодежь из бедных и состоятельных семей: в первых значительно меньше, чем во всей возрастной когорте, здоровых; во второй – почти в 2 раза больше совсем больных (с затяжными и хроническими заболеваниями).

В ходе анализа частоты заболеваний нами была выявлена прямая зависимость от уровня жизни семьи: чем ниже уровень жизни семьи, тем выше уровень частоты заболеваемости детей. Частые заболевания являются преимущественной характеристикой молодежи из малообеспеченных, бедных семей; это позволяет предположить неблагоприятные условия их текущей жизни и слабую защищенность от факторов риска.

Результаты нашего исследования подтверждают устойчивую взаимосвязь между углублением материального неравенства и ухудшением состояния здоровья нового поколения россиян. Среди тех респондентов, кто отмечает за последние годы улучшение материального положения семьи₁₃₈₈

(таких по области 28%), выявлена наименьшая частота заболеваемости. Среди улучшивших свое материальное положение – 25% болеют реже одного раза в год, среди не изменивших уровень жизни таких – 15%, а среди тех, чье благосостояние ухудшилось, – лишь 1%. В целом, каждый четвертый ребенок из семьи, понизившей свой материальный статус, отмечает заболеваемость каждые 2-3 месяца. Это означает, что такие дети находятся в хроническом, непрерывном болезненном состоянии: период между выздоровлением и новым заболеванием минимален, его не хватает на восстановление сил после перенесенной болезни.

Данные медицинской статистики и данные нашего опроса показывают: молодежь из малообеспеченных слоев начинает приобретать существенные негативные отклонения в здоровье значительно раньше, чем их более благополучные сверстники – в 7-10 лет, что существенно снижает их жизненный потенциал. Для выходцев из бедных и малообеспеченных слоев населения наиболее распространенными являются заболевания органов пищеварения, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы. У детей из состоятельных семей отмечаются более частые нарушения зрения, аллергические заболевания, а также нарушения устойчивости психики и нервные заболевания.

Изучение в ходе опроса влияния материального неравенства на показатели психического здоровья нового поколения позволило выявить следующие закономерности. Повышение уровня жизни семьи сопряжено понижением показателей психического здоровья детей из данных семей. Молодежь из обеспеченных семей (выше среднего) чаще своих сверстников отмечает непродуманный режим дня (50%), большие учебные нагрузки (56%), наличие вредных привычек (27% против 17% по выборке). Данные показатели образа жизни способны ухудшить состояние психики. Подростки и юношество из состоятельных семей чаще отмечают чувство

одинокости (44% против 29% в среднем по выборке), внутреннее напряжение (33% против 25%) наличие беспричинных приступов тревожности.

На текущее психическое здоровье оказывает влияние такой индикатор материального положения семьи как наличие собственной комнаты у молодых людей. Респонденты, не имеющие элементарных условий для самообособления (треть от общего состава исследуемой когорты), в 1,5-2 раза чаще, чем более обеспеченные, бывают в подавленном настроении. Собственная комната выступает лишь одним индикатором качества жизни. Но о том, что это качество существенно, свидетельствует такой факт: среди имеющих собственную комнату гораздо больше полностью счастливых молодых людей – 41%; среди тех, у кого своей комнаты нет, таких всего 13%.

Образовательное неравенство семей наших респондентов и их самих мы классифицировали по двум критериям - уровень образования родителей (образование отца и матери) и уровень образования молодых людей (тип учебного заведения, в котором учатся или закончили). В целом среди занятого населения региона около половины жителей (49%) имеют общее и начальное профессиональное образование, чуть более трети (34%) – среднее специальное образование; каждый шестой (17%) – высшее образование. Доля наиболее образованной части жителей не столь велика. В совокупности с теми, кто имеет среднее специальное образование, просвещенная группа составляет половину занятого населения, что уже весьма существенно для продуманной организации жизни и сохранения здоровья семьи. Как образование родителей влияет на здоровье молодых людей?

Наиболее сильные корреляции наблюдаются между показателями здоровья представителей нового поколения и образованием их матерей. Исторически сложилось так, что в России ответственность за здоровье всех членов семьи всегда лежала на женщине. Традиционной чертой¹³⁹⁰

поведения матерей являлось признание высокой ценности здоровья в структуре жизненных ценностей. С конца 90-х годов массовой стратегией поведения российских женщин становится эксплуатация собственного здоровья: дополнительная и часто множественная занятость, отказ от отпусков, постоянное напряжение, ухудшение условий труда. Особенно такое отношение характерно для женщин, чей социальный статус за годы реформ понизился или оставался низким; их образование чаще соответствует общему среднему и начальному профессиональному.

Образовательный потенциал матери и общая социокультурная среда семьи оказывают влияние на ухудшение психического самочувствия, эмоционального состояния и умственную работоспособность молодых людей. В семьях, где оба родителя имеют высшее образование, 70% детей указали, что они легко справляются со стрессовыми ситуациями и обычно пребывают в спокойном душевном состоянии. Подобная закономерность - скорее, результат не более высокой культуры здоровья, а более высокой культуры общения и взаимопонимания в семье.

Сопоставление уровня физического здоровья молодежи и уровня ее образования показало: практически здоровыми себя считают 45% школьников, 43% учащихся профессиональных технических училищ, 40% учащихся колледжей и техникумов и 33% студентов высших учебных заведений. То есть к 18-ти годам, когда достигается максимум здоровья, здоровыми ощущают себя менее половины представителей нового поколения, далее уровень здоровья падает. И это новая тенденция: в исследованиях XX века после 18 лет фиксировалось ровное сохранение достигнутого статус-кво до 30 лет, а потом спокойное снижение с временными остановками [4].

Получение образования сегодня стало процессом, опасным для здоровья. В сфере высшего образования это усугубляется тем, что для

многих представителей нового поколения процесс освоения учебных программ представляет непреодолимые трудности. Среди первокурсников различных вузов более двух третей отметили, что учеба дается им с трудом (60% - «учеба – это тяжелый труд»; 10% - «очень тяжелый труд»).

Учащиеся высших учебных заведений чаще остальных отмечают наличие широкого спектра недомоганий. Наиболее распространенными из них являются: плохой аппетит (21%), вялость (26%), сонливость (29%), бессонница (29%), головная боль (31%), раздражительность (26%), плохое настроение (28%). Среди школьников, учащихся ПТУ и техникумов уровень указанных недомоганий значительно ниже. Это позволяет сделать еще один вывод: высшее образование не формирует навыков самосохранения и культуры собственного благополучия. В такой ситуации освоение учебных программ и реализация жизненных планов становятся возможными лишь ценой собственного здоровья. В группах работающих студентов количество регулярных недомоганий значительно увеличивается.

Тип населенного пункта как критерий другого уровня *территориального неравенства* демонстрирует достаточно четкие различия здоровья нового поколения в крупном и малом городах, поселках городского типа и селах. Более половины молодых людей (53%), живущих в поселках городского типа, считают себя практически здоровыми. Среди жителей малых городов и сел таковых оказалось по 46%, среди жителей областного центра 33%. Крупный город, несмотря на его развитую социальную инфраструктуру, более губительно действует на физические компоненты здоровья нового поколения.

Особой проблемой для сельской молодежи сегодня является *информационное неравенство* в вопросах здоровья. Для 61% сельских подростков единственным источником информации о поддержании здоровья являются родители, 24% называют родственников, 16% - учебные₁₃₉₂

предметы в учебном заведении. Для сравнения, для подростков, проживающих в областном центре, родители становятся источником информации в 30% случаев. Родственники и учебные заведения лишь в 8%. Не уменьшая просветительской роли родителей, большой проблемой для села является отсутствие широкого доступа к чтению специальных газет и журналов, прослушиванию радиопередач, ресурсам Интернет-сайтов, специальным изданиям (справочникам, буклетам).

Итак, ухудшение здоровья наблюдается у молодых людей всех социально-экономических и социально-демографических групп. Однако процесс утраты физического здоровья в различных слоях происходит неравномерно. К наиболее значимым причинам, влияющим на частоту заболеваний и снижение сопротивляемости организма, относятся уровень и качество жизни, образование родителей (особенно матери), тип региона и населенного пункта, состав семьи. Относительно благополучная ситуация складывается в семьях со средним уровнем достатка и высоким уровнем образования родителей. Частота заболеваемости детей из состоятельных семей лишь немного ниже, чем среди бедных и малообеспеченных.

Территориальное неравенство оказывает влияние на здоровье поколения через такой фактор, как социальная инфраструктура населенного пункта. Молодые жители крупных городов и региональных центров чаще, чем подростки малых городов и поселков городского типа, отмечают у себя плохое настроение, бессонницу, вялость, сонливость, усталость глаз. Установлены низкие показатели здоровья детей в многодетных и неполных семьях. Это обусловлено тем, что среди данного типа семей больше бедных и малообеспеченных. Образ жизни молодежи из этих семей часто связан с экономией на питании, отдыхе, качественном лечении.

Повышение уровня доходов семей не всегда гарантирует высокий уровень психического и духовного здоровья подростков и юношей.¹³⁹³

Молодые россияне из обеспеченных слоев оказываются под воздействием целого комплекса негативных факторов. Чаще своих сверстников они отмечают непродуманный режим дня, большие учебные нагрузки, наличие вредных привычек и депрессий. Данные явления подтверждает важность не только уровня, но и качества жизни для улучшения здоровья.

В качестве социальной поддержки необходимо воздействовать на факторы, которые значительно снижают уровень здоровья, но поддаются коррекции: организация режима дня и недели, формирование культуры здоровья и осмысленности жизни. По совокупному индексу (комплексное состояние физического, психического, духовного здоровья) более благополучная картина здоровья складывается не в самых состоятельных семьях, а в семьях со средним уровнем жизни. Это позволяет настаивать на том, что по мере роста благосостояния населения усиливается влияние не только уровня жизни, но и его качества.

Все большее влияние на состояние здоровья молодых россиян в последние годы оказывают социокультурные факторы: культурные традиции, уровень образования и характер труда родителей, культура здоровья и восстановления собственных ресурсов. Отсутствует прямая зависимость между ростом благосостояния семьи и улучшением здоровья детей. Фундаментом построения новой модели укрепления здоровья молодого поколения в условиях нарастающего неравенства является соединение культуры семьи и необходимого уровня жизни. Более благополучными являются молодые люди из семей, где родители имеют высшее образование, а среднедушевой доход превышает прожиточный минимум региона хотя бы в три раза. Они более уверены в будущем, в них выше ценность каждого члена семьи и лучше сформированы навыки самосохранения.

В ходе нашего исследования подтвердилась выдвинутая гипотеза: влияние социального неравенства на здоровье молодого поколения имеет неоднозначный, противоречивый характер. Наиболее благоприятная ситуация складывается в группах молодежи, занимающих срединное положение в системе неравенства. Расширение и углубление социального неравенства в российском обществе снижает шансы молодых людей на равные условия в поддержании физических, психических и духовных ресурсов здоровья.

Система факторов, формирующих здоровье россиян, включает основные детерминанты в порядке возрастания их влияния: состояние здравоохранения, наследственность, экология среды, образ жизни. Образ жизни напрямую зависит от статуса в системе социальных отношений: имущественное положение, доступность медицинских и образовательных услуг, качество питания, характер досуга и отдыха, возможности профессиональной карьеры. Социальное неравенство в современном российском обществе многообразно – экономическое, территориальное, образовательное, социально-демографическое, информационное; все виды неравенства взаимосвязаны и оказывают решающее влияние на объективные условия формирования здоровья россиян, особенно в молодом возрасте.

На основе сложившихся форм социального неравенства можно выделить типы молодых россиян, имеющих не только разный уровень здоровья, но и разные модели поведения в сфере его поддержания. Наполнение типов «благополучные» и «группа риска» позволяют выявить ресурсы социальной политики, направленные на выравнивание шансов представителей разных слоев: регулярное профилактическое медицинское наблюдение и физическое развитие молодых людей; особое внимание к подросткам из бедных, неполных семей, с низким уровнем образования родителей; повышение компетентности молодых людей и их родителей в вопросах практического сохранения здоровья, пропаганда культуры здоровья. Усилия молодежных волонтерских центров эффективны в формировании навыков самосохранения и самоорганизации молодых людей.

Библиографический список

1. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука, 2006.
2. Штайнгамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство// Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999.- Том 11, вып.1
3. Тихонова Н.Е. Состояние здоровья среднего класса в России // Мир России. – 2008. - №4
4. Максимова Т.М. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России. – М.: ПЕР СЭ, 2008.

Т.В. Шипунова,
Санкт-Петербургский государственный
университет, Санкт-Петербург

БИОПОЛИТИКА И СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

Понятие «биополитика» использовал М. Фуко. Биополитика выступает как технология власти и социального контроля над жизнью. Она возникает, когда «у суверена появляется право убить» [8, 254]. Однако в области политического права XIX в. произошло еще одно крупное изменение, когда «в дополнение старого права верховной власти – заставить умереть или позволить жить» появилось новое право или, скорее, власть: «власть “заставить” жить и “позволить” умереть» [8, 254-255]. Эта власть отличается от прежней своими техниками. Если в XVII-XVIII вв. использовались *дисциплинарные* техники, ориентированные на индивидуальное тело человека, подлежащее «надзору, дрессировке, использованию, при случае, наказанию» [8, 256], то в XIX в. появляются техники и технологии, обращенные к множественности людей – «человека-роду», а потому может быть названа *«биополитикой» человеческого рода*. В соответствии с биополитикой решаются проблемы контроля воспроизводства, рождаемости, заболеваемости, старения населения, исключения из трудовой жизни, отношений между человеческим родом и средой его обитания и т.д. В отличие от дисциплинарной власти биополитика имеет целью «сосредоточить внимание на жизни, на биологических процессах человека-рода и в отношении их обеспечить не дисциплину, а *регулирование* (выделено мной – Т.Ш.)» [8, 260]. Ее функция – *заставить жить*, в любых обстоятельствах, при любых условиях. В современном обществе смерть все больше становится «явлением в высшей степени частным и постыдным» (В₁₃₉₆

конечном счете, не столько секс, сколько смерть оказывается сегодня объектом табу)» [8, 261]. Тем самым человек полностью, окончательно лишается права последнего выбора: он не может ускользнуть от власти, ее регламентации и обратиться к себе самому. Возможно, именно поэтому в мире с таким трудом продвигается идея эвтаназии как права на смерть [5, 125-138].

Другим примером распространения и укрепления биовласти выступает, организация системы медицинской помощи населению. Многие авторы пишут, что Россия перманентно находится в состоянии аномии, которая распространяется на все сферы жизни общества. Касается она и сферы охраны здоровья населения. Проявляется это в том, что:

- разрушена старая система здравоохранения, но не создана новая – доступная для всех граждан; бесплатная медицина недоступна из-за очередей (на некоторые обследования и операции запись осуществляется на 2 года вперед – метод «отложенных заказов»), а платная – из-за дороговизны услуг, причем иногда плата за услуги в государственных учреждениях выше, чем в коммерческих;

- на низком уровне остается диагностика хронических неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических, респираторных и диабета;

- плохо работает система пренатального и постнатального обслуживания;

- нынешнее состояние лекарственного обеспечения укорачивает жизнь россиян как минимум на пять лет;

- неэффективно организуются профилактические медицинские мероприятия;

- практически распалась система оздоровительных учреждений для

населения, особенно для детей, подростков и молодежи (санатории, летние и зимние лагеря, базы отдыха и т.д.) [см., напр. 4].

Этот список можно было бы продолжить, однако и приведенных примеров достаточно для того, чтобы в деятельности учреждений здравоохранения увидеть проявление системного насилия, при моделировании которого речь может идти о двух типах социальной интеракции и, соответственно, о двух уровнях социального взаимодействия: а) между подсистемами отдельного общества (отдельными ведомствами, учреждениями) системы здравоохранения и социальной политики в области поддержания здоровья населения; б) между индивидом и социальными системами в рамках общества.

Первый тип системного насилия предполагает рассмотрение взаимодействия различных социальных подсистем. Здесь можно выделить следующие механизмы осуществления насилия [см. также 9].

А. Узурпация власти, когда некомпетентные чиновники присваивают себе право определять и распределять ресурсы, необходимые для поддержания здоровья нации, устанавливать нормы качества и количества оказываемых услуг по обязательному медицинскому страхованию, проводить ротацию кадров и определять нагрузку на врачей, устанавливать льготы для инвалидов, стандарты медицинского обслуживания, решать организационные вопросы учреждений здравоохранения и т.д. Эту узурпацию (насилие) можно квалифицировать как нерефлексируемое, инициативное (закрепляется исполнительной ветвью власти), легитимное (поскольку, будучи не осознанным рядовыми членами общества, считается ими как нечто само собой разумеющееся, то есть не вызывающее возражений и признаваемое правильным) и функциональное (становится функцией данного органа управления).

Б. *Крайняя степень бюрократизации общественных отношений.* Бюрократизм, как проявление дисфункции, сводится к следующим характерным чертам: медлительность, неповоротливость, рутинность, волокита, запутанность и сложность процедур, пустое «бумаготворчество», конформизм, бесплодие, формализм и бездушие чиновников (пример, новая отчетность врачей, заполнение им при приеме пациента такого количества форм, которое не позволяет заниматься собственно лечением пациента). Все это отнимает у общества время, средства и силы, изматывает и унижает человеческое достоинство, наносит ущерб трудовым коллективам и экономике в целом, то есть может самым непосредственным образом служить примером ежедневно творимого системного насилия.

Второй тип интеракции предусматривает рассмотрение системного насилия со стороны медицинских учреждений в отношении индивидов. В этом плане легитимный институт здравоохранения имеет следующие характерные особенности:

- врачует, опираясь на представления о несвязанности (раздельности) различных заболеваний, отчего человек после «лечения» вынужден долго восстанавливаться самостоятельно либо начинать лечить новое, приобретенное в процессе «лечения», заболевание; при этом жертвы врачей в такой системе являются едва замечаемыми и совершенно незащитными фигурами (например, по истечении установленного срока, даже если его очевидно недостаточно для выздоровления, больного просто выписывают (= выбрасывают) из больницы, чтобы освободить «койку» для другого);

- провозглашает своей целью поиск истины - причины болезни, и чтобы эту истину получить, не стесняется применять физическое и психологическое насилие в отношении больных (примером могут

служить ненужные обследования или предварительное заполнение историй болезни, различных форм документов при приеме в больницу тяжело больного человека, вместо оказания срочной помощи, а также дезинформация или сокрытие информации о протекании болезни, этиологии заболевания, ошибочных диагнозах, вреде прописанных препаратов и процедур, манипулирование сознанием пациентов и т.д.);

- ориентирован только на информирование граждан об установлении каких-либо норм в качестве долженствования и о санкциях в отношении нарушителей этих норм вместо того, чтобы вынести на обсуждение некоторую сложную ситуацию и обсудить способы ее решения (например, условия оформления больничных листов);

- опирается на деперсонифицированное отношение к пациентам, которое зачастую перерастает в прямое физическое насилие (например, при проведении лечебных процедур: снятие швов без обезболивания, смена повязок без предварительной обработки присохших перевязок, вакцинация не по правилам – в болезненные зоны и т.д.);

- фрустрирует человеческие ценности, так как человек, прошедший через государственное медицинское учреждение, начинает понимать свою ненужность, неполноценность и ничтожность;

- своими методами «работы с больными» часто повышает уровень заболеваемости в обществе (например, обязательное посещение больных гриппом своего лечащего врача приводит к распространению инфекции и заражению всех тех, кто обращался к специалистам совершенно по другому поводу);

- дисфункциональна, увеличивает проявления социальной несправедливости (например, в вопросах оказания медицинской помощи неимущим слоям населения, инвалидам, больным с хроническими

заболеваниями, нуждающимся в получении бесплатных лекарств) и институциональной виктимизации населения.

Сюда же стоит добавить издержки, связанные с аутопойетичным характером социальных институтов [1] и болезнями бюрократических организаций. Среди них можно выделить следующие наиболее существенные признаки «клиники болезни»:

- преследование собственных целей воспроизводства и поддержания своего существования, основываясь на принципе удобства (convenience) для профессиональных служащих;

- отсутствие критического осмысления пригодности существующих подсистем для выполнения миссии, явление «смещения целей», когда миссия (лечение и профилактика заболеваний) подменяется средствами (рост системы, штата сотрудников, укрепление статуса и престижа руководителей и т.д.);

- закрепление и усугубление всех негативных характеристик бюрократической организации, которой присущи безличность и слепое следование инструкциям, в результате чего человек превращается лишь в сырье для так называемого процесса «лечения».

По сути дела, государство перекладывает на граждан ответственность за свое здоровье. Такое отношение государство к здоровью населения во многом сказалось (хотя, разумеется, не только по вине медицинских учреждений) на поведении россиян в сфере здоровья как субъективном факторе здоровья. Вот некоторые его характеристики:

- Большинство россиян знают о высокой степени зависимости развития неинфекционных болезней от четырех ключевых факторов риска: курения, злоупотребления алкоголем, неправильного питания и гиподинамии. Тем не менее, респонденты воспринимают их как естественную часть повседневной жизни: 82% опрошенных заявили, что ежедневно в их жизни¹⁴⁰¹

присутствуют от одного до трех факторов риска! И лишь 9% ответили, что в их жизни они отсутствуют полностью [6].

- Большинство российского населения считает, что здоровый образ жизни отнимает слишком много времени (83%), вести его сложно (60%) и дорого (64%). При этом главным элементом здорового образа жизни россияне считают спорт и физическую культуру. Значительно меньшее количество респондентов отмечают важность отказа от курения и соблюдение здоровой диеты [7].

- На алкоголь, россияне спускают 688 млрд. рублей, примерно по 4800 рублей на человека, включая стариков и грудных младенцев. Это втрое больше, чем показывает официальная статистика. Каждый взрослый курильщик тратит 2730 рублей в год, подросток — 2370 рублей. Впрочем, чтобы поправить здоровье, тратится столько же, сколько во вред ему, — 879 млрд. рублей, по 6 тыс. рублей в год на каждого (включая медицину, лекарства, туризм и модный нынче фитнес) [3].

В соответствие с оценками Ассоциации международных фармпроизводителей (АМФ), экономические потери от нездоровья граждан удручающи: мы ежегодно теряем около 20% ВВП. В 2007 г. эти потери составили 270 млрд. долларов, а к 2020-му, если ничего не предпринять, сумма увеличится до 504 млрд.

В общем и целом, российское население реагирует на государственную биополитику в сфере здоровья четырьмя способами аномического приспособления, описанными Р. Мертоном [2]:

Самосохранительному поведению в наибольшей степени соответствуют:

- конформизм: у индивида имеется ценность здоровья, цель его сохранить, при этом выбираются те профилактические меры и способы заботы о нем, которые приняты в данном обществе;

- позитивное нововведение: у индивида имеется ценность здоровья, цель его сохранить, при этом выбираются те профилактические меры и способы заботы о нем, которые не являются общепринятыми в данном обществе, но оказывают положительное воздействие на здоровье(йога, нетрадиционная медицина и т.д.);

Саморазрушительному поведению соответствуют другие типы аномического приспособления:

- негативное нововведение: у индивида имеется ценность здоровья, цель его сохранить, при этом выбираются, неподходящие методы поддержания здоровья, характерно обращение к непрофессионалам (шарлатанам, знахарям, ведунам и т.д.)

- ритуализм: у индивида отсутствует ценность здоровья, цель его сохранить, однако характерны внешние проявления заботы о здоровье (например, отсутствие вредных привычек);

- ретритизм: у индивида отсутствует ценность здоровья, цель его сохранить, характерны проявления в виде потребления наркотиков, алкоголя, табака и т.д.;

- мятеж: у индивида отсутствует ценность здоровья, цель его сохранить, не характерны поведенческие акты, направленные на сохранение здоровья; цель сохранения здоровья подменяется другими значимыми целями, вследствие чего происходит эксплуатация здоровья(ситуативное потребление наркотиков, алкоголя, табака, неразборчивые сексуальные связи и т.д.).

Как видим, всем этим типам поведения присущи специфические признаки, которые позволяют не только осуществлять более глубокие и точные исследования поведения различных групп населения в сфере здоровья, но и рассматривать их результаты как прямые или косвенные характеристики биополитики, проводимой государством в отношении населения.

Библиографический список

1. Луман Н. Дифференциация. Пер. с нем.. – М.: Издательство «Логос», 2006.
2. Мертон Р. Социальная структура и аномия // Социология преступности (Современные буржуазные теории) /Пер. с фр. Е.А.Самарской. – М.: Издательство «Прогресс». 1966.
3. На что мы тратим деньги
URL: <http://www.argoinfo.ru/content/view/248/188/> (дата обращения – 13 сентября 2011г.)
4. Панова Л.В. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи //Социологические исследования. – 2005. – № 6.
5. Полотовская И.Л. Смерть и самоубийство: Россия и мир (Историко-культурологическое развитие проблематики с древнейших времен до наших дней). – СПб.: ДМИТРИЙ БУЛАНИН, 2010.
6. Россиян губит безответственное отношение к своему здоровью.
URL: <http://whiteclinic.ru/meditsinskie/rossiyan-gubit-bezotvetstvennoe-otnoshenie-k-svoemu-zdoroviu> (дата обращения - 25 ноября 2011г.)
7. Сколько стоит здоровье россиянина? URL: <http://www.tenox.ru/skolko-stoit-zdorove-rossiyanina/> (дата обращения – 25 ноября 2011г.)
8. Фуко М. Нужно защищать общество: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1975-1976 учебном году. – СПб.: Наука, 2005.
9. Шипунова Т.В. Системное насилие и аномическое приспособление в сфере здоровья //Социальные и биомедицинские детерминанты здоровья: Материалы международной научно-практической конференции «Социальные и биомедицинские детерминанты здоровья» /Под научной редакцией проф. И.Л. Первой. – СПб.: «Скифия-принт», 2012. С. 75-83.

Г.С. Широкалова,

Нижегородская сельскохозяйственная академия, Н.Новгород

АЛКОГОЛИЗМ. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОЦЕНКАХ СТУДЕНТОВ

Интерес к проблемам алкоголизации в начале XXI вв. вызван объективными процессами, которые повышают риски утраты цивилизационной суверенности России. Хотя за последние десятилетия опубликовано немало работ по этой теме, создана значительная теоретическая и эмпирическая база, но многие проблемы лишь обозначены, в результате чего появляются дополнительные исследовательские цели и задачи.

История свидетельствует о двойных стандартах любой власти в антиалкогольной политике, поскольку в ней сталкиваются интересы самых разных социальных групп. Дело не только в наполнении бюджетов, на чем чаще всего акцентируется внимание. Нередко правительство вынуждено учитывать и международные обстоятельства. Например, согласно российскому законодательству нельзя рекламировать и продавать спиртные напитки на объектах спорта, но у FIFA есть спонсор – производитель пива. Россия взяла обязательства во время ЧМ-2018 обеспечить защиту коммерческих прав FIFA и её партнеров. Если Россия не внесет в свое законодательство поправки, это может привести к переносу чемпионата в другую страну. (Дуленкова А. ГосДума выступила против пива на российских стадионах/Известия.30 апреля 2013 г.)

Налицо и другие объективные факторы, не поддающиеся контролю со стороны общества. Среди них производство транснациональными

компаниями алкогольной продукции на территории России, её импорт, реклама и т.д. Законодательно, отменив монополию государства на производство и продажу алкогольной продукции, власть лишила себя основных рычагов влияния на ситуацию. (Портнов А. «Счастливое безумие» <http://www.sovross.ru/modules.php?name=News&file=article&sid=587561>. Дата обращения 25.03.2011)

Анализируя активность алкогольного лобби, Н.Е. Маркова и Н.М. Римашевская отмечают, что даже «в процесс школьного обучения введены псевдопрофилактические западные программы «Снижение вреда», «Твой выбор», размывающие отрицательные установки по отношению к потреблению наркотиков». (Маркова, Н. Е. Моделирование поведения потребителя наркотиков и профилактическая программа нового поколения [Электронный ресурс] / Н. Е. Маркова, Н. М. Римашевская. — Режим доступа: <http://venec-vl.ru/article/page1/47.php>).

За последние годы, несмотря на влиятельное «алкогольное лобби», федеральная власть в связи с ухудшением качества рабочей силы, ростом заболеваемости и смертности вызванных алкоголизмом, приняла законы, ограничивающие рекламу и оборот алкогольной продукции. Регионы, которые вынуждены решать реальные проблемы, имея для этого очень ограниченные ресурсы, конкретизировали под них свои законодательные акты.

В ряде регионов России, в том числе и в Нижегородской области, приняты решения о проведении мониторинга законов, принимаемых местными органами власти. Как правило, эта практика не затрагивает законодательных актов, касающихся финансовых потоков, но даже в таком «урезанном» виде она позволяет установить некую обратную связь между депутатами и избирателями. В качестве примера приведём результаты исследований, проведённых в 2012 г. по просьбе Законодательного

собрания в связи с внесением поправок в федеральный и областной законы об обороте алкогольной продукции.

Соблюдение законов зависит от степени информированности граждан. Согласно нашему исследованию студентов (N = 614), юноши в большей степени, чем девушки, осведомлены о временных ограничениях на продажу алкоголя в магазинах (76% против 68%), на предприятиях общественного питания (70% против 45%), а также о запретах распития спиртного во дворах, в подъездах жилых домов, на детских площадках, в зонах отдыха, местах проведения массовых мероприятий (в среднем 55% и 44%). Юноши чаще поддерживают временные ограничения на продажу спиртных напитков (69% против 40%). Можно высказать предположение, что проблема потребления алкоголя стоит для них более остро и ужесточение закона они рассматривают как фактор перехода к более трезвому образу жизни.

Цель любого закона – ограничение негативных явлений и стимуляция позитивных. Молодежь, хотя и поддерживает принятие поправок в закон, в своем большинстве пессимистически оценивают его как регулятор поведения табл. 1). Как ответила одна из студенток: «Если ты пришел первый раз – незнакомому из-под прилавка не продадут. Если пятый раз – продадут».

Таблица 1

Мнение студентов об эффективности закона, %

Прогноз:	юноши	девушки
снизится преступность	7,9	17,8
сократится употребление алкоголя	15,2	17,8
улучшится здоровье	33,3	21,9
алкоголь стал частью повседневной жизни, поэтому ничего не изменится	22,2	20,5
увеличатся продажи из-под прилавка	46,0	46,5
чаще будут пить фальсификаты	31,7	23,2
другое мнение	3,1	4,1

Ответы на вопрос: «Что изменится в вашей личной жизни в результате ужесточения закона об обороте алкогольной продукции?» проясняют причину заинтересованности студентов. Каждый пятый опрошенный заявил, что и в его личной жизни произойдут изменения к лучшему. Разумеется, это касается не только их самих, но и обстановки в семье, и безопасности в широком смысле слова.

Во время рассмотрения проекта закона в Законодательном собрании Нижегородской области предлагалось продажу любого алкоголя начинать не ранее 10 часов утра, запретить его продажу в выходные и праздничные дни, запретить продавать пиво ночью, повысить цены на алкоголь. Что касается последних двух предложений, то они обсуждались в интерактивном опросе по нижегородскому телеканалу «Волга» 25 января 2012. Из 2956 позвонивших в телестудию, 46% высказались за стоимость водки до 100 руб., 17% до 200 рублей. Выбрали ответ: как можно дороже - 30%. Возможно, треть позвонивших на ТВ считает, что повышение «водочных цен» позволит сократить употребление крепкого алкоголя.

28 апреля 2012г. телекомпания «Волга» провела опрос телезрителей об их отношении к запрету продажи пива ночью. Каждый третий считает, что после 22 часов пиво можно продавать только в кафе и ресторанах, треть не приемлет ограничений. А каждый четвертый отметил, что это некое подобие «сухого закона». Полный запрет продажи пива ночью поддержал только каждый десятый.

В декабре 2012 г. в связи с поступающими в Законодательное собрание предложениями закрыть на первых этажах жилых домов рюмочные, закусочные, магазины разливного пива, поскольку они создают криминогенную обстановку, было проведено еще одно исследование. Студентам предлагалось высказать мнение не только по этой проблеме, но и оценить степень соблюдения уже принятого законодательства. Вначале₁₄₀₈

представим отношение респондентов к распивочным всех видов. Отрицательное отношение к таким заведениям сложилось у большей части опрошенных, хотя менее 5% живут в домах, в которых (или около которых) есть такие заведения. Следовательно, это проблема, которую нельзя не заметить. Каждый второй выбрал ответ: «В жилых домах такие заведения надо закрыть, т.к. их посетители шумят, мусорят, матерятся, пугают детей. Страшно мимо пройти». Остальные считают, что такие заведения должны быть в отдельных зданиях. 28% называют «рюмочные, закусочные, магазины разливного пива рассадниками алкоголизма».

В обществе регулярно возникают предложения об ограничении продажи спиртных напитков, в том числе через повышение возраста тех, кто имеет право их покупать до 21 года, как в США. Среди опрошенных поддерживают такую инициативу 67% девушек и 54% юношей.

Эффективность законодательства зависит от степени его соблюдения. Полученные нами оценки реальной ситуации свидетельствуют, что многие игнорируют закон (табл. 2). Одна из причин этого – отсутствие механизма неотвратимости наказания, что превращает закон в моральную норму, соблюдение которой зависит от воли каждого.

Таблица 2

Степень соблюдения закона об обороте алкогольной продукции, %

Соблюдаются по месту жительства:	девушки	юноши
временные ограничения на продажу алкоголя в магазинах	30,7	47,6
временные ограничения на продажу алкоголя на предприятиях общественного питания	18,7	33,3
имеют место по месту жительства:		
нарушение пьяными тишины и покоя граждан	22,6	23,8
распитие алкоголя во дворах	24,2	19,1
распитие алкоголя в подъездах жилых домов	24,2	23,8
распитие алкоголя на детских площадках	17,8	17,5
распитие алкоголя в зонах отдыха	20,2	22,2
распитие алкоголя в местах проведения массовых мероприятий	19,4	25,4

Лишь каждый четвертый - пятый студент не наблюдал в своем микрорайоне распитие спиртного в неположенных местах. Разница в оценках распространенности тех или иных правонарушений объясняется тем, что нарушения при продаже выявить гораздо проще, наказываются они строже, а, следовательно, происходят реже.

Приведем лишь один нижегородский пример «преодоления» запрета на торговлю спиртным в ночное время. Расклеиваются объявления «Дарим алкоголь с 21.00 до 3. 00. Подробная информация по телефонам 8-904.... Или на сайте алко.... ». Молодой мужской голос по телефону поясняет: вы покупаете зажигалку, и вам привозят в подарок спиртное. Самая дешевая зажигалка стоит 170 руб., в подарок 1,5 литра отечественного пива. Цена зажигалки зависит от выбираемого подарка. Если это дорогой алкоголь, зажигалка будет стоить более тысячи рублей.

Как правило, общественное мнение считает, что если закон не соблюдается, его следует ужесточить. Как именно – представлено в табл. 3. Большинство осознает общественную опасность отсутствия регулирования продажи и мест употребления алкоголя.

Таблица 3

Отношение к ужесточению наказания нарушителей закона, %

Надо ужесточить ответственность за нарушения:	девушки	юноши
временных ограничений за продажу алкоголя в магазинах	35,5	34,9
временных ограничений на продажу алкоголя на предприятиях общественного питания	23,4	31,8
пьяными тишины и покоя граждан	65,3	66,7
распитие алкоголя во дворах	61,3	58,7
распитие алкоголя в подъездах жилых домов	60,5	54,0
распитие алкоголя на детских площадках	76,6	66,7

распитие алкоголя в зонах отдыха	53,2	46,0
распитие алкоголя в местах проведения публичных и массовых мероприятий	43,6	38,1

В анкете студенты написали свои предложения: сделать наказание более суровым, ввести повышенные штрафы; наказывать публично; улучшить работу полиции, патрулировать дворы; сажать на двое суток, ставить на учет семьи, где есть выпивающие; штрафовать с уведомлением по месту работы, учебы; ввести талоны на бутылочку спиртного; создавать дружины охраны порядка; сократить производство алкоголя; сократить ввоз алкоголя; показать людям неотвратимость наказания и т.д.

В тоже время студенты прекрасно понимают, что одними запретами проблемы алкоголизации страны не решить: нужны и агитационные мероприятия; в школах надо проводить больше бесед о вреде алкоголя; выпустить рекламу «Спорт – жизнь! Алкоголь – смерть».

Стремление ужесточить антиалкогольное законодательство имеет место и в других странах. Например, [Министерство здравоохранения Чехии полностью запретило продажу алкогольных напитков крепостью свыше 20 градусов на территории всей страны в связи с массовыми отравлениями метиловым спиртом. Продажа крепкого алкоголя из Чехии запрещена также и в Польше \(Запрет на продажу крепкого алкоголя в Чехии. http://ria.ru/society/20120911/747546029. 17/09/2012. Дата обращения 20.09. 2012\)](http://ria.ru/society/20120911/747546029)

Наше исследование проводилось в то время, когда депутатами фракции ЛДПР И.Лебедевым и Я.Ниловым был внесен законопроект в соответствии с которым табачную и алкогольную продукцию, включая пиво, разрешается продавать только в специализированных магазинах. В них кроме названной продукции (и сопутствующих табаку товаров) не

должны продаваться никакие другие товары.
(<http://www.garant.ru/news/422796/>. Дата обращения: 15 октября 2012).

По их мнению, это снизит доступность алкоголя и табака, поскольку в настоящее время продажа алкоголя в ночное время запрещена, а торговать ночью только табачными изделиями будет невыгодно. Кроме того, вход в специализированные магазины лиц моложе 18 лет будет вызывать повышенное внимание. Таким образом легче будет пресечь продажу таких товаров несовершеннолетним.

Опрос, проведенный в интернете 8-14 октября 2012 г. показал, что доля сторонников проекта несколько выше доли его противников. Из 1548 респондентов 44% согласились, что данная инициатива приведет к сокращению потребления алкоголя и табака в России и станет шагом к оздоровлению нации. 38% усомнились в эффективности предлагаемых мер, так как закон всегда можно обойти. 11% оценили проект положительно, но отметили, что специализированных магазинов должно быть много и в удобных местах. 7% отнеслись к законопроекту скептически, поскольку увеличится время на закупку продуктов и других товаров. 14 человек отнеслись к инициативе с безразличием.

(<http://www.garant.ru/ia/research/424216/>. Дата обращения 25 октября 2012)

Еще более жесткий законопроект предложило Министерство по молодежной политике и спорту Якутии: полный запрет на производство и розничную продажу алкогольной продукции на всей территории республики, в том числе организациями и индивидуальными предпринимателями при оказании ими услуг общественного питания. Причиной таких мер стал тот факт, что Якутия является одним из регионов-лидеров по количеству потребления алкоголя на душу населения. Это побудило местную власть несколько лет назад ввести жесткие ограничения - на всей территории республики спиртное теперь реализуется только с₁₄₁₂

14.00 до 20.00 по местному времени. В результате потребление водки за два года сократилось на 12 процентов. ([Таюрский В.](#) [Власти Якутии хотят ввести в регионе "сухой" закон?](#) [Российская газета - Федеральный выпуск №5925 \(252\)](#) 01.11.2012)

Но не все решения, одобряемые общественным мнением, можно и нужно реализовывать: антиалкогольная политика требует учета очень многих факторов. Опыт 1980-х помнят все. Но амбивалентные по результатам решения принимались и ранее. Например, в дореволюционной России закрытие кабаков в 1894г. вызвало увеличение уличного пьянства, преступности, смертности, поскольку вынесенная из казенной винной лавки водка, которую стали продавать в посуде в 100 и 200 мл, сразу же выпивалась покупателями, что стало своеобразной рекламой новых форм употребления спиртного, в том числе для детей и женщин. Особенно это было характерно для деревень, где кабаки были закрыты, а трактиры не открывались из-за высокой цены на патенты. Напомним, что и сегодня водка продается в малой таре, что повышает ценовую доступность.

Предложение продавать алкоголь только в крупных специализированных магазинах на первый взгляд вполне разумно. Но, например, в Нижегородской области сельским магазинам устанавливается меньший порог оборота, дающего право на продажу алкоголя, по сравнению с городскими. Причина: запрет на продажу алкоголя ведет к тому, что торговля становится не рентабельной, маленькие деревни остаются вообще без магазина, местный бюджет лишается источника дохода для поддержания социальных проектов, а население пьет разбавленный технический спирт, другие суррогаты, слепнет и умирает от отравлений. Аналогичные последствия вызвало введение в Российской империи в 1894г. государственной монополии на торговлю алкоголем, когда все доходы от его продажи стали уходить из крестьянских общин, ранее продававших право¹⁴¹³

на открытие торговли в своей местности. (Зайцева Л.И. С.Ю.Витте и Россия. Часть 1. Казенная винная монополия 1894 – 1914 гг. М.: 2000.)

Много упреков брошено большевикам за отмену сухого закона. Но одной из причин его отмены было широкое распространение после войны наркотиков, хлынувших через границы с Востока. Социально оправданным как для народа, так и государства было их замещение алкоголем (Панин С. Потребление наркотиков в Советской России (1917-1920-е годы) [Электронный ресурс] <http://www.narcom.ru/publ/info/802>. Дата доступа 08.10. 2012). Какими средствами надо ужесточать оборот алкоголя, чтобы это не привело к росту наркомании, токсикомании? Вопросы, на которые нет однозначного ответа.

Естественно, что неэффективность борьбы государства с алкоголизмом, заставляет искать альтернативных субъектов, которые были бы бескомпромиссны в этом вопросе. К таковым часто относят РПЦ. На наш взгляд, многие обществоведы преувеличивают регулирующую роль религии в условиях современного общества, считая фактором алкоголизации населения ослабление религиозной культуры в обществе. Да и православные священники не являют собой достойный пример для подражания. Не случайно руководством РПЦ был поднят вопрос об алкоголизации священнослужителей, оправдывающих себя «причащением к святым тайнам». Показательно заявление протоиерея Н. Коляды: «К сожалению, в нашей среде отказ священника от употребления алкоголя воспринимается скорее как аномалия». В Москве на Круглом столе, проведенном комиссией по вопросам организации церковной социальной деятельности и благотворительности Межсоборного присутствия, было предложено священникам начать борьбу с пьянством с себя (В РПЦ надеются победить зеленого змия личным примером духовенства [Электронный ресурс]).

<http://www.newsru.com/religy/26oct2011/alco.html>. Дата доступа 10.11. 2011).

Кстати, не справлялась церковь с этой ролью и до революции, когда православие было государственной идеологией, а в семье преобладали патриархальные отношения. Не случайно возникла поговорка: «поп пьян да умен – два угодыя в нем».

Лишь исключение из правила - успешность в работе отдельных приходов РПЦ, организующих центры реабилитации для алкоголиков и наркоматов. Более успешны в этом отношении общины пятидесятников. Но вся эта деятельность как заплатка на Тришкином кафтане.

Показательны данные Ю.Ю.Беловой: среди обратившихся за помощью алкозависимых и членов их семей, только 5,2% считают, что усиление роли религии поможет решить проблему. (Ю.Ю.Белова. Процесс алкоголизации населения как угроза национальной безопасности России (на примере Республики Марий-Эл): дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04 /Белова Ю.Ю. – Саранск, 2013. С. 145) Отметим и тот факт, что среди её респондентов преобладали люди из социальных групп с низким социальным, профессиональным, образовательным статусом, т.е. наиболее склонные к религиозной вере. Скорее всего, среди них есть те, кто опробовал уже обращение и к церкви, и к знахарям, что так распространено сейчас не только в сельской местности.

Закономерен вопрос: не от чувства ли безысходности начинает власть возлагать на религиозные организации государственные функции? Кстати, преувеличение регулирующей функции религии имеет причиной и введенную чиновниками моду - перекладывать свои обязанности на общественные организации.

В стране отсутствует «симфония» между обществом и государством, состояние аномии в соответствии с российским¹⁴¹⁵

менталитетом преодолевается на личностном уровне с помощью алкоголя. К месту вспомнить теорию общества риска О.Н.Яницкого, подчеркивавшего, что в отличие от прошлых эпох нормативным идеалом становится не равенство, а безопасность, поскольку большинство людей оценивает свое существование как потенциально опасное и поэтому безопасность выходит на первый план в заботе о собственной жизни. (Яницкий, О. Н. Социология риска / О. Н. Яницкий. – М.: LVS, 2003. – С. 5). Из этого следует, во-первых, что при превышении некоего критического порога произойдет смена цивилизационного этапа. Во-вторых, требуются масштабные социальные практики для снятия постоянного чувства тревожности и даже страха. Чем можно их заменить кроме наркотических веществ разного рода? Вживленным чипом, управляемым из единого центра?

Действительно, исследования, проведенные в России в разные годы показали, что россиянам свойственно использование адаптогенных функций алкоголя, т.е. для регуляции собственного эмоционального состояния («социальный адаптоген»). Важной мотивационной основой пьянства является желание забыть о тяготах жизни и беспокойстве, связанном с будущим. На субъективном уровне он способствует выражению эмоций и разрешению трудных жизненных ситуаций (Одиноква В.А. Историческая устойчивость российского паттерна алкоголизации: пример студентов СПбГУ//Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), №3(11), 2012). Аналогичны причины употребления алкоголя в Латвии. (Латвия спивается? <http://newsland.com/news/detail/id/669025/>. Третью латвийских подростков – алкоголики. <http://webkamerton.ru/2013/01/tret-latvijskix-podrostkov-alkogoliki/>

Сопоставляя результаты наших исследований с эволюцией законодательства по обороту алкогольной продукции и мнением активных российских пользователей Интернета, можем сделать вывод об их достаточно сильной корреляции по следующим показателям:

- большая часть россиян озабочены проблемами алкоголизации населения России, они готовы поддержать ужесточение законодательства по обороту алкогольной продукции;
- одновременно не мало тех, кто сомневается в эффективности принимаемых и предлагаемых мер, поскольку выполнение законов не контролируется в должной степени;
- законодательное ужесточение правил продажи алкоголя не даст значимых результатов, поскольку отсутствие государственной монополии на алкоголь позволяет найти множество путей для его обхода;
- необходима государственная программа по формированию здорового образа жизни, прежде всего у детей и подростков, для которых нужно возродить систему внешкольного образования, доступную вне¹⁴¹⁶ зависимости от дохода родителей.

Е. А. Шишкина,
Астраханский филиал Саратовской государственной юридической
академии, Астрахань

ИНФОРМАЦИОННАЯ СРЕДА И ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА В ПРОБЛЕМНЫХ ПОЛЯХ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

Социальная эволюция представляет собой длительный процесс перехода общественной системы от простых форм к сложным. Объективной неизбежностью становится появление новых механизмов регуляции и саморегуляции социальных структур, изменение их морфо-функциональных свойств, заполнение социального пространства все более совершенными конструктами жизнеобеспечения. Многомерность бытия, бесконечное движение и изменчивость его форм создают для человека условия необходимости в постоянном обновлении информационного материала, обеспечивающего использование безграничного флуктуирующего мира для выживания и развития.

Глобальная информатизация обозначилась как базовый регулятор социальных взаимодействий. Ее всепроникающий характер приобрел состояние информационной среды, погрузившей в себя все человечество с его потребностями, нуждами и технологиями, и ставшей одним из основных источников потребляемых благ. «Усложнение и расширение информации отразило объективный процесс осознания человечеством ее роли в жизни социума. Эта роль неизмеримо возрастает с развитием новых коммуникационных технологий, которые приобрели характер глобальной информационной революции. Информация представляет собой ресурс, не знающий географических и национальных границ» [1, С.53].

Фундаментальное свойство информации (применительно к человеку) – оторвавшись от объекта отражения, существовать самостоятельно, стать содержимым памяти, то есть самостоятельно участвовать в психических процессах, трансформируясь в представления, знания, умения, навыки[2, С. 32]. Социальное значение информации определяется способностью индивида и общества воспринимать сведения и использовать их в практической жизни. И чем сложнее общественная система, тем больше информации она производит и потребляет.

Экстенсивный рост объема информационных потоков, вызванный экономическими, политическими, культурными запросами человека, обусловил развитие информационной зависимости социального организма от сконструированных им самим технологий, сформировал общество, не способное жить вне информационного пространства. «Мы являемся свидетелями становления глобального информационного общества, вне которого не может оставаться никто»[3]. Сейчас на 6,6 млрд населения Земли приходится 5,4 млрд грамотных, телевизоров в мире 1,5 млрд; 1,3 млрд телефонов; 2,7 млрд сотовых телефонов; сеть Интернет связывает 1,0 млрд человек; компьютеров в мире – 0,9 млрд. Объем новой информации возрастает ежегодно на 30%; в 2002 году человечеством было произведено информации $18 \cdot 10^{18}$ байт, при этом в четырех информационных средах (печать, видео- и киноплёнка, магнитные и оптические носители) сохранено $5 \cdot 10^{18}$ байт информации [4].

По существу потребность социума в производстве все больших объемов информации приобретает патологический характер и реализуется по тем же «законам», что лежат в основе клинических проявлений, отражающих потребность индивида в наркотических веществах или алкоголе. Социальный, равно как и клинический симптомокомплекс держится на «трех китах»: 1) *зависимости* - болезненной потребности в веществах,¹⁴¹⁸

вызывающих эйфорию; в социальном контексте информационная зависимость обусловлена невозможностью достижения различного рода целей (экономических, политических, идеологических, управленческих, образовательных, духовных) без применения информационных технологий. Высочайшие темпы развития научного знания, рост потребительских запросов, усиление конкуренции и борьбы за обладания благами цивилизации приводят к 2) социальной *толерантности* – отсутствию эффекта от прежних объемов информации и необходимости в ее увеличении (в медицинском понимании толерантность – это отсутствие эйфории от первоначальной дозы вещества и потребность в ее увеличении) и 3) *абстиненции* - психических и физиологических дисфункциях, возникающих в результате внезапного прекращения приема вещества, вызывающего зависимость. Социальная абстиненция проявляется в нарушении деятельности индивидов, социальных групп, организаций, а порой целых отраслей хозяйства до их полной остановки в случае внезапного прекращения подачи информации, вызванного различными причинами: отключением электроэнергии и остановкой работы СМИ, сбоем компьютерных сетей, чрезвычайными ситуациями и пр.

В конечном счете, информатизация и информационная зависимость обозначили свое безграничное влияние на образ жизни и динамику социума, миновавшего этап «информация для общества» и вступившего в стадию «общество для информации». В этих условиях информационные технологии ориентируются на потребительскую культуру, экономическую выгоду и становятся все более злокачественными: питаясь человеческим ресурсом, они взимают за свои услуги самую дорогую плату – здоровье.

Физические, психологические, социальные дисфункции, вызванные влиянием информационной среды, заняли прочные позиции в структуре медико-социального пространства. Формы и степень их₁₄₁₉

выражения неоднозначны и многолики — от нечетких, немотивированных психических реакций индивидов на события и факты до устойчивых психоневрологических расстройств, требующих медикаментозного вмешательства. Страх (фобия) становится одним из распространенных эмоциональных проявлений, выступающих следствием влияния информационного продукта на сознание индивидов. Аэрофобия (боязнь перемещения самолетом), экофобия (боязнь зараженной среды обитания, продуктов питания, стихийных бедствий), [панфобия](#) (постоянный страх по неизвестной причине) и иные виды фобий формируют латентные формы тревожности, а в ряде случаев могут расцениваться как психические расстройства.

Содержание информации, особенно той, что исходит из СМИ, далеко не всегда выступает в качестве констатации реальных фактов и событий. В значительной мере оно определяется заинтересованностью различных структур и их лидеров в манипулировании общественным сознанием с целью достижения конкретного, чаще политического и экономического, интереса. Так, информация о конце света, наступление которого «было назначено» на 22 декабря 2012 года, предположительно имеющая экономическую цель — повысить спрос на продукты питания и предметы первой необходимости, методично навязывалась российскому обществу от единичных сведений за несколько лет до ожидаемой даты до активных атак по мере ее приближения. Результаты эксперимента показали достаточно низкую психическую реактивность населения (по данным СМИ ожидаемый спрос на товары увеличился всего на 3-5%), что свидетельствует об информационной усталости общества, привыкании к опасностям, снижении способности реагировать на них, формировании хронического стресса.

«Информация — это не просто некое возмущение, внешний сигнал, действующий на систему, но и внутренняя оценка этого сигнала»,¹⁴²⁰

обусловленная активностью психики»[5, С. 101]. А. Л. Еремин отмечает, что чрезвычайно высокий рост числа больных с психическими расстройствами, в ряде случаев влекущими инвалидность, высокая доля неврозов в структуре психической заболеваемости, могут напрямую указывать на отрицательное воздействие информационной среды на психическое здоровье населения России. Индивидуально- или общественно-значимая информация влияет на возникновение психического перенапряжения, развитие эмоционального стресса и его последствий в виде ряда заболеваний сердечнососудистой системы, иммунодефицитных состояний, онкологических болезней, дисфункций поведенческого характера, повышения уровня травматизма и самоубийств[6]. О пагубном воздействии информатизации свидетельствуют и зарубежные учёные. М. Хюсман с группой исследователей отслеживали корреляцию между просмотром телепередач и агрессивностью в течение 20-ти лет. Они обнаружили, что тяжесть совершённых преступлений у 30-летних преступников напрямую связана с имевшимися у них в детстве предпочтениями в телепередачах[7].

Общество развитого рационализма неразрывно связано с процессом определения стоимости всего, с чем приходится иметь дело современному человеку. Критерий ценности вещей и явлений определяет взгляды, поступки, культуру людей; даже мера здоровья и жизни определяется экономическими соображениями и выражается в денежном эквиваленте. К примеру, статистика различных заболеваний отражает не только их количество за определенный промежуток времени, но и средства, которые затрачиваются на их лечение. Информационный продукт тоже имеет свою ценность, которая «связана со значением информации для достижения определенной цели. Без цели нет ценности: вопрос о ценности информации возникает лишь тогда, когда сформулировано представление о цели»[8, С. 25]. В экономической среде цена информации определяется степенью

1421

финансовой прибыли. Бизнес в борьбе за рынки сбыта товаров и услуг использует изощренные средства законного и противоправного информационного манипулирования, способные вызвать различные негативные эффекты со стороны социального здоровья и активности граждан.

Так, в 2005-2006 годах страну буквально захлестнула информация о птичьем гриппе, высокой контагиозности и опасности этого заболевания (цель – сбыт более дорогой мясной продукции). Статистика же была лишена всякой убедительности и достоверности. Согласно сомнительным данным СМИ, в Турции умерло около 10 человек, в других странах – по 1-2 человека. Но последствия этой информационной кампании оказались катастрофичны: уничтожение домашней птицы и отстрел диких перелетных птиц исчислялся десятками тысяч. На фоне этих событий никто не задумался о том, что от обычного человеческого гриппа ежегодно умирают сотни людей. Кого нужно отстреливать в этом случае?

Рекламные технологии выступают наиболее назойливым и психораздражителями, включающими широкий спектр влияний на социальное сознание: превышение кратности трансляции рекламы и прерывания передач, недопустимое увеличение звукового порога, 25-й кадр и иные манипуляции. Отрицательные эффекты рекламы вызваны также низким профессиональным уровнем их создателей. Содержательная информация сводится к примитивным иллюстрациям, затертым слоганам, банальным видеосюжетам, доходящим порой до абсурда. В частности, телереклама, раскрывающая целебные свойства некоторых лекарственных препаратов, подающих надежды на коммерческий успех, периодически заканчивается фразой: «Теперь в новой упаковке». Вероятно, именно новая упаковка определяет основные фармакологические свойства препарата и, тем самым, качество здоровья потребителя.

Погоня за сенсациями вынуждает СМИ гипертрофировать, извращать, фальсифицировать сведения, в то время как действительно ценная информация о способах укрепления здоровья просто отсутствует. Если таковая и имеет место в СМИ, то исключительно с целью продвижения фармацевтической продукции, товаров и услуг медицинского и лечебного назначения. «Серьезная опасность состоит в том, что в России отсутствует государственная идеология, которая могла бы стать ведущим культурно-информационным фактором укрепления страны, ибо первичные причины дестабилизации социума лежат на его информационном уровне[9].

Информационные технологии глобальной рыночной экономики провоцируют ценностный конфликт между потребностями общества в обеспечении здоровья и средствами его достижения, являясь орудием агрессии в борьбе за частный или корпоративный интерес, угрозой информационно-психологической, социальной безопасности личности. «Информация, как экономическая категория, составляет одну из главнейших характеристик постиндустриальной эпохи. Оценки «ценности», «стоимости», «цены», «экономики» тоже можно отнести к информационным процессам, формирующим мнение индивидуальное или коллективное. Великие умы XX века способствовали формированию благополучного информационного фона для устойчивого развития экономики. Но удалось ли всех осчастливить, или хотя бы не нанести вреда?»[10]. По мнению В. Г. Немировского было бы явным упрощением полагать, что процесс динамики социума вызван лишь противоречием между производительными силами и производственными отношениями. В его основе лежит противоречивое взаимодействие полярных элементов на трех уровнях социума, но ведущую иницирующую роль играют факторы информационного уровня[11].

Однако было бы не вполне справедливым все болезни общества списывать на ухищрения неких темных сил, управляющих₁₄₂₃

информационными субстанциями во имя экономического процветания государства и собственных интересов. Гигантские информационные технологии создали виктимное общество, в котором человек оказался в положении информационной жертвы. Но сам человек даже ценой собственного здоровья не желает избавляться от драйва, который испытывает под влиянием информационного гедонизма. Громкая музыка в общественном и личном транспорте, беспредел мобильной связи и интернетресурсов, высокоскоростные автомобили, массовые веселья, агрессивный кинематограф - неразлучные спутники комфорта и благополучия, регулирующие общественное поведение, стиль жизни. Пронизывающие социальные отношения на бытовом, семейном, профессиональном, религиозном и иных уровнях, они становятся, в конечном счете, информационной культурой человека, расширяющей границы явных и скрытых угроз социальному, физическому, психическому здоровью.

«Общественная жизнь людей вплетена в сложное взаимодействие явлений природно-биологического, социального и культурно-символического порядка, где каждая относительно самостоятельная система способна сохранять свою целостность и устойчивость лишь только при условии сохранения и поддержания общего динамического равновесия»[12, С. 138]. Приспособление биологического и социального организма к окружающей среде, понимаемое в самом широком смысле этого слова, предполагает определенный, постоянно существующий информационный баланс между средой и организмом. Информационному балансу противостоят информационная перегрузка и информационный дефицит, способные привести к серьезным функциональным сбоям организма в случае нарушения информационного равновесия. Организм российского общества испытывает критическую разбалансировку, обусловленную как недостатком определенной информации, так и ее переизбытком. Здоровье как₁₄₂₄

культурная и социальная ценность обеспечивается посредством разнонаправленной, противоречивой информации, вызывая многочисленные трудности в достижении желаемых результатов, как на личностном, так и на институциональном уровне.

Представления российского общества о здоровом образе жизни разделились на два направления, ни одно из которых нельзя считать концептуально пригодным для научных и практических нужд. Первое исходит из недостаточности современной информации и строится на глубоко устаревших убеждениях о здоровом образе жизни как о занятии спортом и отсутствии вредных привычек. Второе выступает как результат переизбытка информатизации о западных нравах, ориентированных на культуру здоровья как на бизнес-культуру (быть здоровым ради достижения материального успеха, комфорта, внешней красоты). Закрепление здорового образа жизни как медико-социальной категории в системе научного знания и практической жизни граждан все еще остается вдалеке от первостепенной проблемы человечества – экологического здоровья. Такой отрыв обусловлен не только кризисом социальных институтов науки, образования, здравоохранения, отсутствием целостностного понимания объективных условий, в которых живет современный человек, но и, в первую очередь, сознательным утаиванием, искажением, игнорированием информации об экологических проблемах и экологическом здоровье россиян.

Информационная культура также не рассматривается как часть здорового образа жизни. Дисфункции в системе «информация – здоровье – среда обитания» обусловлены тем, что «для успешной жизни в обществе люди должны обладать знаниями и опытом – культурой здорового образа жизни. Однако сами по себе такие знания мало что дают, если они не обеспечивают понимания тех реальных каждодневных процессов, в которых находятся люди»[13, С.9]. В современном российском обществе, да и в₁₄₂₅

мире в целом, практически отсутствуют психологические и социальные барьеры, препятствующие негативному влиянию информационного продукта на здоровье человека. Достижения информационной гигиены по оптимизации интеллектуальной работоспособности, психического, физического и социального благополучия социума, борьбы с дефицитом и избытком информации, информационным загрязнением, войнами и террором пребывают в глубокой изоляции от человека и незнакомы большинству обычных граждан. Санитарно-гигиенические и правовые нормы, регулирующие взаимодействия человека с источниками информации, действуют в ограниченных пределах, поскольку в бытовых условиях контроль за соблюдением предписаний практически невозможен.

Таким образом, информационные технологии выступают неизбежным атрибутом современного человечества. Потребность в постоянном увеличении объемов информации приобретает патологические масштабы и формы, что неизбежно сказывается на физическом, психическом, социальном здоровье общества и требует поиска механизмов защиты от негативных влияний информационной продукции.

Библиографический список

1. *Панферова В. В.* Информационная политика в современной России // Социально-гуманитарные знания, №5, 2005.
2. *Манойло А.В.* Государственная информационная политика в особых условиях: Монография. М.: МИФИ, 2003.
3. *Гидденс Э.* ФОМ клуб: интервью проводят С. Баньковская и А. Филиппов. – Электронный ресурс. Режим доступа: http://club.fom.ru/books/gidd_fund.html. Дата обращения - 10.05.13.
4. *Еремин А. Л.* Информационная гигиена, гигиенически значимые

параметры и благополучие интеллекта.- Электронный ресурс.
Режим доступа:<http://a-eremin.ru/rus/works/show/?itemid=9>. Дата обр. – 21.05.13.

5. *Васильева Л. Н.* Синергетический поход в теории элит и его использование в политологии // Социально-гуманитарные знания, №5, 2005.

6. *Еремин А. Л.* Ноогенез и теория интеллекта. Краснодар: «Советская Кубань», 2005. – Электронный ресурс. Режим доступа:<http://vbibl.ru/download/informatika-7733/7733.doc>. – Дата обр. – 19. 05.13.

7. *Аленинская О. А., Демина О. И.* Влияние рекламы и средств массовой информации на психологическое здоровье нации. – Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.rae.ru/forum2012/14/1270>. Дата обр. – 21.05.13.

8. *Князева Е. Н., Курдюмов С. П.* Основания синергетики - С-Пб: «Алтейя», 2002.

9. *Немировский В. Г.* Массовое сознание и бессознательное как объект постнеклассической социологии – Эл. ресурс. Режим доступа: <http://www.google.ru>, 2006. Дата обращения – 05. 05.13.

10. *Еремин А. Л.* Ноогенез и теория интеллекта. Краснодар: «Советская Кубань», 2005. – Электронный ресурс. Режим доступа:<http://vbibl.ru/informatika/7733/index.html>. - Дата обр. – 19. 05.13.

11. *Немировский В. Г., Невирко Д. Д., Гришаев С. В.* Социология. М.: Издательский центр Российского гос. гуман. ун-та, 2003.

12. *Манойло А.В.* Государственная информационная политика в особых условиях. Монография. М.: МИФИ, 2003.

13. *Решетников А. В.* Социологическое осмысление медицины//Социология медицины, 2003, №1.

СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ИННОВАЦИОННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ

Перед высшей медицинской школой стоят важные задачи по реформированию образовательного процесса на началах инновационности. Основная его цель – повышение эффективности системы здравоохранения с учетом постоянного обновления не только методов лечения, вызываемых внедрением новейших технологий, но и динамики изменения функций врача, включая их социальную составляющую. В связи с этим и процесс обучения должен трансформироваться по трём ключевым переходам 1) от пассивной передачи информации "от преподавателя к обучающемуся" к формированию активного сотрудничества, стимуляции творческой активности обучаемого; 2) от диктуемого желанием получить диплом линейного накопления знаний, навыков и умений к овладению действенными профессиональными компетенциями; 3) от механистического внедрения учебных модулей к творческому переосмыслению и реализации инновационных образовательных технологий с максимальным использованием современных информационно-коммуникативных ресурсов.

Для воплощения в жизнь данной стратегии необходимо постоянно оптимизируемое формирование преподавательского корпуса новой формации на началах инновационности. В этой связи член-корреспондент РАМН П.В.Глыбочко отметил, что система обучения преподавателей осуществляется в течение всей их профессиональной жизни и что она "должна строиться на принципах определяющего развития новых

образовательных технологий и преемственности с классическими педагогическими принципами" [1].

Конкретные задачи в рамках указанной системы с конца 1990-х годов решаются на базе Всероссийского учебно-научно-методического центра по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию МЗ РФ, где совместно с руководством ведущих медицинских вузов страны успешно реализуется программа профессиональной переподготовки преподавателей. Достигнутые результаты позволяют пересмотреть устоявшиеся подходы в методологии учебных программ, новые же подходы характеризуются акцентом на конечный результат. Однако для достижения максимальной эффективности образовательных нововведений преподаватель должен обладать целостным видением основополагающих принципов инновационной педагогики и этапов её развития, продуктивно использовать основанную на них методологию, объективно оценивать эффективность инноваций.

Значение для нашей темы имеет работа И.Т. Фролова. "Человек и его будущее". "Биологическая адаптация человека, — писал академик И.Т. Фролов, — не сводится только к сохранению биологического гомеостаза, т.е. к достижению устойчивого равновесия и саморегуляции живого организма в изменяющихся условиях среды. Существуют также и активные формы поддержания гомеостаза через специфически человеческую деятельность — социальную и техническую... Это ставит большие задачи и проблемы не только перед биологией человека, но и перед социологией, психологией и педагогикой, теорией нравственного воспитания и научной организации труда" [2].

Решая данную задачу, нами совместно с преподавателями-инноваторами проводится опытно-экспериментальная работа, основной целью которой является инновационное саморазвитие, побуждающее₁₄₂₉

стремлению педагогов выйти за пределы своих сегодняшних возможностей, к мобилизации своих профессиональных резервов, к попытке проверить себя в новых ролях [3].

Методологической базой работы в данном направлении являются теории организации учебного процесса Я.А.Коменского, поэтапного формирования умственных действий П.Я.Гальперина, деятельности А.Н. Леонтьева. Все они имплицитно содержат начало инновационности, которое конкретизируется с развитием новых образовательных технологий в медицине. Естественное состояние истинного педагога – воплощение творческих подходов к своей деятельности [4]. Образно говоря, преподаватель должен быть своего рода режиссером, предоставляя исполнителям творческую свободу, что особенно сложно в применении к медицинскому образованию.

Современный преподаватель, выступая в роли исследователя-новатора, убеждает своим примером, что креативное образование содействует самореализации личности, убеждает своим примером в ходе формирования положительной "Я"-концепции обучаемого, развития творческих способностей, самопознания и самостроительства его как будущего профессионала-врача, отвечающего запросам времени и обладающего соответствующими компетенциями. В связи с этим творческому педагогу-медику присуще нестандартное видение насущных проблем и способов их решения: он осознаёт, что инновации необходимы не ради "демонстрационной активности" и моды, а для дела; при этом он не отбрасывает накопленные вековым опытом традиционные методы. Правильное соотношение новых и старых методов выстраивается в зависимости от характера решаемой задачи, поэтому "метод попугая": "Я вчера сказал, ты сегодня повторил" таким педагогом отбраковывается, поскольку он по сути исключает инновации в образовательном процессе. 1430

Как пишет академик РАМН, профессор А.В. Решетников, необходимо оптимизировать учебный процесс и повышать мотивацию обучающихся с опорой на новые образовательные инициативы и инновационные проекты; при этом главное - "изначально получить полное понимание результата проекта в целом и каждого этапа работ в отдельности и спланировать поток ресурсов, необходимых для своевременного выполнения этих работ" [5] .

Нами на кафедре теории и технологии обучения в высшей школе факультета управления экономикой здравоохранения в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова для профессорско-преподавательского корпуса, обучающегося по программе дополнительного профессионального образования "Преподаватель высшей школы", ведётся работа по социологическому обеспечению инноватики в медицинской педагогике. На лекциях и практических занятиях обсуждаются вопросы: Каковы предпосылки нововведений в лечебном процессе? В чём суть инноваций в профессиональном медицинском образовании? Каковы способы позитивного восприятия новшеств обучающимися врачами, коллегами, педагогами, руководством? [6].

Формирование инновационных технологий образования сегодня тесно связано с усилением в нём опережающих время ноосферных тенденций эпох и смены цивилизаций, которые призваны готовить человечество к «вызовам» будущего и через Интернет тесно связаны с психологическим контекстом глобальной информационно-компьютерной цивилизации, воплощающей в себе предпосылку предсказанной В.И. Вернадским сферы разума и грядущего перехода к ноосфере. Рубеж этого события в сфере образования А.Д. Урсул связывает с обретением ноосферным интеллектом функции опережения сознанием бытия. Эта проблема ярко проявляется уже на пред ноосферном уровне, когда отчётливо даёт о себе знать психологический" ¹⁴³¹

цифровой раскол"представителей поколения наставников и усваивающих их интеллектуальные продукты студентов, аспирантов, курсантов[7].

Современные образовательные технологии в медицине направлены на создание условий для полной реализации личностного и творческого потенциала обучающегося врача, что предполагает уход от методики простой трансляции знаний. Происходит обновление программно-технологического обеспечения образовательного процесса, переосмысление арсенала применяемых методических средств, использование в полном объёме технических возможностей, внедрение информационных и социальных технологий. Выстраиваемые с учётом этого семинарские занятия предусматривают осмысление потенциала эвристико-инновационной педагогики, формирование аналитических умений и концептуальных подходов на основе её модификаций в медицинском образовании, при этом обучающиеся дают свою оценку моделей образования, чем обеспечивается обратная связь.

Решение ситуационных задач связывается нами с такой образовательной инновацией как проектирование игромodelей, которые способствуют знакомству с технологией разработки и освоения различных новшеств в медицинских вузах, с методикой организации педагогического и социологического эксперимента и составления на основе его результатов авторских учебных программ. В психологическом плане определяющим является создание положительного отношения к новшествам, развитие у медика-педагога желания внедрить в образовательное пространство ту или иную программу.

Формирование профессионально важных качеств у преподавателя-инноватора в медицинском вузе предполагает осознание им необходимости конструктивных ответов на следующие вопросы:

- Каковы факторы эффективности инновационной деятельности в сфере медицины?

- Как составить инновационную программу и какие методы следует применять для генерирования новых идей?

- Как действовать при реализации инновационной программы в ходе обучения врача-профессионала с учётом новых его компетенций?

-Как организовать восприятие новшеств коллегами, студентами, администрацией медицинского вуза?[8].

В процессе социолого-педагогического эксперимента в ходе игромоделирования нами осуществлялось согласование разных ролей его участников, изучение возможностей целенаправленного воздействия на их поведение с учётом возникновения новых аспектов их ролевых позиций: содействия инициативам, противодействия им или бездействия. Как известно, эти вопросы в традиционных курсах педагогических дисциплин специально не рассматриваются, что создает у слушателей впечатление об инновационном процессе как происходящем в вакууме, что ошибочно при подготовке высококвалифицированных врачей.

Игромоделирование позволяет реализовать инновационное поведение преподавателя медицинского вуза, основной целью которого является актуализация и развитие у обучающихся творческого потенциала, стремление к самостоятельному осмыслению проблемы, принятие инновационных решений.

В ряде занятий реализация данного метода состоит из следующих этапов:

1)Задаётся ситуационная задача, основой которой является ненадлежащее оказание медицинской помощи.

2) С учётом момента инновационности предлагается создать сценарий и произвести его реализацию по ролям.

3) Обосновывается решение задачи в ходе совместного обсуждения, происходит деление группы на три части; две группы приступают к разработке сценария и распределению ролей, а представители третьей группы выступают в роли экспертов, оценивающих реалистичность, достоверность, оригинальность предложенных решений. Участники, воплощая разные социальные роли во взаимодействии с другими обучающимися, могут меняться этими ролями в ходе игромоделирования.

Цель преподавателя задать творческое начало учебной деятельности, дать максимальную свободу в выборе методов и средств решения задачи, в ходе эксперимента побудить к активному участию всех членов ролевой игры в эвристическом процессе, направленном на отработку методов внедрения новшеств и правильную оценку их эффективности.

Нами было проведено 26 занятий по игромоделированию, в которых участниками являлись 780 обучающихся. Подтвердилась гипотеза, что оптимальная численность группы не должна превышать 30 человек, а подгруппа должна состоять из 8-9 человек. В ряде групп были выделены социальные роли консультанта, психолога, рецензента, внешнего наблюдателя.

Об эффективности игромоделирования свидетельствует тот факт, что значительное большинство участников с опорой на него не только успешно усваивали учебный материал, и в первую очередь его инновационную составляющую, но и перенесли многие элементы игромоделирования в работу со студентами и аспирантами.

По данным нашего пилотного исследования число таких врачей-педагогов превысило две трети из общего количества опрашиваемых.

Исследование показало, что моделирование организационно-деятельностной игры в медицинском образовании побуждает не только усвоение знаний, но и развитие творческой мысли. Отметим, что₁₄₃₄

обучающиеся (профессорско- преподавательский состав медицинских вузов) переходили от одной альтернативы к другой по мере того, как вовлекались в различные виды ролевой деятельности в процессе игромоделирования, что стимулировало их поисковую образовательную активность.

Конечная цель эксперимента заключалась в освоении базовых навыков построения целостной авторской концепции в сфере медицинского образования, используемой при решении профессиональных проблем различной степени сложности.

Уместно при этом сослаться на американского социолога Р.Мертон, который неоднократно подчёркивал, что близкие к игромоделированию "схемы группового существования" содействуют накоплению положительных эмоций относительно будущей профессии, повышая её престиж [9].

В ходе эксперимента осуществлялось фотографирование отдельных эпизодов игромоделирования, безусловно, с согласия обучающихся. Исследование показало, что оформленные участниками фотогазеты о практических приёмах образования с учётом инновационной составляющей считаются ими важным средством обучения и используются в будущем в ходе социолого-педагогической, медицинской и научной работы.

Как справедливо указывает П. Штомпка, имеются два пути использования фотографирования в социологии: делать фото социальных ситуаций и интерпретировать имеющиеся фотоизображения. На наш взгляд фотографирование имеет много возможностей для обеспечения действенности игромоделирования в ходе подготовки высокопрофессиональных медиков. Фотографии в принципе напоминают им о найденных инновационных решениях сложных лечебных задач [10].

Опыт разработки и внедрения игромоделирования следует широко освещать в печатных изданиях и информационно-коммуникативных технологиях, что обеспечит его выход в образовательную среду, в первую очередь медицинских вузов, но также других профессиональных учебных заведений. Такое инновационное образовательное средство позволит стимулировать и поощрять творческое саморазвитие врачей-педагогов, мотивируя их на широкое применение нетрадиционных методов в преподавательской деятельности.

* * *

Анализируется феномен роли и социальной ответственности преподавателя вуза в процессе реализации стратегии реформирования медицинского образования. Определяется роль и значимость инноватики в педагогике и социологии медицины. Раскрывается опыт проектирования моделей обучения, способствующих формированию у обучающихся готовности к работе в инновационных типах медицинских вузов, знакомству с технологией разработки и освоения различных новшеств.

Библиографический список

1. *Глыбочко П.В.* Медицинское образование – 2013г.//Сеченовские вести №4(25), 1 апреля 2013г.- с.3.
2. *Фролов И.Т.* Человек и его будущее // Новые технологии и возможности человека. М.: Ленанд, 2012г.- С. 13-28.
3. *Шурупова Р.В., Макарова И.И.* Преподаватель-инноватор в медицинском ВУЗе: высоко значимый для функционирования общества¹⁴³⁶

статус// Медицинское образование. - 2013.IV Общероссийская конференция с международным участием (4–5 апреля 2013 года, г. Москва). - М.: Изд-во Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, 2013.- С.566-568.

4. Кузьмин С.Б. Роль нравственного воспитания в формировании будущего врача.//Медицинское образование- 2013г.IV Общероссийская конференция с международным участием (4–5 апреля 2013 года, г. Москва). - М.: Изд-во Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, 2013г.- С.273-274.

5. *Шурупова Р.В.* Социологическое обеспечение инноваций в медицинском вузе: роль и функции педагогического компонента.// Социология образования, 2012г., № 2.-С.26-33.

6. Решетников А.В. Социология медицины: руководство.– М.: Издательская группа "ГЕОТАР-Медиа".2010г.-С. 626.

7. Урсул А.Д. Процесс футуризации и становление опережающего образования // Педагогика и просвещение. 2012г.№ 2. - С. 20-33.

8. Андреев И.Л., Шурупова Р.В., Назарова Л.Н. Философско-психологические аспекты подготовки врача-педагога// Психология и психотехника. 2(53). 2013г. - с.186-195

9. Мертон Р. Социальная структура и аномия// Социология преступности. (Современные буржуазные теории) М., 1966г. Пер. с фран. Е.А.Самарской. Ред. Пер. М.Н.Грецкий. Издательство "Прогресс".-С. 300.

10. *Штомпка П.* В фокусе внимания повседневная жизнь. Новый поворот в социологии // Социологические исследования. № 8, Август 2009г. - С. 3-13.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОВЛЕЧЕНИЮ ПОДРОСТКОВ В СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ СО ВЗРОСЛЫМИ

Эта статья подготовлена на основе анализа текста воспоминаний Дмитрия Владимировича Кузнецова (известного также как КДВ), активного любителя мальчиков-подростков (сам он называет себя «бойлавером»), и знаменитого тем, что во второй половине 90-х первым в России организовал масштабную торговлю детской эротикой и порнографией через Интернет [См., например, 1; 2; 3].

Свои воспоминания он писал уже позже – в 2004-2007 годах. В них он подробно описывал то, что можно назвать его «карьерой» - от первого осознания своих истинных сексуальных потребностей до последнего ареста в 2000 году, после которого он прекратил свою деятельность.

В настоящее время текст воспоминаний находится в открытом доступе в Интернете.

Текст Кузнецова представляет безусловный интерес с точки зрения социологии девиантного поведения, поскольку позволяет посмотреть на проблему глазами «бойлавера», понять его систему ценностей, увидеть, как выстраивается система самооправданий, узнать, как была устроена субкультура «бойлаверов» в 90-х и так далее. Но, как и при анализе любого нарратива, встает проблема верификации текста.

Разумеется, проверить каждый факт, упомянутый в автобиографии КДВ невозможно, но многие из основных фактов подтверждаются

другими источниками. Самое большое документальное подтверждение имеет выглядящая на первый взгляд совершенно фантастической, история с фотографом Тимофеевым из города Новокуйбышевска, который долгое время был основным источником материалов для продажи и организатором многочисленных встреч Кузнецова с подростками. Тимофеев в своем городе практически совершенно открыто в течение как минимум 20 лет занимался сексом с мальчиками и фотографировал их, так что в результате у него скопился огромный архив фото-материалов. Через его руки прошло множество подростков разных поколений, так что сам он вел счет на сотни и говорил, что к нему сейчас ходят *внуки тех мальчишек, которых он фотографировал маленькими*. Впоследствии, уже после того, как сотрудничество между Кузнецовым и Тимофеевым закончилось, Тимофеев был арестован и осужден, и о его деле много писали как в местной, так и в центральной прессе [см., например, 4; 5; 6; 7]

Кроме того, как и каждый нарратив, воспоминания Кузнецова интересны именно субъективностью изложения. В рассматриваемом тексте, в частности, хорошо заметны характерные для авторской позиции внутренние противоречия между декларируемым хорошим и заботливым отношением к мальчикам, основанным на любви, и реальными действиями его самого и других «бойлаверов» и последствиями этих действий для детей и подростков.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ. Первое что бросается в глаза при чтении текста Кузнецова - это масштабы деятельности автора и его знакомых – производителей и продавцов эротических и порнографических материалов и просто любителей мальчиков. В тексте упоминается множество подростков и детей, так или иначе вовлеченных в сексуальные отношения со взрослыми мужчинами и в фото и видеосъемки.

Второе, что обращает на себя внимание, это то, насколько открыто в 90-е годы можно было заниматься производством и распространением детской порнографии и эротики и сексом с подростками. Очень показателен в этом смысле рассказ о том, как Тимофеев попытался продать 20 своих фотографий с мальчиками в легально выходящий гей-журнал, и при этом спокойно указал свое имя и адрес. И это был не единичный случай, когда обладатель детской эротики не скрывал информацию о том, как его можно найти: в интернете любители такого рода материалов открыто публиковали на соответствующих сайтах свои реальные адреса электронной почты. Более того, в легально издающемся и открыто распространяемом журнале, вовсе не являющемся эротическим изданием, можно было найти адреса интернет-ресурсов, на которых размещается детская эротика:

...однажды я набрел на какой-то бумажный журнальчик по компьютерике... в одной статье было подробно изложено, как, где можно найти картинки с голыми детьми, в частности с мальчиками, и был представлен список сайтов и ньюз-групп по «теме». Представляете - это было напечатано в журнале, который свободно продавался в киосках «Союзпечати».

В Новокуйбышевске Тимофеев вообще не считал необходимым хоть как-то маскировать свою деятельность. Доходило до того, что он вывешивал на своем балконе транспарант с призывом к мальчикам заходить, если им нечего делать, с указанием номера квартиры, причем на этот же балкон днем совершенно открыто выходили покурить голые мальчики. Создается ощущение, что в городе все знали о том, чем занимается Тимофеев, и относились к этому с просто поражающей сейчас лояльностью:

Пацаны ... рассказали прикольный из тамошней жизни:

- Идем к Вовке(Тимофееву), заходим в подъезд. Сидят на лавочке

бабки: "Ну чо, к пидерасу пошли?". Возвращаемся. Они же: "Ну чо, насосались?".

Я тогда ничего не понял. Спрашиваю Володю (Тимофеева):

- Что, про тебя все знают, что ли?

- Да, - ответил Володя, - абсолютно все.

- И что, пацаны не боятся к тебе приходить? Как же слава пидаров-то?

- О какой такой славе говорить, если в городе все! пацаны ходят ко мне.

Показателен в этом смысле также эпизод со взрослыми мужчинами, которые, застав на диком пляже Тимофеева в компании московских гостей с обнаженными мальчиками, отреагировали вопросом: *Ну, Володя, не уgomонишься никак?* и по просьбе Тимофеева предоставили для съемок с мальчиками свою собаку.

Сам Кузнецов во время своего первого визита к Тимофееву останавливался в гостинице, и, к его собственному удивлению, абсолютно свободно мог приводить к себе в номер мальчиков на ночь:

Правда, надо отметить, что такая ситуация была во много специфична именно для Новокуйбышевска. В Москве автору и другим «бойлаверам» приходилось вести гораздо более скрытный образ жизни.

Вообще, судя по тексту, ситуация в Новокуйбышевске позволяла говорить о массовом изменении в представлениях о норме; о том, что сексуальные отношения взрослых с мальчиками стали выступать в качестве социально и морально приемлемого поведения и для подростков и для взрослых, причем это касалось даже представителей уголовной субкультуры, в которой существует строгий запрет на гомосексуальные связи:

Раздался звонок в дверь. На пороге комнаты появляется незнакомый

нам молодой человек, лет 20, бритоголовый, рожка вся в шрамах, на пальцах по синему перстню. Володя его представляет:

- Это Женя. Я его трахал, когда ему было тринадцать... А теперь авторитет. Две ходки. Он здесь всю молодежь держит.

Женя уважительно пожал нам руки, со словами: "Очень много о вас наслышан", - и присоединился к нашей компании.

По-видимому, это изменение социальных норм в масштабах целого города – целиком результат многолетней деятельности Тимофеева. Когда он попытался развернуть свою деятельность на новом месте, в деревне, куда ему все-таки пришлось временно скрыться от внимания правоохранительных органов, то встретил отпор, причем не столько со стороны взрослых, сколько от самих мальчиков, которые оказались *все на "понятиях"* - типа: *пацан с пацаном - это в падлу.*

Кейс Новокуйбышевска показывает, что один человек может породить фактически длительную, растянутую не на одно поколение, педо-эпидемию в одном отдельно взятом городе, причем эта эпидемия вовлеченности в «тему» передается от поколения к поколению. Вырастая, бывшие «мальчики» продолжали посещать Тимофеева, участвуя в застольях с подростками. О некоторых из них в тексте прямо говорится, что они тоже «в теме», относительно других прямые утверждения о том, что они практикуют сексуальные связи с подростками, отсутствуют. Но в любом случае уже одним только тем, что они поддерживали дружеские отношения с Тимофеевым и участвовали в его праздниках, они утверждали нормальность таких связей и в значительной мере обеспечивали безнаказанность Тимофеева, поскольку в число его «бывших мальчиков» (*главный прокурор города и главный преступный авторитет города ... оба были моделями Владимира Федоровича*) и постоянных гостей входила вся городская элита:

Там (в Новокуйбышевске) делать не хрена, единственное место, где люди могут отдохнуть по настоящему - это квартира Тимофеева. Там тусовка. Но там тусовка не только для детей, но и тусовка для взрослых. Там все самые интересные люди, которые есть в городе, - городской библиотекарь, директор интерната, городской прокурор, начальник городской милиции, директор клуба, директор хореографического училища - все они собираются там. Директор спорт-школы... В это же время приходят пять-шесть пацанов, которые раздеваются и занимаются там чем угодно.

Неудивительно поэтому, что даже вмешательство милиции не влекло за собой сколько-нибудь серьезных последствий:

У Федоровича (Тимофеев) был проведен обыск, в результате чего он остался без аппаратуры... Володя ко всему случившемуся с ним отнесся удивительно легкомысленно:

- Дело закроют, а аппаратуру вы мне купите, так что ничего страшного не произошло.

Вообще, если верить Кузнецову, элита, причем гораздо более высокого уровня, чем в Новокуйбышевске, играла значительную роль в распространении педофилии. Впервые попав в круг других «бойлаверов», он был приятно удивлен тем, среди каких людей оказался:

В шикарной квартире на Кутузовском проспекте были: хозяин, четверо симпатичных пацанов и еще двое взрослых, которых я сразу, открыв рот, узнал: один из них был известнейший артист театра и кино, а второй - депутат, известнейший в то время экономист, политический и общественный деятель. Блиииииииииин!!!!!!!!!!!! Такие люди!!! и пацаны! Блямс! У меня даже голова закружилась. Это как-то было совсем не правильно. Но было.

Это было то, что впоследствии в своих мемуарах Кузнецов назовет «тусовкой номер раз». В этой «тусовке» он пробыл четыре года - с 1991 по 1995: *Я познакомился там с самыми невероятными людьми: теперь они вершители человеческих судеб, а тогда восходящие звезды политики, бизнеса, культуры. ... Бог мой, какие оргии, какие представления довелось мне увидеть и поучаствовать в начале девяностых годов. В каких только закрытых клубах, чисто "темовых", я не побывал!!!! Что там творилось! Удовлетворялись самые смелые и извращенные фантазии клиентов этих заведений.*

После 1995 года элита сформировалась, стала более закрытой и места чужим в ней уже не осталось: *...представители бомонда скрылись за глухими заборами коттеджных поселков Рублево-Успенского шоссе.* Но благодаря времени, проведенному в «тусовке номер раз», Кузнецов утвердился в нормальности своих желаний и действий (*Я заматерел, да и расстался с комплексами*) и обзавелся полезными связями: *Да и заказчиков, которым я обслуживал компьютеры, я приобрел из самых высших сфер, что потом мне не раз было подспорьем, и не только финансовым.* Кроме того, согласно его утверждениям, именно приходом во властные структуры членов «тусовки номер раз» объясняются снижение возраста согласия до 14 лет в 1998 году и произошедшее тогда же смягчение «антипедофильских» статей Уголовного кодекса.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. По тексту Кузнецова можно проследить, как круг людей, причастных к «бойлаверству» или «теме», расширяется за счет новичков, которых привлекают более опытные участники «темы»- и это относится и к взрослым и к мальчикам. Сам автор впервые осознал свои сексуальные потребности в 25 лет с помощью продавца журналов для взрослых, который, обнаружив незаинтересованность потенциального

покупателя обычной продукцией на лотке у метро, предложил ему посмотреть что-нибудь другого плана:

... в одном я увидел то, что чуть не свело меня с ума: это был чешский журналчик, и там, на фотках, пацаны 13-14 лет занимались таким!!!! Я никогда об этом не знал, да и никогда об этом не думал. Я листал журналчик, у меня тряслись руки, лил холодный пот. Я смотрел на эти фотографии, и приходило понимание: это то, что я давно искал, это то, что в сексе мне нужно!

Впоследствии этот же продавец инициировал первый у автора опыт сексуальных отношений с детьми и ввел его в круг других любителей мальчиков (уже упомянутую «тусовку номер раз»).

Круг «мальчиков», в свою очередь, пополняется за счет тех, кого к «теме» подключают сверстники, уже получившие соответствующий опыт:

Интересно было узнать от ребят, что существует целая Волочковская тусовка мальчишек в Москве. Одни привозят в Москву других, и так продолжается уже много лет.

При этом опыт может передаваться от старших братьев младшим детям:

У Миши, оказывается, старший брат уже много лет по педерастическим тусовкам лазит. Он и привлек Мишку и его друга в Москву на «легкие хлеба»;

К нам пришли гости: Андрей (один из мальчиков) и его двенадцатилетняя сестра. Оказывается... Сева(взрослый «покровитель» Андрея) захотел поразвлечься с его маленькой сестренкой.

Помимо этого, в тексте встречается множество других эпизодов, когда мальчики приводили к взрослым новичков.

Вообще, судя по тексту, сами подростки и были основными поставщиками новых «мальчиков». Что касается завязывания новых

контактов по инициативе взрослых, то, например, у Тимофеева в Новокуйбышевске такие знакомства происходили с удивительной легкостью, но далеко не все заинтересованные мужчины были способны так же легко знакомиться с подростками – отчасти потому, что боялись, отчасти от смущения и неуверенности. В тексте упоминаются «бойлаверы», не имевшие или почти не имевшие опыта реальной связи с мальчиками, потому что боялись подойти даже к подросткам-профессионалам.

Сам Кузнецов практически всегда пользовался контактами, установленными кем-то другим (с новыми мальчиками его знакомили или другие взрослые или уже известные ему подростки), и в период между тем, как ему пришлось покинуть «тусовку номер раз» и знакомством с Тимофеевым практически не имел возможности встречаться с мальчиками. Но впоследствии он установил прочные и разветвленные связи с другими взрослыми «бойлаверами» и подростками и уже не только не испытывал трудностей в подборе мальчиков, но и имел возможность помогать тем из «бойлаверов», кто не мог найти себе мальчика самостоятельно.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОВЛЕЧЕНИЮ МАЛЬЧИКОВ В СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ СО ВЗРОСЛЫМИ. Основные причины того, что подростки идут на связь со взрослыми мужчинами - социальное и семейное неблагополучие. Из множества упомянутых автором мальчиков только о двух он говорит, что они проявляли явную «врожденную» склонность к гомосексуализму. Абсолютное большинство фигурирующих в тексте подростков – это просто депривированные дети из бедных и маргинальных семей:

Володе было 15, но выглядел он на 13. Очень хороший мальчишка. .. Он мне пожаловался на жизнь: отец - законченный алкоголик, матери нет. Они с братом, порою по два-три дня ничего не едят. Я дал ему потом, уезжая, 500 рублей;

Пацан. 14 лет. Уровень развития 11-ти летнего ребенка. Не умственного развития, а физического. Три года не ел мясо!

Но даже при «врожденной склонности к гомосексуализму», о которых пишет автор, к «тематической тусовке» мальчики примыкают в результате частичного или полного разрыва с семьей. Один из упомянутых подростков, мальчик из материально и социально благополучной семьи, *мог спокойно не ночевать дома (ему было достаточно просто показаться на пять минут и сказать, что с ним все в порядке)*; второй сбежал из дома, *потому что его отец застал его в постели с мальчиком*.

Соответственно, деятельность таких широких масштабов, какие имели место в Новокуйбышевске, становится возможной только на фоне полной экономической и социальной деградации города:

Вообще, странным мне показался Новокуйбышевск. Город людей-призраков. Все взрослые были в нем одинаково никакие. Ребята - те да! Веселые, раскованные. Взрослые, если трезвые, то ходили, втянув голову в плечи. Взгляды у всех были затравленные. Я спросил у мальчишек: почему это так. Объяснение оказалось простым. Градообразующий нефтехимический завод был уже 5 лет, как закрыт. В городе просто не было работы, а, следовательно, и денег. Денег, которые получали новокуйбышевцы, едва хватало на водку. А то, что от безнадежности в городе сильно пили, об этом говорить не приходится.

В Москве основным ресурсом становятся беспризорные, сбежавшие из дома мальчики, которых было много в 90-х, и которые быстро пополняли ряды профессионалов.

О связи с подростком из благополучной и заботливой семьи Кузнецов говорит только один раз, и то этот эпизод выглядит наименее достоверно (согласно этому рассказу, отец мальчика знал об их связи и считал ее полезной для сына).

Связь со взрослыми мужчинами дает мальчикам возможность вкусно и сытно поесть и весело провести время, вырваться хотя бы на время из бедного и скучного провинциального города в Москву, а, когда речь идет о бездомных подростках, это, в первую очередь, возможность для них выжить: укрыться от мороза, получить еду, иногда одежду. Часто мальчики в поисках укрытия и пищи сами приходили к хотя бы поверхностно знакомым им «бойлаверам», но бывали и случаи, когда взрослые в буквальном смысле слова подбирали ребят на улице:

Однажды, морозным февральским вечером, Дима пришел ко мне, неся на руках почти мертвого мальчишку лет десяти.

- Представляешь, - начал он, - еду себе в маршрутке и, вдруг, в окно вижу, что на остановке, на лавочке валяется мальчишка... Я выскакиваю, подбегаю к нему, смотрю - он почти не дышит, окоченел совсем. Мороз сегодня под двадцать пять будет. Я его схватил и так три остановки на руках до тебя нес. Как думаешь: не помрет?

Второе, что обращает на себя внимание, это отсутствие сформированных личных границ у подростков⁸⁸, чем и можно объяснить легкость, с которой некоторые из них принимали новые для себя модели поведения:

Оказалось, что парнишка этот из какой-то околосамарской деревни, родственник Павлика. Приехал погостить. Павлик его сразу затащил к Тимофееву.... Он даже не знал, что его будут фотографировать голым и еще, тем более что ему придется брать в рот у Пашки. Я думал, что он

⁸⁸ «Границы в общем смысле – это линии или сооружения, показывающие ограничения, предел или грань. В психологическом смысле границы – это понимание собственного «Я» как отдельного от других. Это понимание своей отдельности формирует основу нашей личности. Границы говорят нам, где мы, а где не мы, что мы можем выбрать, а что не можем, что мы в состоянии вынести, а что нет, что мы чувствуем и чего не чувствуем, что нам нравится и что нам не нравится, чего мы хотим и чего не хотим. Одним словом, границы определяют нас. Точно так же, как физические границы определяют, где начинается и где заканчивается частное владение, духовные и психологические границы определяют, кем мы являемся, а не являемся» [8]

заартачится. Но, после нескольких минут непонимания он согласился с легкостью.

Показательно также, что мальчики довольно равнодушно принимают то, что взрослые передают их из рук в руки - ими «угощают», их «продают», «приготавливают для кого-нибудь», «дарят»:

- А вот и мы, с подарками в оригинальной упаковке, - заявил Миша.

Действительно, эти хулиганы завернули Саню и Андрея в упаковочную бумагу и перевязали ленточками. Забавно это смотрелось.

- Дрюня и Музыкант, - сказал я, - я обещал вам оригинальный новогодний подарок. Получите.

Такая несформированность личных границ также является следствием педагогической и семейной депривации. Неудивительно, поэтому, что помимо чисто материальных потребностей, мальчиков к взрослым притягивает потребность в любви и заботе:

История оказалась заурядной: родители пьют, детьми не занимаются... А тут, в Москве, ну, потрахают, зато накормят. Пусть и не всегда, но у них есть ощущение, что их любят.

Одним из основных факторов заброшенности детей и подростков является алкоголизм родителей, который часто упоминается Кузнецовым при описании мальчиков. Сами мальчики тоже много и часто употребляют спиртное. Об употреблении подростками наркотиков в тексте упоминаний нет (хотя некоторые из взрослых эпизодически курят марихуану), но неоднократно упоминаются мальчики, нюхающие клей. Но в основном речь идет об употреблении спиртного. Привычка к алкоголю, с одной стороны, облегчает задачу вовлечения подростков в связь со взрослыми (Тимофеев соблазнял новичков обещаниями дать им денег и водки), с другой стороны, связь со взрослыми эту привычку усугубляет. Подростки участвуют в застольях и наравне со взрослыми употребляют крепкие спиртные¹⁴⁴⁹

напитки, причем и взрослые и дети часто сильно напиваются. Но тут следует отметить, что, по крайней мере, субъективно, с точки зрения автора текста, это не является злонамеренным спаиванием для того, чтобы было легче уговорить мальчиков согласиться на секс. Это выглядит, скорее, как своеобразное проявление заботы: мальчиков кормят, покупают им одежду, развлекают и угощают спиртным. Кроме того, взрослые сами много пьют, и в основном не видят проблемы в том, что алкоголь употребляют и подростки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По тексту Кузнецова хорошо видно, что в 90-х годах в России развивалась целая эпидемия «бойлаверства», которая формировалась по принципу снежного кома, и была во многом похожа на эпидемию наркомании, имевшую место в тот же период. При всей специфичности ситуации в Новокуйбышевске, она не представляла собой нечто исключительное. В Москве, по сути, происходило то же самое, просто в менее концентрированном виде и поэтому более скрытное от посторонних. Среди причин этой эпидемии отчетливо выделяются относительная безнаказанность как «бойлаверов», так и тех, кто производил и распространял детскую порнографию; отсутствие необходимости тщательно скрываться, обеспечивающей «бойлаверам» возможность наладить контакты между собой и с мальчиками; поддержка элиты, которой во многом объясняется безнаказанность и отсутствие необходимости в тщательной конспирации. Но главным фактором, способствовавшим распространению «бойлаверства» было большое количество доступных детей и подростков, что, в свою очередь, было следствием бедности, маргинальности, алкоголизма взрослых и тем, что общество равнодушно относилось к существованию большого числа беспризорных и брошенных детей.

Библиографический список

1. Малышев В., Татарченков О. Убийственное порно// «Московский комсомолец», 03.10.2000;
2. Лебедь Ф. Почему расцветают "голубые" орхидеи// «Русский вестник», 31.10.2005 <http://www.rv.ru/content.php3?id=5958>
3. Михалыч С. Пол любви-2// «Новая газета» № 45 (567), 29 ноября — 5 декабря 1999 г)
4. Бородина Л. Жириновский и Леонтьев выступили в защиту педофила// "Пульс Поволжья", 07.02.2003 <http://www.pravda.ru/districts/volga/samara/07-02-2003/37017-pedophil-1/>
5. Ишков С. Продолжение следует// «Новые известия», <http://www.newizv.ru/accidents/2007-12-13/81497-prodolzhenie-sleduet.html>
6. Бородина Л. Грязное кино для равнодушного города// «Российская газета» http://www.rg.ru/anons/arc_2000/0905/4.shtm
7. Педофила из Новокуйбышевска осудили на два года// «Комсомольская правда», 26.12. 2007 <http://www.kp.ru/daily/24025/91302/>
8. Генри Клауд Г., Джон Таунсенд Д. Брак: где проходит граница?», М.: Триада, 2004

С.В. Щелков, И.Ю. Крайнова,
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН КАК ОБЪЕКТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Гендерный подход в здравоохранении – это учет гендерных различий при анализе системы здравоохранения и формировании политики в области охраны здоровья населения. Принято считать, что мужчины имеют преимущества в социальном плане перед женщинами – более высокую зарплату, социальный статус и т.д. Несмотря на это, для мужчин характерны более высокие показатели смертности по всем 15 основным причинам смерти, а продолжительность жизни в среднем в мире на 7 лет меньше по сравнению с женщинами. Сегодня нет ни одной страны, где бы мужчины жили дольше женщин.

В последнее время широкое распространение получила небесспорная концепция медленного и неизбежного вымирания мужчин британского генетика Брайана Сайкса, который утверждает, что важнейшей биологической предпосылкой, обуславливающей уязвимость мужского организма, являются особенности эволюции Y- хромосомы. Это наименьшая из хромосом человека, включает всего 2-3% ДНК гаплоидного генома, содержит не более 80 функциональных генов. Основная часть Y- хромосомы представлена гетерохроматином, она весьма нестабильна, несёт высоко полиморфную ДНК и имеет склонность к потере генетического материала. Действительно, неравенство полов коренится в фундаментальных биологических закономерностях, среди которых заметную роль играют особенности Y-хромосомы, предопределяющей рождение ребенка мужского пола, которая, по мнению некоторых генетиков, представляет собой архаическую структуру и медленно деградирует. Но наряду с этим¹⁴⁵¹

следует учитывать также социально- психологические факторы, обусловленные снижением социального статуса мужчин, экологические, сопряженные с меньшей устойчивостью мужчин к внешним воздействиям, и экономические предпосылки половых различий заболеваемости, смертности и продолжительности жизни⁸⁹. В целом продолжительность и качество жизни человека определяются не только и не столько генетикой, сколько социально-экономическими и экологическими условиями. Анализ социологических и психологических исследований показал, что мужчины везде и всюду: а) переоценивают качество своего здоровья; б) стесняются признаться в собственной слабости; в) не умеют и не любят просить о помощи.

Очевидно, должен быть разработан интегративный подход к мужскому здоровью. Существуют доступные и достаточно эффективные методы предупреждения основных заболеваний у мужчин, которые не требуют особых затрат и которыми можно воспользоваться немедленно. Необходима активная, даже агрессивная пропаганда здорового образа жизни, ориентированная на мужскую аудиторию, включая мальчиков, подростков и юношей. Для этой работы следует использовать возможности и первичного здравоохранения, и профессионального сообщества, например, деятельность Российского общества «Мужское здоровье», и общественных организаций.

Нами проведено исследование соотношения клинических возможностей и социальных рисков сохранения мужского здоровья. Оно проводилось в четыре этапа.

1-й этап. Контент-анализ специальной медицинской научной литературы по проблемам мужского здоровья. Мы изучали только материалы научных публикаций в специальной литературе. Интернет-источники типа форумов и блогов не использовались в связи с тем, что в них проблема

⁸⁹ Аксенов В.В., Седова Н.Н. Социальные перспективы сексуальной медицины в России. М.: «Триумф». 1452 2009. – Гл.3.

рассматривается на уровне обыденного сознания, а выступления медиков часто носят рекламный характер. Период – 3 года. При этом для интерпретации привлекались ссылки на более ранние источники, но только те, которые имелись в анализируемых публикациях.

2-й этап. Опрос экспертов. Для выяснения отношения врачей к лечению мужчин как особой гендерной группы пациентов, нами был проведен **опрос экспертов**. Ими стали врачи общей практики, при этом распределение экспертов в выборке по месту работы пропорционально распределению в данной группе врачей в целом (региональные данные). Были отобраны только независимые эксперты.

3-й этап. Фокус группа по проблемам мужского здоровья. Она проводилась на базе Отдела этической и правовой экспертизы в медицине Волгоградского Научного Медицинского Центра. Раздаточный материал – данные анкетирования пациентов и врачей, интернет-материалы, данные о нозологическом статусе пациентов-мужчин г.Волгограда.

4-й этап. Кейс-стади (анализ случаев, представленных врачами-практиками). Были отобраны несколько реальных случаев из собственной практики и практики наших коллег. Источник: архив федерального научно-практического журнала «Биоэтика». Случаи были рассмотрены по трем критериям: а) несовпадение оценок состояния здоровья пациентов у врачей и у них самих; б) несовпадение оценок нозологического состояния пациентов-мужчин у врачей разных профилей (урологов и андрологов) и в) влияние этической составляющей на эффект лечения. Исследование проводилось на материале системы регионального здравоохранения г.Волгограда.

Главной задачей было выявление среди наиболее распространенных «мужских заболеваний» тех, которые непосредственно связаны с функционированием половой сферы, и тех, которые с ней не связаны. С этих позиций рассмотрен *Хронический простатит, Эректильная дисфункция*,¹⁴⁵³

Варикоцеле, Гипогонадизм. Были рассмотрены современные методы лечения указанных заболеваний, основное внимание уделено реконструктивной хирургии. В отличие от мнения некоторых авторов⁹⁰, был сделан вывод о том, что большинство заболеваний, затрагивающих половую сферу, не нуждается в привлечении к лечению врача-андролога, т.к. современная урология обладает эффективными методами решения всех, связанных с ними, проблем. Но насколько они востребованы?

Мы провели исследование об информированности и способности к выбору эндоурологических методов лечения пациентами-мужчинами. Всего опрошено 100 пациентов урологического отделения одной из клиник г. Волгограда. Критериями включения пациентов в исследование были следующие: согласие пациента, мужчины старше 40 лет, отсутствие психических заболеваний, пациенты поступающие урологическое отделение. Мы постарались учесть опыт пациентов в лечении своих заболеваний как у врача-уролога, так и у врача-андролога, поэтому предложили им следующие вопросы:

1. *Знаете ли Вы какие болезни лечит врач андролог?*
2. *Обращались ли Вы когда-либо к андрологу?*
3. *Удовлетворены ли Вы результатом лечения у андролога?*
4. *Знаете ли Вы, что такое простат-специфический антиген (ПСА)?*
5. *Знаете ли Вы свой уровень ПСА крови?*
6. *Знаете ли Вы что такое тестостерон?*
7. *Знаете ли Вы свой уровень тестостерона?*
8. *Принимали ли Вы хоть раз в жизни такие препараты как Виагра, Левитра, Сиалис?*
9. *Если принимали, то кто их назначал?*
10. *Какие методы лечения используются в современной урологии?*
11. *Какие современные методы диагностики в урологии Вам известны?*
12. *Что Вас смущает, при очевидных преимуществах, в эндоскопических методах лечения в урологии?*

⁹⁰ Аксенов В.В., Смолянинов А.А. Этические проблемы пациентов и врачей андрологической практики //Биоэтика. 2008. - №1 – с. 54 – 55.

На первый вопрос только 38% пациентов ответило, что знает какие болезни лечит врач андролог. И из этих 38% пациентов 50% обращались к врачу андрологу для лечения. На 3 вопрос из 19 пациентов, которые обращались к врачу андрологу, ответили, что не удовлетворены лечением 12 (63%) пациентов. На 4 вопрос положительно ответили только 26% респондентов, остальные 74% затруднились в ответе. Из 26% пациентов, которые сдавали кровь на ПСА, знают свой уровень только 16 (61%). Для сравнения такие же вопросы заданы врачам, выяснилось, что все 12 сдавали кровь на ПСА, но никто не знает точных показателей, что немаловажно для наблюдения за динамикой прироста этого показателя, даже если он в норме. Учитывая то, что все пациенты поступали в клинику с той или иной урологической патологией, а ПСА в настоящее время входит в стандарт медицинских осмотров пациентов старше 50 лет, данные можно считать неутешительными.

В настоящее время много говорится о так называемом мужском паспорте, документе в который бы заносились все важные тесты на протяжении жизни, в том числе такой важный показатель как уровень тестостерона крови. При ответе на 6 и 7 вопросы только 63% опрошенных пациентов знают, что такое тестостерон, и 24 из них (38%) знают свой уровень тестостерона. Более того, выяснилось, что 12% врачей не знают свой уровень тестостерона крови.

На 8 вопрос 36% пациентов ответили, что принимали препараты группы фосфодиэстеразы 5 типа, из них только половине препарат назначался врачом-андрологом, 5 (13%) принимали его по назначению уролога, 5 (13%) - по рекламе в интернете и телевидении, 7 (19%) по рекомендации друзей. Таким образом, 33% пациентов принимали препараты данной группы без назначения врача, что могло приводить к маскированию основной

причины эректильной дисфункции. Кроме того, ни один пациент ничего не знает о лапароскопии, ретроперитонеоскопии, урофлоуметрия, несмотря на то, что этот вид обследования входит в стандарт обследования всех пациентов с дизурией. 68% пациентов признались, что их смущает доступ через уретру и 12% наличие катетеров в послеоперационном периоде, и всего 20% пациентов ничего не смущает в эндоурологии.

Результаты этого опроса наглядно демонстрируют неинформированность мужчин пациентов в современных методах и возможностях диагностики и лечения мужских заболеваний, отсутствие понимания необходимости своевременного обследования и лечения, т.к. оно бывает более эффективным по сравнению с запущенными заболеваниями. Все это приводит к несвоевременной диагностике, и снижению эффективности лечения, а также дискредитации некоторых методов лечения.

Основная нагрузка в решении формирования у пациентов-мужчин культуры потребления услуг современной медицины ложится на врачей. Их мнение по данному вопросу выяснялось на материале опроса экспертов.

Ни один из опрошенных экспертов не согласился с тем, что заболеваемость мужчин и женщин имеет общие характеристики. Мы специально не указывали, какие это характеристики, поскольку важно было зафиксировать общее отношение к проблеме. 93% опрошенных фиксируют отличия в заболеваемости мужчин и женщин, причем, степень этих отличий признают значительной ровно 50%. В целом, все эксперты признали факт ухудшения мужского здоровья, причем, именно как закономерность современной жизни, как в нашей стране, так и в мире в целом. Первое место среди причин заболеваемости мужчин с точки зрения врачей-экспертов занимает нездоровый образ жизни. Хотя понятие многослойное, неотчетливое и вообще требует расшифровки. Другие причины, выделенные экспертами, могут, условно, пониматься как такая расшифровка. Второе¹⁴⁵⁶

место среди причин роста заболеваемости среди мужчин занимают социально значимые болезни (СЗЗ) – 16% ответов, возрастание стрессогенности современной жизни (15%) и изменение структуры питания(15%). Врачи, по привычке, продолжают отмечать среди причин ухудшения здоровья и экологическую обстановку (12%), хотя за период индустриального упадка в России с конца 80-х до середины «нулевых», экологическая обстановка заметно улучшилась. Последним из наиболее значимых факторов снижения уровня мужского здоровья, интервьюируемые назвали рост числа мужчин с андрогенодефицитом. Многие мужчины считают, что причина всех болезней являются нарушения в половой сфере. Характерно, что только треть экспертов придерживаются другого мнения. Большая же часть – 46,6% затруднились ответить на этот вопрос. 20% убеждены, что процессы патологии в половой сфере и процессы общей патологии у мужчин взаимосвязаны и взаимозависимы.

Эксперты отметили, что мужчины гораздо реже посещают врача. То есть, мужчины, по сравнению с женщинами: а) меньше заботятся о своем здоровье; б) реже посещают врача; в) реже болеют. Большинство врачей понимает, что стандартные профилактические рекомендации в работе с пациентами-мужчинами не действуют. Эксперты, даже те, кто признает мужчин-пациентов некомплаентными, все равно считают необходимым давать им соответствующие рекомендации, но отмечают, что в большинстве случаев (86,6%), это зависит от конкретной ситуации.

Очевидных сторонников введения должности врача-андролога в медицинских учреждениях оказалось всего 2 человека. Остальные отнеслись к проблеме положительно, но не увидели путей ее осуществления и, главное, острой необходимости. 13,3% экспертов вообще категорически против. Таким образом, по мнению экспертов, в настоящее время главные специалисты по мужскому здоровью в наших поликлиниках и₁₄₅₇

стационарах – это врачи-урологи. Но их роль в повышении качества жизни мужчин затрудняется действием ряда негативных факторов как медицинского, так и немедицинского характера. Каких именно? Это выяснялось в ходе проведенной диссертантом фокус-группы. В ней приняли участие: Психиатр, Сексопатолог, Врач-уролог, Врач-терапевт, Врач-хирург, Медицинский антрополог, Биоэтик, Клинический психолог, Пациент. Анализ протокола фокус-группы позволил сформулировать ответы на поставленные вопросы, которые отражают мнение экспертов. Но эти ответы не всегда оказывались исчерпывающими, по некоторым вопросам мнения экспертов разделились.

Чем объяснить то, что женщины чаще болеют, а мужчины чаще умирают? Этот факт генетически обусловлен. У женщин выше норма нервных реакций на окружающую среду, следовательно, приспособительные механизмы лучше развиты. Кроме этого есть психологические и социальные причины. Психологические – страх мужчин перед врачом и перед окружающими. Социальные – социальный статус мужчины в человеческом сообществе не предполагает такую составляющую как роль больного, возможно, поэтому мужчины в гораздо меньшей степени, чем женщины, заботятся о своем здоровье и ведут здоровый образ жизни.

Почему всякое недомогание мужчины связывают с дисфункциями половой системы и так ли это? Из всех функций организма наибольшую ценность для мужчин представляет половая функция. Это, как и мужская полигамия, также обусловлено ролью мужчин в эволюции. Отношение к болезни структурируется как процесс оценивания, соотнесения наблюдаемых изменений с высшими ценностями. Этот механизм лежит в основе выделения типов реакции на болезнь. В данном случае сам вопрос о том, скажется ли заболевание на половой функции, формирует позицию страха перед положительным ответом. По мнению специалистов-медиков,¹⁴⁵⁸

большинство заболеваний у мужчин, включая ряд заболеваний мочеполовой системы, не влияет на их половую функцию. Если же она начинает страдать, причин является не соматической, а психологической.

По каким причинам мужчины реже обращаются к врачу, чем женщины? Здесь те же позиции, что и при ответе на первый вопрос. Мужчина не адаптирован к социальной роли больного, поскольку она противоречит его социальной роли защитника и лидера. Вторая причина – страх - фактически, включена в первую. Болезнь изменяет социальный статус мужчины, приравнивает его к женщине и делает зависимым от нее. Мужчина боится не смерти физической, а смерти «гендерной».

С кем легче работать врачу: с пациентом-мужчиной или пациентом-женщиной? С пациентом-женщиной. Врачи не могут объяснить это утверждение, а предлагаемое описание включает следующие позиции: «женщины более терпеливы», «женщины обращаются к врачу на ранних стадиях заболевания, следят за своим здоровьем», «женщины больше стремятся выздороветь и вернуться к семье, за которую переживают». Достоверным (разделяемым всеми экспертами) является утверждение о том, что женщины более комплаентны как пациенты.

Почему мужчины не соблюдают, как правило, рекомендации врачей по ведению здорового образа жизни? Они не чувствуют страха за последствия несоблюдения здорового образа жизни, т.к. подобные рекомендации даются выздоравливающим пациентам. Но эксперты считают, что большую роль могут играть индивидуальные причины в каждом конкретном случае.

Какие медицинские мероприятия нужны для повышения уровня мужского здоровья? Были предложены медико-психологические мероприятия, дифференциация которых выглядит так.

Медицинские. Здесь мнения экспертов разошлись. Одни считают, что необходима специальная служба мужского здоровья. Другие считают¹⁴⁵⁹

необходимым введение должности врача-андролога в государственных медицинских учреждениях. Третьи предлагают в уже имеющейся структуре охраны здоровья ориентировать определенные мероприятия на охрану именно мужского здоровья (генетический паспорт, паспорт здоровья, диспансеризация и т.п.).

Психологические. Ввести должность медицинского психолога в каждом медицинском учреждении, обеспечить психологическое сопровождение лечебных мероприятий в «мужских» палатах стационаров. Данное предложение исходило от психологов, клиницисты воздержались от его оценки.

Какие социальные мероприятия нужны для повышения уровня мужского здоровья? Воспитание культуры мужского здоровья на всех этапах становления личности. Отказывать в обязательном медицинском страховании лицам, ведущим нездоровый образ жизни. Первое предложение представляется нереализуемым в эпоху Интернета, когда воспитательное воздействие оказывают нецелевые группы, и оно, зачастую, носит стохастический характер. Второе предложение противоречит №61-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» и концепции прав человека. Эксперты единодушны в том, что индивидуальное здоровье мужчин зависит от социального здоровья общества, но детализировать эту зависимость с целью разработки конкретных мер не могут.

Проведенное исследование показало, что повысить эффективность профилактики и лечения заболеваний у мужчин можно, опираясь на данные социологических исследований. Одним из перспективных для социологии медицины качественных методов является кейс-стади как эмпирическое исследование, изучающее уникальный объект в совокупности его взаимосвязей. Мы отобрали несколько реальных случаев из собственной практики и практики наших коллег. Источник: архив федерального ¹⁴⁶⁰

научно-практического журнала «Биоэтика». Общим выводом проведенного анализа может быть следующий:

Урологические заболевания у мужчин могут быть связаны с половыми расстройствами, но могут и не иметь к ним отношения. Врачи-урологи исходят из того, что лечить надо урологическое заболевание, порой не обращая внимания на сопутствующие нарушения в половой сфере или считая их несущественными. Врачи андрологи основное внимание уделяют половой сфере, считая, что у мужчин-пациентов она требует лечения в первую очередь.

Пациенты обеспокоены состоянием половой системы больше, чем состоянием любой другой системы организма, поэтому требуют от врача-уролога соответствующих действий. Неудовлетворенность лечением у них может быть как фактической (при низком эффекте), так и приписанной (эффект есть, но опасения по поводу функционирования половой сферы остались). В последнем случае они могут сменить врача и обратиться к андрологу.

Специальности врача-уролога и врача-андролога соотносятся как пересекающиеся множества – у них есть общие проблемы, но есть и специфические. Поэтому конфликтов и врачебных ошибок можно избежать, если медицинские учреждения будут предоставлять пациентам услуги как урологов, так и андрологов. Кроме того, участие в восстановлении мужского здоровья должен принимать клинический психолог.

Таким образом, усилия врачей в деле сохранения мужского здоровья будут плодотворны, только если а) минимизировать социальные риски снижения его уровня и б) сформировать социальные установки мужчин-пациентов на адекватное потребление медицинских услуг.

ИСТОРИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОТИВАЦИОННОГО АНТАГОНИЗМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Введение

В отличие от глобальной энтропии, которая нарастает с течением времени, ноосфера, в том числе ее социальная компонента, только усложняет свою структуру. Первыми признаками организации живой материи можно считать появление многоклеточности. Далее следует отметить биосоциальные объединения среди насекомых или животных. Человеческая популяция повторяет эту всеобщую закономерность усложняющегося структурирования. Важнейшим этапом в становлении и развитии организационных форм человеческого социума является сформировавшееся 40-60 тысяч лет назад разделение труда, которое постепенно подвело черту под однородным доклассовым обществом, породило социальные институты, в том числе и государство, распределило семейные микро социумы (СМС) по различным профессиональным нишам (ПН). Осознание своей неповторимости и специфичности затрудняло обмен информацией между СМС из разных ПН, становилось все меньше общих тем, кроме обмена товарами или услугами. Более того, стали появляться строго засекреченные способы и приемы профессиональной деятельности.

В соответствии с общефилософским пониманием окружающей действительности всякое развитие начинается с простейших форм. Однако в доступной научной литературе очень редко поднимаются вопросы, связанные с развитием социальных образований, их оценкой и

структурированием, хотя очевидно, что они эволюционируют и усложняются с течением времени также как биологические объекты. Очевидно, что все элементы Вселенной – неорганические, органические и «надорганические» (социальные) эволюционируют в единстве. Однако постоянно накапливающиеся и усложняющиеся надорганические продукты (вещественные и информационные) образуют новый класс факторов, которые становятся все более и более влиятельными по отношению к маточным социальным структурам (надстройка начинает управлять базисом). В результате обзора доступной нам научной литературы было установлено, что наиболее значимыми элементами надстройки являются образовательные учреждения (ОУ). При этом в контексте выполненного исследования наиболее рационально классифицировать ОУ в соответствии с критерием развития. Сравнивая развитие ОУ с некоторой условной шкалой, следует определить минимальное значение. Древнейшей, наименьшей, неделимой и естественной единицей в процессе эволюции социальных структур (СС) является семья. Будучи точкой отсчета на шкале усложнения (развития) СС, семья подтверждает свое функционирование в социологическом смысле благодаря наличию устойчивой внутрисемейной коммуникации (ВСК). Учет срока хранения информации позволяет оценить качественную сторону наполнения ВСК. По указанному критерию можно выделить два основных вида информации, циркулирующей по каналам ВСК. Первая – бытовая (повседневная, текущая) информация, вторая – информация-знания, подлежащая долгосрочному хранению и передаче последующим поколениям. Таким образом, появляется возможность дать определение понятию «знание» с социологической точки зрения. «Знание» - это информация, которая используется при коммуникации в течение времени, превышающего жизнь одного поколения. Гипотетически преобразование обычной информации в знание объясняется высокой полезностью¹⁴⁶³

последней. С исторической точки зрения значительный интерес представляет процесс происхождения знания вообще, и медицинского знания в особенности. Многие авторы считают, что природа первичного (оригинального) знания была эмпирической. Каждый член семейного микро социума (СМС) периодически сталкивался с болезнью, травмой или несчастным случаем, приобретал бесценный опыт исцеления, с тем, чтобы передать его наследникам по каналам ВСК. Продолжительное время клан, род, семья являлись наименьшей неделимой социальной структурой, обеспечивающей генерацию, хранение, обработку и передачу профессионально значимой информации. При этом начальные этапы существования СМС сопровождались накоплением универсальной или прото- профессиональной информации (ППИ). Однако в структуре ППИ постепенно стали выделяться приоритетные направления, по которым и шло основное накопление эмпирического материала. У всех народов древности врачевание базировалось на навыках, полученных в СМС, которые являлись единственными хранителями профессионально значимой информации (ПЗИ). В ходе нашего исследования назрела необходимость разработки условной шкалы развития медико-педагогических социальных структур (ШРМПСС). И если первым делением на ШРМПСС был СМС, то следующим делением целесообразно признать расширенные СМС, в которых к ПЗИ допускались коммуниканты из других СМС. Исторически за подобными социальными образованиями закрепилось название «Семейные медицинские школы», которые по существу являлись первыми частными учреждениями профессионального медицинского образования. Для перехода на следующее деление ШРМПСС необходимо обратиться к эволюционированию духовных практик и их медицинской составляющей. С социологической точки зрения главное отличие культового врачевания от эмпирического заключалось в расширении его коммуникативного поля далеко за рамки СМС. Отбор₁₄₆₄

представителей нового поколения для передачи ПЗИ осуществлялся не по принципу кровного родства, а на основании жесткого объективного анализа качеств, имеющихся у претендента и необходимых для дальнейшей профессиональной деятельности (ПД). Другой немаловажной особенностью культового врачевания было отсутствие среди мотивов ПД прагматических компонент. Жрец помогал нуждающимся бескорыстно, в этом и состояло его служение Божественным покровителям. Вопросы обеспечения его жизнедеятельности решались автоматически за счет общих пожертвований храму всеми верующими. Таким образом, храмовые медицинские школы (ХМШ) можно считать следующей ступенью ШРМПСС, и основные отличия описываемого уровня от нижележащих заключаются в укрупнении СС до размеров нескольких микросоциумов, сформированных без учета родственных отношений, которые вытесняются всеобщей любовью и поклонением перед Богом. Типичным примером ХМШ, доживших до наших дней, являются многочисленные Буддийские храмы и монастыри Шао-Линь. Появление и укрепление социального института государства ставит завершающую точку на шкале развития медико-профессиональных социальных структур в Древнем Море. Так, государственные медицинские школы Древней Ассирии, Вавилона и Древнего Рима с точки зрения социального устройства практически не отличались от российских медицинских институтов периода развитого социализма. Обучение проводилось бесплатно, трудоустройство гарантировалось, нарушение трудовой дисциплины строго каралось.

Несмотря на внешние различия медицинских работников (МР) разных эпох и народов, мотивационная и идеологическая основа их профессиональной деятельности состоит из одних и тех же элементов. В основании профессиональной деятельности МР современной России находятся две альтернативные парадигмы здоровья, одна из которых¹⁴⁶⁵

базируется на альтруистических началах, другая всецело посвящена прагматическому целеположению. При этом достаточно очевидно, что медицинское образование как все прочие отрасли народного хозяйства будет приватизировано, и новый компетентный собственник решит все внутренние проблемы и добьется необходимой ему рентабельности. В соответствии с Болонской конвенцией российское образование должно перейти на европейские стандарты, т.е. учить тому, чему учат на Западе и так, как это делают там же. Конвертируемость отечественного диплома не самоцель, а средство перекачки квалифицированных специалистов из стран с менее развитой экономикой в страны с более развитой. Вместе с тем, основные положения Болонской декларации [1] включают принятие системы сопоставимых уровней образования, в том числе путем использования соответствующего приложения к диплому для обеспечения возможности трудоустройства европейских граждан в любой стране Евросоюза. Повышение международной конкурентоспособности европейской системы высшего образования западные методисты связывают, прежде всего, с внедрением единой европейской системы перезачета – зачетных единиц трудоемкости (ЗЕТ). Действительно, сколько можно измерять продукцию в локтях или аршинах, если весь цивилизованный мир давно перешел на кг, см и ЗЕТы. Кроме того, для поддержки крупномасштабной студенческой мобильности целесообразно обеспечить право выбора студентом изучаемых дисциплин, а принятие ECTS (European Credit Transfer System) в рамках концепции «обучение в течение всей жизни» расширит мобильность не только учащихся, но и преподавательского, как, впрочем, и любого другого персонала в европейском регионе. Утверждение стандартов транснационального образования наравне с внедрением внутривузовских систем менеджмента качества образования привлечет к внешней оценке деятельности вузов студентов и работодателей. При этом развитие₁₄₆₆

предоставила возможность выделения критериев продуктивности ранней профессиональной социализации при платной и бюджетной системах финансирования обучения. Методика исследования включала использование исторического, социологического, статистического и метода экспертных оценок. Кроме того, был выполнен структурно-функциональный анализ информационного массива. В качестве основного индикатора образовательной активности рассматривалось количество опубликованных печатных работ за время обучения в вузе. В соответствии с разработанной шкалой профессионально-образовательной активности (ПОА) была осуществлена следующая группировка. 1-я группа - 1 балл ПОА или полное отсутствие публикаций; 2-я группа – 2 балла или 1-6 печатных работ; 3-я группа – 3 балла или 7 и более печатных работ. В соответствии с индикатором, учитывающим платный или бюджетный характер финансирования обучения, группам присваивались следующие определения: 1-я группа – «смешанная» (соотношение бюджетной/платной формы обучения 57,1/42,9%); 2-я группа – «преимущественно бюджетная» (84,2/15,8%), 3-я группа – «полностью бюджетная» (100/0%).

В опросе приняло участие 60 врачей - выпускников РостГМУ со стажем врачебной работы до 5-ти лет (27 мужчин и 33 женщины).

Результаты исследования

Полученные данные позволили установить, что к 1-й группе относятся 35,0±6,2% респондентов, 31,7±6,0% составили 2-ю группу и 33,3±6,1% выборки сформировали 3-ю группу.

Средний возраст участников опроса составил 27,1±0,3 лет, при этом не отмечалось достоверных различий среднего возраста респондентов в исследуемых группах. Гендерная структура групп характеризовалась преобладанием женщин в 1-й и 2-й группах, а мужчин в 3-й

соответственно $38,1 \pm 10,6 / 61,9 \pm 10,6\%$; $21,1 \pm 9,4 / 78,9 \pm 9,4\%$ и $75,0 \pm 9,7 / 25,0 \pm 9,7\%$. Анализ семейного окружения респондентов позволил обнаружить следующую особенность – респонденты 1-й группы достоверно ($p < 0,01$) реже заключают браки по сравнению с 3-й группой, чаще живут вместе с родителями (табл.1).

Относительно официального стажа работы по специальности можно сказать, что указанный среднегрупповой показатель не имел достоверных различий и равнялся $2,7 \pm 0,3$; $2,4 \pm 0,3$ и $2,8 \pm 0,3$ лет в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. Оценивая неофициальную раннюю профессиональную социализацию, мы использовали индикатор «Работали ли Вы в студенческие годы?». Было установлено, что $70,0 \pm 10,2\%$ представителей 3-й группы работали в медицинской сфере, $25,0 \pm 9,7\%$ - в немедицинской сфере и $5,0 \pm 4,9\%$ только учились. В 1-й группе напротив неработавшие в студенчестве респонденты преобладали - $66,7 \pm 10,3\%$; работавших по специальности было $23,8 \pm 9,3\%$; не по специальности - $9,5 \pm 6,4\%$. 2-я группа занимает промежуточное положение по приведенным критериям.

Таблица 1

Характеристики семейного микросоциума в группах с различной профессионально-образовательной активностью и нарастающим соотношением доли респондентов с бюджетной/платной формой обучения

№ группы	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК*	t**
	Р	±m	Р	±m	Р	±m		
Семейное положение								
Женат (замужем)	9,3	6,4	10,5	7,0	65,0	10,7	0,87	4,5
Холост (не замужем)	90,7	7,6	84,2	8,4	30,0	10,2	-0,88	4,4
Разведен (а)	0,0	0,0	5,3	5,1	5,0	4,9	0,84	1,0
Состав семьи (люди, с которыми респонденты совместно проживают)	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	T

Отец	61,9	10,6	73,7	10,1	30,0	10,2	-0,71	2,2
Мать	66,7	10,3	73,7	10,1	30,0	10,2	-0,78	2,5
Жена (муж)	23,8	9,3	10,5	7,0	65,0	10,7	0,73	2,9
Другие родственники	19,0	8,6	31,6	10,7	10,0	6,7	-0,42	0,8

Примечания:

* КРК – коэффициент ранговой корреляции между степенью выраженности указанного индикатора и уровнем ПОА;

** t – критерий Стьюдента, характеризующий достоверность разности показателей 1-й и 3-й групп.

Оценивая свой творческий потенциал, респонденты 3-й группы (табл.2) чаще других признавали наличие у них задатков творческой личности (до $85,0 \pm 8,0\%$ от группы). В соответствии с индикатором «Во мне нет творческого потенциала» лидировали участники опроса из 1-й группы ($19,0 \pm 8,6\%$).

Уровень адаптации молодых специалистов мы оценивали при помощи индикаторов, характеризующих психологический настрой, объем выполняемой работы и экономическую эффективность профессиональной деятельности. Первое направление анализировалось при помощи индикатора: «Трудности в адаптации меня не пугают». С этим высказыванием согласились $38,1 \pm 10,6\%$ респондентов 1-й группы, $36,8 \pm 11,1\%$ 2-й и $85,0 \pm 8,0\%$ 3-й группы. По индикатору «Я редко испытываю затруднения при назначении больному лечения» распределение было следующим: 1-я группа – $33,3 \pm 10,1\%$; 2-я – $63,2 \pm 11,1\%$; 3-я – $70,0 \pm 10,2\%$.

Таблица 2

Самооценка творческого потенциала в группах с различной профессионально-образовательной активностью и нарастающим соотношением доли респондентов с бюджетной/платной формой обучения

Индикаторы творческого потенциала	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t
	Р	$\pm m$	Р	$\pm m$	Р	$\pm m$		
Я считаю, что во мне нет творческого потенциала	19,0	8,6	10,5	7,0	0,0	0,0	-1,00	2,2

У меня есть задатки творческой личности, но они не реализованы	38,1	10,6	36,8	11,1	85,0	8,0	0,85	3,5
Я творческий человек – пишу стихи, музыку, рисую картины и т.д.	19,0	8,6	36,8	11,1	15,0	8,0	-0,17	0,3

Наибольший официально выполняемый объем работы, соответствующий среднему по группе количеству занимаемых ставок на 1 респондента, отмечался в 1-й группе и равнялся $1,7 \pm 0,1$ ставки, во 2-й и 3-й соответственно $1,4 \pm 0,1$ и $1,3 \pm 0,1$ ставки. 1-я группа лидировала также в количестве коек, одновременно закрепленных за 1 представителем группы – $25,1 \pm 1,8$; во 2-й и 3-й соответственно $25,0 \pm 1,1$ и $18,1 \pm 0,7$ коек.

Экономическое выражение адаптации на рабочем месте характеризовалось следующим индикатором «Укажите Ваш ежемесячный доход с учетом всех источников, связанных с профессиональной деятельностью»: 1-я группа указала сумму $8430,0 \pm 886,1$ руб.; 2-я – $9675,0 \pm 1643,1$ руб. и 3-я – $15715,8 \pm 1768,2$ руб.

Немаловажным фактором в выборе профессии является ее престижность (табл. 3). Респонденты из 3-й группы чаще склонялись к мнению о высоком престиже медицинской специальности (до 75,0% от группы), а участники опроса из 1-й группы в 49,9% случаев считают, что у медиков низкий социальный престиж.

Таблица 3

Самооценка престижа выбранной профессии в группах с различной профессионально-образовательной активностью и нарастающим соотношением доли респондентов с бюджетной/платной формой обучения

№ группы Индикаторы	1-я группа		2-я группа		3-я группа		КРК	t
	Р	$\pm m$	Р	$\pm m$	Р	$\pm m$		
Престижна								
Моя специальность самая престижная в обществе	0,0	0,0	10,5	7,0	15,0	8,0	0,97	1,9

У моей профессии высокий престиж	42,9	10,8	47,4	11,5	55,0	11,1	0,99	0,8
У моей профессии средний престиж	7,2	4,6	21,0	9,4	25,0	9,7	0,94	1,9
У моей профессии низкий престиж	49,9	10,9	21,1	9,4	5,0	4,9	-0,99	3,6

Выводы

1. Существовавшая в обществе потребность во врачевании окончательно трансформировалась в профессиональное занятие, требующее определенной подготовки, обучения, профессиональной морали и этики, лишь с появлением социальных институтов как церковь и государство.
2. Если государство уходит из сферы подготовки медицинских кадров и передает ее в частные руки, то культовая (этическая, альтруистическая) составляющая образования уступает место прагматической.
3. Студенты, обучавшиеся в РостГМУ на бюджетной основе, принимали более активное участие в работе студенческого научного общества, чем их однокурсники, обучавшиеся на коммерческой основе.
4. Респонденты, получавшие платное медицинское образование, характеризовались большей инфантильностью в семейно-брачных отношениях, предпочитали жить с родителями, реже принимали участие в работе студенческих научных кружков, а также почти не работали в лечебных учреждениях в студенческие годы.
5. Профессиональная адаптация молодых специалистов, обучавшихся в РостГМУ на бюджетной основе, значительно превосходит аналогичные показатели их коллег, получавших платное образование.

Библиографический список

1. http://ru.wikipedia.org/wiki/Болонский_процесс#.
2. *Кислицын К.Н.* Болонский процесс как проект для Европы и для России // Электронный журнал «Знание. Понимание. Умение». - 2010. - № 11 - Высшее образование для XXI века.

Л.А. Эртель,

Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере,

Краснодар

ИНСТИТУАЛИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ: ПРЕДПОСЫЛКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Проблема социальной политики в отношении детей с ограниченными возможностями как предмет социальных наук в России разработана недостаточно. Последнее десятилетие характеризуется активизацией работы научных школ, которые рассматривают эту проблему с разных полюсов, включая анализ проблем детской инвалидности, эффективность системы социального обслуживания детей-инвалидов, разработку модели и способов образовательной интеграции инвалидов в учреждениях среднего и высшего профессионального образования. Научные исследования имеют различные направления: поиски оптимизации подходов к организации реабилитации детей-инвалидов и создания условий взаимодействия агентов реабилитации, которые задействованы в этом процессе [1]; проблемы комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями на уровне семьи с разработкой концепции медико-социальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями [2]; обоснование путей совершенствования организации системы медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями и их семьям, проживающим в отдельно взятом регионе [3], совершенствование медико-социальных практик социализации детей с ограниченными возможностями [4], изучение социальных детерминант народосбережения в плоскости детской инвалидности [5].

Интерес ученых к социологии инвалидности не случаен в связи с тем, что социальная политика влияет на положение социальных групп, в частности, инвалидов, определяет их статус через механизмы распределения социальных благ, номенклатуру и объем предоставляемых социальных гарантий. Характер и объем бенефиций вкупе с идеологическими факторами и уровнем самоорганизации движения определяет репертуар социальной, политической и экономической активности инвалидов [6]. Институализация медико-социальной помощи детям - инвалидам проходит через призму современных социальных представлений об инвалидности. Вначале они были представлены медицинской моделью, в которой акцент приходился на дисфункции или диагноз заболевания, что возводило инвалида в статус больного и, в конечном итоге, приводило к необходимости его исправления или изоляции. В настоящее время преобладает социальная модель инвалидности, которая рассматривает инвалидность через призму несправедливого устройства общества и несостоятельность патерналистских установок, свойственных социальной политике [7].

Рассмотрим некоторые предпосылки к процессу институализации медико-социальной помощи детям-инвалидам в Российской Федерации. Социальная обусловленность основных проблем детской инвалидности рассматривается через социально-экономический подход Т. Парсонсом, А. Маслоу, Г. Беккером. В Российской Федерации этот подход преломляется через основные социально-экономические показатели:

1. Основные показатели жизненного уровня населения.

Вследствие нерешенных проблем детей-инвалидов они становятся особой социально-демографической группой с низким уровнем дохода, невысокой возможностью получения образования.

1. Демографическая ситуация в России. По данным Росстата общая численность населения Российской Федерации по итогам Всероссийской переписи населения 2010 года составила 142,9 тыс. чел. Из них мужчины и женщины 0-15 лет - 16,1%, 15-19 лет - 5,9% [8]. По состоянию на₁₄₇₄

1.01.2012 г. численность населения выросла до 143,1 тыс. чел., из них мужчины и женщины 0-15 лет – 16,5%, 15-19 лет – 5,3%. Численность населения моложе трудоспособного возраста сократилась на 12% в связи с выходом из данной возрастной группы многочисленного поколения родившихся в 1980-х годах. [9]. Демографические показатели на 1000 человек населения характеризуют критическую ситуацию на современном этапе: общий коэффициент рождаемости на 1000 человек населения 2010г. – 12,5, 2011г. – 12,6; общий коэффициент смертности на 1000 человек населения 2010г. – 14,2, 2011г. – 13,5; естественный прирост населения, убыль – на 1000 человек населения 2010г. – 1,7, 2011г. – 0,9. Коэффициент младенческой смертности на 1000 родившихся живыми 2010г. – 7,5; 2011г. – 7,4.

2. *Доходы населения и социально-экономическая дифференциация.* Покупательная способность (количество наборов прожиточного минимума): среднедушевых денежных доходов имеет тенденцию к снижению: 2010г. – 3,33, 2011г. – 3,26. Растет численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума 2010г. – 17,7, 2011г. – 18 млн. чел.

Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на социально-культурные мероприятия в 2011 г. процентах к ВВП: консолидированный бюджет – 20,6, из него федеральный бюджет – 8, консолидированные бюджеты Российской Федерации – 8,3. В т.ч. на здравоохранение – 3,5, из него федеральный бюджет – 0,9, консолидированные бюджеты Российской Федерации – 2,2. На социальную политику – 11,9, из него федеральный бюджет – 5,7, консолидированные бюджеты Российской Федерации – 2,2. Для сравнения расходы на здравоохранение в некоторых странах мира: США – 9,5; Франция, Дания – 9,0; Германия – 8,6, Нидерланды, Новая Зеландия – 8,4, Канада, Бельгия Австрия, – 8,0 – 8,2.

3. *Состояние здоровья.* Отмечается рост зарегистрированных заболеваний у больных с впервые установленным диагнозом на 1000 человек населения 2010г. – 780,0, 2011г. – 796,9.

4. *Фактическое конечное потребление домашних хозяйств.* Отмечается рост расходов домашних хозяйств на конечное потребление на 13,1%, потребления товаров и услуг в натуральной форме на 3,8%; социальных трансфертов в натуральной форме, предоставляемых государственным управлением и некоммерческими организациями, обслуживающими домашние хозяйства на 13,3, из них на здравоохранение на 16,5%, социальную защиту на 3,1%.

5. *Дифференциация доходов и бедность.* Имеет тенденцию к росту численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума: 2010г. – 17,7 млн. человек, 2011г. – 18,0, что составляет 12,5% и 12,7% от общего населения соответственно, с дефицитом денежного¹⁴⁷⁵

дохода 375,0 млрд. руб. и 425,3 млрд. руб. соответственно. Малоимущие домашние хозяйства, имеющие детей в возрасте до 16 лет в 2010г. составляли 57,5% от общего числа домашних хозяйств, в 2011г. отмечается рост до 59,7%. Крайне бедные домашние хозяйства 65,9% и 67,5% соответственно.

Критически высокие цифры имеет Индекс риска бедности для детей в возрасте до 16 лет - 1, 48.

II. Состояние и развитие системы социального обеспечения и социальной помощи. По реализации мер социальной поддержки для данной категории граждан в части санаторно-курортного лечения из 55710 детей-инвалидов, имеющих направление на санаторно-курортное лечение по медицинским показаниям и, подавших заявление на предоставление путевки в 2010 году получили путевки лишь 46,6%, в 2011 году из 68040 человек, имеющих направление 52%соответственно.

В настоящее время в Российской Федерации имеется 134 учреждения для детей-инвалидов на 26 тыс. мест. Проживает в них 23 тыс. человек, состоит на очереди для помещения в учреждения – 0,5 тыс. чел., из них на очереди более 1 года 0,1 тыс. чел. В 2011 году на постоянном постельном режиме находилось 22,9% детей из числа постоянно проживающих в учреждениях.

В России 1217 школ-интернатов для детей с ограниченными возможностями здоровья на 140,1 тыс. чел., из них 218 учреждений для детей-сирот на 19,0 тыс. человек.

По данным Минздравсоцразвития РФ в 2011 году в РФ функционировало 218 домов ребенка с общей численностью 16296 детей, из них 45% детей, отстающих в физическом и 69,6% в психическом развитии.

III. Состояние здоровья и медицинское обслуживание населения.

Заболеваемость туберкулезом в возрастной группе от 0 до 14 лет имеет тенденцию к росту. Если в 2010г. этот показатель для мужчин составлял 14, 8 на 100.000 населения, то в 2011 году он достиг отметки 15,8. Среди женщин - 15,4 и 16,5 соответственно.

расстройствами и расстройствами поведения имеет устойчивую тенденцию. В 2011 г. взято под наблюдение больных 0-14 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни – 22,7 тыс. чел., что составляет 103,1 на 100.000 человек населения данного возраста. Состоит на учете в лечебно-профилактических учреждениях – 189,8тыс. чел. (854,8 на 100.000 чел. населения данного возраста). Получают консультативно-лечебную помощь 412,6 тыс. чел. (1876,6 на 100.000 чел. населения данного возраста). Среди подростков в возрасте 15-17 лет взято под наблюдение больных с диагнозом установленным впервые в жизни – 3,6 тыс. чел. (82,4 на 100.000 чел. населения данного возраста). Состоит на учете в лечебно-профилактических учреждениях – 74,1тыс. чел. (1719,6 на 100.000 чел. населения данного возраста). Получают консультативно-лечебную помощь 104,3 тыс. чел. (2372,3 на 100.000 чел. населения данного возраста).

По состоянию на 1.01. 2012 из 13189 тыс. чел. инвалидов 560 тыс. чел. составляют дети инвалиды (4,2%). По сравнению с 2011 г. количество детей-инвалидов увеличилось на 19 тыс. чел.(3,4%).

Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии в 2010 г. – 541 тыс. чел, что на 10.000 составляет 205,9; в 2011г. – 560 тыс. чел, что составляет соответственно 211,3, в 2012 году цифры имеют тенденцию к росту.

Рассмотрим некоторые направления, в которых проходит процесс институализации медико-социальной помощи детям-инвалидам.

Прежде всего – это совершенствование нормативно-правовой базы.

Основополагающим для европейского сообщества международным документом, в котором сконцентрированы социальные права человека и гражданина является Европейская социальная хартия (пересмотренная) [10]. Хартия подписана Россией в 2000 году, ратифицирована в 2009 году.¹⁴⁷⁷

Российская Федерация избрала путь постатейной ратификации данного документа в связи с высокой ценой вопроса по реализации всего пакета социальных прав, предусмотренных Хартией и отсутствием в стране закона о государственных минимальных социальных стандартах. Как влекущая за собой дополнительные финансовые обязательства ст. 13 Хартии «Право на социальную и медицинскую помощь» не была предложена к ратификации.

П. 3 ст. 15 «Право инвалидов на независимость, социальную интеграцию и на участие в жизни общества», обязывающий способствовать полной социальной интеграции и участию в жизни общества инвалидов, Российской Федерацией в настоящее время не ратифицирован. Последствия для граждан Российской Федерации – отсутствие возможности полной социальной интеграции инвалидов и получения в полном объеме каждым лицом соответствующей помощи, а в случае болезни – необходимого в его состоянии ухода.

Государственные гарантии социальной защиты интересов населения закреплены ст. 7 Конституции Российской Федерации [11], которой провозглашено, что Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Ст. 39 каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом.

Государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации определяет Федеральный закон от 24 ноября 1995г. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [12]. Ст. 9 закона определены основные направления реабилитации инвалидов. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утверждается¹⁴⁷⁸

Правительством Российской Федерации. Данный перечень предусматривает двадцать шесть пунктов технических средств реабилитации и услуг для всех категорий инвалидов. В октябре 2003 года Закон о социальной защите инвалидов был дополнен статьей 11.1 Технические средства реабилитации (ТСР). К указанным средствам Закон относит устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида. Предоставляемые в соответствии с Перечнем ТСР могут удовлетворить только самые минимальные потребности людей с ограниченными физическими возможностями. Реабилитация, проводимая в таком объеме, не позволяет создать комплекс оптимальных мер, которые помогут инвалиду стать полноценным членом общества. Например, для незрячих инвалидов на мировом рынке существует более тысячи ТСР (говорящие весы, тактильные часы, брайлевские игры для обучения азбуки Брайля). Приказом Ростехрегулирования от 11 мая 2006г. N 92-ст «Об утверждении национального стандарта» с 1 января 2007 года введен в действие Национальный стандарт Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация. ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002). К сожалению, документ носит рекомендательный характер, поэтому всеми поименованными в стандарте ТРС инвалид может

обеспечивать себя самостоятельно без участия и помощи государства. В такой ситуации ст. 11 Закона содержит механизм компенсации за приобретенное ТРС или оказанной услуги, но не более стоимости соответствующего ТСР и (или) услуги, предоставляемых в порядке, установленном действующим законодательством. С 1 февраля 2011 года изменен порядок обеспечения инвалидов в части размера выплачиваемой компенсации. В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации размер компенсации не может превышать стоимости ТСР,¹⁴⁷⁹

предоставляемого уполномоченным органом [13]. Размер компенсации определяется по результатам последнего по времени размещения заказа на поставку ТСР через процедуру конкурса, аукциона, запроса котировок. В связи с этим в конкурсе чаще всего побеждает дешевый и менее качественный товар. Второй не менее значимый недостаток такой процедуры компенсации заключается в том, что ТСР приобретаются без учета индивидуальных рекомендаций. Имеются также пробелы в законодательстве в части недостаточности урегулирования участия в оплате ТСР и реабилитационных мероприятий иных лиц и организаций. В связи с этим существующий в настоящее время порядок обеспечения инвалида ТСР требует совершенствования.

Согласно ст. 11 Закона о социальной защите инвалидов, реабилитация должна осуществляться в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (ИПР), состоящей из комплекса оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. ИПР инвалида (ребенка-инвалида) разрабатывается по результатам проведения МСЭ гражданина, исходя из комплексной оценки ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных пациента. Согласно ст. 28.1 инвалиды и дети-инвалиды имеют право на ежемесячную денежную выплату в размере и порядке, установленном законодательством. Ст. 28.2 закреплены меры социальной поддержки инвалидов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, а также¹⁴⁸⁰

по обеспечению жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов. Средства для этого выделяются из Федерального фонда, в виде субвенций, носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

Вопросы правового регулирования медико-социальной помощи нашли свое отражение в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее новый ФЗ «Об основах») [14]. Анализируя содержание тезауруса, закрепленного статьей 2 нового ФЗ «Об основах», отмечаем, что законом не предусмотрено определение понятия медико-социальной помощи. Однако в предмет регулирования настоящего закона входят правоотношения по предоставлению медицинской помощи отдельным группам населения, в частности гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями. Среди основных принципов охраны здоровья, назван принцип социальной защищенности граждан в случае утери здоровья. Содержание данного принципа раскрывается отдельной статьей и отсылает правоприменителя к специализированному социальному законодательству, в частности, к Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации.

Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на набор социальных услуг, определен уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [15].

Порядок организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, перечень медицинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ст. 40 нового ФЗ «Об основах»). Медико-социальная помощь реализуется также в процессе подготовки, проведения медико-социальной экспертизы, которая проводится в соответствии с Порядком организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-

социальной экспертизы [16]. В настоящее время функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере проведения медико-социальной экспертизы находятся в компетенции Минтруда РФ. В связи с этим статья 60. нового ФЗ «Об основах» содержит отсылочную норму к Федеральному закону от 24 ноября 1995г. О социальной защите инвалидов [17].

Процесс институализации медико-социальной помощи детям-инвалидам проходит также посредством реализации демографической политики. Началом реализации активной демографической политики в РФ следует считать принятие в 2001 году Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г. с дальнейшей пролонгацией её до 2025 г.. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2008 г. «107-р утвержден План мероприятий по реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., в котором определены основные цели, принципы и приоритетные направления разработки и реализации указанной политики. Среди основных задач обозначены: улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов. Предусмотрено совершенствование системы оказания реабилитационной помощи детям и подросткам и восстановительной медицины; обеспечение безбарьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями, развитие реабилитационной индустрии, направленной на обеспечение максимальной социализации инвалидов; внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм. Среди ожидаемых результатов реализации демографической политики до 2025 г. к окончанию второго этапа (2011-2015гг.) предусматривается существенно улучшить

здоровье населения, создать условия для комфортной жизнедеятельности семей, воспитывающих детей.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о необходимости создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи населению как новых социальных технологий, которые позволят обеспечить гражданам комплексные социальные услуги при заболевании, утрате трудоспособности, инвалидности и иных случаях с акцентом на связанные со здоровьем социальные проблемы.

Библиографический список

1. *Марютин М.Н.* Комплементарность социальных ролей агентов реабилитации детей-инвалидов: Автореф... канд. мед. наук. Волгоград, 2007.-25с.
2. *Ермолаева Ю.Н.* Ребенок с ограниченными возможностями в семье: медико-социальная реабилитация: Автореф... д-ра. мед. наук, Волгоград, 2008.-48с.
3. *Нестерова И.В.* Медико-социальные аспекты инвалидизации детского населения на Севере: Автореф... канд. мед. наук. Волгоград, 2009.-27с.
4. *Красовский С.С.* Медико-социальные практики в социализации детей с ограниченными возможностями: Автореф... канд. мед. наук. Волгоград, 2009.-25с.
5. *Потапова О.Н.* Социальные детерминанты народосбережения: феномен детской инвалидности: Автореф... д-ра. соц. наук, Волгоград, 2008.-48с.
6. *Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р.* Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России.-Саратов, 2006.-С.10.
7. Там же, с.14.
8. Федеральная служба официальной статистики, <http://www.gks.ru/>
9. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.ht
10. Европейская Социальная Хартия (Пересмотренная) ETS N 163 (Принята в г. Страсбурге 03.05.1996) Хартия вступила в силу 01.07.1999. Россия подписала Хартию 14.09.2000 (Распоряжение Президента РФ от 12.05.2000 N 151-рп), ратифицировала (Федеральный закон от 03.06.2009 N 101-ФЗ).

11. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ)// Собрание законодательства РФ, 26.01.2009, N 4, ст. 445.
12. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 30.12.2012) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»//Собрание законодательства РФ, 27.11.1995, N 48, ст. 4563.
13. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 N 2347-р (ред. от 12.11.2010) «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду»// Собрание законодательства РФ, 23.01.2006, N 4, ст. 453.
14. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»//Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, N 48, ст. 6724.
15. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»// Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, N 51, 20.12.2004.
16. Приказ Минтруда России от 11.10.2012 N 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» // Российская газета, N 301, 28.12.2012.
17. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 30.12.2012) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»//Собрание законодательства РФ, 27.11.1995, N 48, ст. 4563.

ЗДОРОВЬЕ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, КАК ФАКТОР, ЗАТРУДНЯЮЩИЙ ИХ СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ В РОССИИ

Международная миграция приобретает все большие масштабы в условиях глобализации экономики и развития мирового рынка труда. По оценкам Организации Объединенных Наций, из 175 миллионов мигрантов (к которым относятся категории работников-мигрантов и их семей, долговременных и кратковременных иммигрантов, внутренних мигрантов, международных студентов, внутренне перемещенных лиц, просителей убежища, беженцев, лиц, вернувшихся в свою страну происхождения, нелегальных мигрантов и жертв торговли людьми [1]) во всем мире, примерно 120 миллионов составляют трудовые мигранты и их семьи. В качестве приоритетов сотрудничества между европейскими странами в области охраны здоровья трудовых мигрантов выбраны:

- мониторинг здоровья мигрантов;
- разработка вопросов законодательства об охране здоровья мигрантов;
- развитие служб здравоохранения для мигрантов и развитие межсекторального сотрудничества в этой области;
- стремление таким образом управлять процессом миграции, чтобы это вело к улучшению обращения с трудящимися-мигрантами и членами их семей и к оздоровлению условий их труда и жизни.

Россия по числу принимаемых мигрантов занимает второе место в мире после США. Притягательность России для мигрантов обусловлена, прежде всего, ее геополитическим положением, демографической и

экономической ситуацией. Почти четверть иностранных граждан, находящихся на территории России, назвали целью своего пребывания работу по найму. Вообще на данный момент большинство приезжих руководствуются прежде всего экономическими мотивами. В России у них есть шанс заработать больше, чем на родине, где они нередко не имеют стабильной занятости (были безработными, их работа носила разовый или временный характер). Большинство мигрантов хотели бы и в перспективе трудиться в России. Рост численности трудовых мигрантов и долгосрочные планы большинства из них относительно работы в России – еще один аргумент в пользу изучения проблемы здоровья этой группы и определения путей снижения рисков для них, что имеет как гуманистический, так и сугубо прагматичный аспекты. Во-первых, здоровье влияет на самочувствие и возможности самореализации человека; во-вторых, здоровье – важная характеристика качества трудовых ресурсов. Кроме того, коренное население России контактирует с мигрантами, которые направляются в нашу страну с собственными эпидемическими профилями, уровнем контакта с инфекционными агентами, факторами риска, определяемыми генетикой и образом жизни, своими представлениями о здоровье, сформировавшимися под влиянием культурной традиции, и т.д. Кроме того, они являются носителями рисков, свойственных местам, откуда они приезжают, создавая тем самым значительную нагрузку для российской системы здравоохранения. Эти риски снизятся, если охват мигрантов иммунизацией возрастет, а также будет введено обязательное медицинское освидетельствование для мигрантов, работающих по патентам, а это многочисленная группа легальных работников. Возможна и другая ситуация: если в принимающей стране более распространена какая-то инфекционная болезнь, то мигранты могут заразиться и привнести инфекцию в свою страну.

По оценкам Федеральной миграционной службы России, численность нелегальных мигрантов в нашей стране составляет от 3 до 5 млн. человек [2]. Нелегалами называют не только тех, кто нелегально пересек границу, но и тех, кто прибыл легально, но не зарегистрировался или просрочил визу. По отношению ко всем этим категориям используется термин незаконные мигранты. Таковыми являются иностранные граждане, которые работают без разрешения на трудовую деятельность или патента. Они не предоставляют медицинских документов при устройстве на работу. Соответственно необходима разработка мер по противодействию незаконной миграции и легализации занятости приезжих работников, тем более что нелегальный статус мигранта накладывает многие ограничения на его пребывание в России. Среди подобных ограничений можно выделить следующие:

- С нелегальными мигрантами, как правило, не заключается или заключается фиктивный трудовой договор, что чревато проблемами в случае производственной травмы [3].
- Неудовлетворительные условия работы: нарушения трудовых норм, например чрезмерная продолжительность рабочего времени, повышенная интенсивность и плохие условия труда (холод, грязь и т.п.).
- Плохие условия жизни, которые могут стать причиной различных заболеваний. Нередко трудовые мигранты (особенно нелегальные) зависимы от работодателя в социально-бытовой сфере (жилье, питание, медицинские услуги и др.) [4], живут в условиях антисанитарии и высокой скученности.

Легально и нелегально работающие лица имеют различный статус и, в силу этого, различный уровень доступа к базовым социальным службам. Для решения проблемы неравенств в отношении здоровья российской системе здравоохранения следует не только повысить качество услуг, оказываемых мигрантам и этническим меньшинствам, но и приложить все усилия для

улучшения социальных детерминантов здоровья в сотрудничестве со множеством различных отраслей.

Проблема здоровья мигрантов тесно связана с их правами, прежде всего, с правом на квалифицированную медпомощь. Сокращение среди мигрантов рискованного в отношении здоровья поведения и инфекционных заболеваний, включая социально обусловленные, положительно отразится на эпидемиологической ситуации в России.

Хотя большинство работников-мигрантов составляют мужчины, все больше женщин и детей становятся международными трудовыми мигрантами. Следовательно, все большая разнородность населения России, включая рост численности мигрантов, ставит новые задачи для систем здравоохранения нашей страны, которые должны адаптироваться, чтобы иметь возможность отзываться на нужды охраны здоровья.

При изучении проблемы здоровья трудовых мигрантов целесообразно рассматривать различные аспекты их жизни, связанные со здоровьем и социальными рисками для него, включая:

1. заболеваемость и доступность медицинской помощи;
2. возможности и условия для социальной адаптации, т.к. они влияют на уровень стресса и на возможное девиантное поведение;
3. самосохранительное поведение;
4. условия труда и быта, их соответствие санитарно-гигиеническим требованиям.

Все аспекты должны изучаться в динамике. При этом необходимо учитывать социально-демографические и этнокультурные особенности мигрантов.

Значительная доля мигрантов перемещается по легальным каналам, и их миграция необязательно имеет отрицательные последствия для здоровья. В то же время, некоторые из них испытывают трудности в получении¹⁴⁸⁸

доступа к медицинской помощи, необходимой им по причине того, что процесс миграции сам по себе все же может оказывать отрицательное влияние на здоровье. Так, перемещения населения, как правило, повышают уязвимость по отношению к рискам для здоровья, подвергают их потенциальным опасностям и возросшему стрессу в результате смены места проживания, встраивания в новую среду и повторного встраивания в прежнюю среду в случае возвращения. Недавним эмигрантам часто приходится сталкиваться с нищетой, маргинализацией и ограниченным доступом к социальным пособиям и медицинским услугам, особенно на ранних этапах адаптации к новой среде вне страны их происхождения. Со своей стороны, малоквалифицированные и сезонные работники-мигранты часто концентрируются в секторах и профессиях, отличающихся высоким уровнем профессиональных факторов риска для здоровья. Члены семьи, в том числе дети, также могут вовлекаться в эту работу и подвергаться, таким образом, тем же рискам. Неравенства в отношении здоровья значительно возрастают в результате дискриминации, различий в уровне доходов и неравного доступа к образованию, занятости и системам социальной поддержки.

Воздействие рисков, связанных с перемещениями населения, повышает уязвимость мигрантов к психосоциальным нарушениям, злоупотреблению наркотиками, алкоголизму и насилию. Кроме того, из-за ограниченности доступа к медицинской помощи во время транзита и на ранних адаптационных этапах миграции возрастает количество не леченных неинфекционных заболеваний.

Затрудняет работу системы здравоохранения с трудовыми мигрантами в России и дефицит информации об их здоровье и возможностях доступа к медицинскому обслуживанию. В нашей стране система медицинской информации не содержит данные в той форме, которая позволила бы₁₄₈₉

анализировать основные проблемы здоровья, существующие среди мигрантов либо являющиеся прямым следствием миграции. В исследованиях качественных аспектов отмечаются отличия в восприятии мигрантами здоровья и в их подходах к обращению за медицинской помощью, что указывает на необходимость дополнить количественные исследования качественными, хотя и в этом случае релевантные данные являются ограниченными.

Также в России слабо развиты меры по устранению социально обусловленных неравенств в отношении здоровья, которые осуществляются в рамках четырех функций системы здравоохранения [5]:

- стратегическое управление;
- предоставление услуг;
- финансирование;
- формирование ресурсов.

Важным остается вопрос о медицинском освидетельствовании мигранта в стране, из которой он выезжает. В России действует постановление, содержащее перечень заболеваний, при которых иностранным гражданам и лицам без гражданства нельзя осуществлять трудовую деятельность в России (получить разрешение на временное проживание или вид на жительство). Предусматривается контроль наличия документов об отсутствии этих заболеваний, который затрудняется тем, что справки выдают медицинские учреждения стран, из которых выезжают мигранты, оформив их на своем языке [6]. Следовательно, вопрос о медицинском освидетельствовании в странах-донорах остается открытым. Хотя в «Концепции государственной миграционной политики Российской Федерации на период до 2025 года» предусматривается на первом этапе реализации (2012-2015 годы) создание центров содействия иммиграции в Российскую Федерацию и медицинского освидетельствования¹⁴⁹⁰

иммигрантов, в том числе за рубежом. В то же время возникает проблема определения профилактических и лечебных мер общественного здравоохранения с соблюдением основных прав человека. А из-за слабого развития механизмов контроля состояния здоровья перед миграцией эта проблема еще более усложняется применительно к лицам, не имеющим документов, и нелегальным мигрантам. Пока же, чаще всего, расходы на получение необходимых медицинских документов ложатся на самих мигрантов, а в случае выявления заболеваний, при которых нельзя осуществлять трудовую деятельность, мигрант не заинтересован в предоставлении медицинских справок, т.к. разрешение на работу и вид на жительство в этом случае аннулируются и ему будет грозить депортация. Хотя и тут существуют законные возможности избежать ее. Например, инфицированный может иметь семью в России, а в законодательстве предусмотрена норма о воссоединении семей. В таких случаях существует практика лечения мигрантов за счет бюджетных средств. Однако, если лечение и дальше будет осуществляться за счет бюджета, то в Россию будут массово ехать лечиться. Как вариант решения данной проблемы, главой Роспотребнадзора, главным государственным санитарным врачом России Г. Онищенко предлагается создание договорно-правовой базы по этому вопросу со странами исхода или возложения на работодателей обязанности по оплате лечения трудовых мигрантов [7].

Согласно статьи 27 закона «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию», иностранному гражданину или лицу без гражданства не разрешается въезд в нашу страну, если они не представили полис медицинского страхования, действительный на территории России (обозначены категории лиц, для которых делается исключение – сотрудники дипломатических представительств и др.). Данная статья закона не соблюдается в отношении приезжающих из стран с₁₄₉₁

безвизовым режимом. У пребывающих оттуда трудовых мигрантов, медицинский полис на границе не требуют. Право на получение полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) зависит от статуса в России. Полис ОМС выдается мигрантам, имеющим разрешение на временное проживание или вид на жительство и не полагается тем, у кого есть только разрешение на временное пребывание.

Прибывшим на работу мигрантам необходимо уделять внимание и заниматься их потребностями в медицинской помощи. Это предполагает проведение адресных мероприятий по снижению рисков для здоровья мигрантов и развертывание или усиление специальных служб, ориентированных на работу с ними, то есть включающих оказание помощи (в т.ч. профилактической) с учетом культурных, религиозных, лингвистических и гендерных потребностей и дающих мигрантам рекомендации о том, как пользоваться медицинской помощью в рамках актуальной российской системы здравоохранения.

Кроме того, задача состоит в том, чтобы обеспечить мигрантам справедливый доступ к медицинскому обслуживанию. Цель здесь состоит в продвижении механизмов финансовой защиты, с тем, чтобы не допустить чрезмерных расходов среди экономически уязвимых групп населения. Необходимо рассмотреть вопрос об обеспечении устойчивого медицинского страхования между Россией и странами происхождения или возвращения и транзита, особенно для временных мигрантов и лиц, не имеющих документов, или нелегальных мигрантов, чей правовой статус лишает их доступа к медицинскому обслуживанию. Однако экстренная медицинская помощь, включая скорую, в России предоставляется бесплатно всем мигрантам, независимо от их гражданства. Полис ОМС в этом случае не нужен. В Москве бесплатно оказывается и помощь по родовспоможению женщинам-мигрантам, поступившим в клиники «по скорой». Если нужно,¹⁴⁹²

то бесплатно в стационаре лечат и новорожденных. Отмечается, что обычно по указанным мигрантами адресам они не проживают, после выписки дальнейшим лечением не занимаются [8]. Это связано с их отношением к здоровью, финансовыми трудностями и опасением санкций, например, за незаконное пребывание.

Плановую медицинскую помощь мигранты в основном оплачивают сами. Условия найма не всем позволяли позаботиться о здоровье и полноценно лечиться в случае болезни, очень малое количество трудовых мигрантов имели возможность получить оплачиваемый больничный лист, далеко не у всех была медицинская страховка [4]. Среди занятых у частных лиц больше доля тех, кто не может рассчитывать на отпуск по болезни [9, стр 31-32].

Практика показывает, что все лечение, за исключением экстренной помощи, в Москве для мигрантов платное. Мигранты стараются экономить и не обращаться к врачам даже по поводу хронических заболеваний. Сама ситуация откладывания лечения неблагоприятно сказывается на здоровье мигрантов, увеличивая риск запущенности имеющихся заболеваний.

Улучшение положения трудовых мигрантов в России, предоставления им социальных гарантий (в том числе медицинского обслуживания) требует средств. Большинство трудовых мигрантов имеют временную работу, преимущественно в частном секторе экономики. Вопрос об усилении ответственности бизнеса за их социальное обеспечение и повышении внимания государства и общества к их проблемам ставится давно, но развития не получает.

Существует немного мест работы мигрантов, где им обеспечивается базовая охрана здоровья на производстве, и мало кто из мигрантов получает пользу от программ компенсации и реабилитации в случае профессионального заболевания или травмы, функционирующих В₁₄₉₃

рамках национальной системы социального обеспечения. Для профилактики таких заболеваний или травм требуется провести реорганизацию условий труда в секторах высокого риска, а также учитывать культурные традиции в процессе медицинского обслуживания и обучения и информирования по вопросам техники безопасности в многокультурной производственной среде. Кроме того, по месту работы можно было бы наладить медицинское обслуживание и медико-санитарное просвещение работников-мигрантов и их семей.

В ближайшее время в обеспечении медицинской помощи мигрантам ожидаются изменения. Подготовлены законопроекты, в соответствии с которыми, во-первых, медицинский полис будет обязательным документом при приеме и продлении разрешения на работу и патента; во-вторых, работодатель будет обязан страховать иностранного работника на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Государство должно обеспечить согласованность национальных мер политики в области охраны здоровья, занятости и миграции. Кроме того, необходимо межстрановое сотрудничество для оценки и последующего противодействия профессиональным рискам и их последствиям для здоровья до, в ходе и после периода работы мигрантов как в стране их происхождения или возвращения, так и в нашей стране.

К числу возможных стратегий улучшения состояния здоровья мигрантов в России относятся:

- **информационно-разъяснительная деятельность и разработка соответствующей политики** – содействие принятию мер политики, соблюдающих принципы подхода с позиций общественного здравоохранения, которые нацелены на улучшение состояния здоровья мигрантов и учитывающих их интересы; пропагандирование прав мигрантов на здоровье; содействие справедливому доступу к охране здоровья и медицинской помощи для мигрантов; разработка механизмов усиления социальной защиты мигрантов в вопросах здоровья и безопасности; повышение информированности и содействие международному¹⁴⁹⁴

сотрудничеству в отношении здоровья мигрантов; стимулирование сотрудничества между министерствами здравоохранения, иностранных дел и другими заинтересованными министерствами во всех затрагиваемых странах; укрепление межведомственного, межрегионального и международного сотрудничества по вопросам здоровья мигрантов с упором на создание партнерств с такими организациями, как Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН) и Международная организация по миграции, и содействие сотрудничеству по вопросам мер политики в области здравоохранения между центральными и местными органами власти, а также среди представителей гражданского общества в России;

- **оценка, исследования и распространение информации** – оценка здоровья мигрантов и тенденций в отношении здоровья мигрантов в России; выявление и устранение пробелов в обслуживании с целью удовлетворения потребностей мигрантов в области здоровья; разделение информации о здоровье по полу, возрасту и происхождению и по социально-экономическому и миграционному статусу; поощрение генерирования знаний о здоровье и миграции, в том числе проведение как количественных, так и качественных исследований; документирование и распространение наилучшей практики и уроков, полученных в процессе удовлетворения потребностей мигрантов в области здоровья, например, ориентированных на мигрантов больниц, из других регионах мира;

- **укрепление потенциала** – повышение чуткости и обучение соответствующих лиц, формулирующих политику, и заинтересованных лиц, которые занимаются вопросами здоровья мигрантов, в России и странах происхождения/возвращения и транзита; содействие повышению среди организаций, оказывающих медицинскую помощь, культурной, религиозной, лингвистической и гендерной чуткости применительно к здоровью мигрантов и обучение специалистов здравоохранения решению вопросов охраны здоровья в связи с перемещениями населения; создание сети сотрудничающих центров, академических учреждений и других ключевых партнеров для содействия исследованиям в области здоровья мигрантов и усиления потенциала для технического сотрудничества, а также обучение специалистов здравоохранения лечению болезней и патологий, которые широко распространены в странах происхождения мигрантов;

- **обеспечение обслуживания** – развертывание или усиление ориентированных на мигрантов служб общественного здравоохранения и методов оказания медицинской помощи мигрантам с особыми потребностями; усиление инициатив по укреплению здоровья и профилактике болезней с целью охвата мигрантов в общине; установление минимальных стандартов оказания медицинской помощи всем уязвимым группам мигрантов и оповещение о существующих услугах.

Подводя итоги отметим, что снижение рисков для здоровья трудовых мигрантов во многом будет определяться следующими параметрами:

1. сокращение их вовлечения в теневой и неформальный сегменты рынка труда (легализация повышает защищенность трудовых мигрантов);
2. эффективность работы институтов (правовых, образовательных, медицинских, национально-культурных), которые должны осуществлять контроль их пребывания (включая условия их труда и жилищные условия) и оказывать им поддержку;
3. необходимость разработки гибкой системы социальной адаптации трудовых мигрантов, учитывающей изменения в миграционных потоках и направленной на повышение правовой культуры и профилактику социально опасных заболеваний среди трудовых мигрантов.

Библиографический список

1. A61/12. Шестьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. 7 апреля 2008 г. Пункт 11.9 предварительной повестки дня. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_12-ru.pdf (дата обращения: 24.05.2013).
2. Федеральная миграционная служба России - Пресс-центр - Новости и события - В ИА «Аргументы и факты» состоялась пресс-конфере... URL: http://www.fms.gov.ru/press/news/news_detail.php?ID=54108 (дата обращения: 27.05.2013).
3. Эксплуатация трудовых мигрантов в российском строительном секторе | Human Rights Watch. URL: <http://www.hrw.org/ru/reports/2009/02/09> (дата обращения: 23.05.2013).
4. О влиянии миграции на рынок труда | Исследования социальной политики : Исследования | SocPolitika.Ru. URL: http://www.socpolitika.ru/rus/social_policy_research/applied_research/document7000.shtml (дата обращения: 27.05.2013).
5. ЕРБ ВОЗ | Что мы издаем - Бедность и социальная дискриминация в Европейском регионе ВОЗ. Ответные меры систем здравоохранения. URL: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/poverty-and-social-exclusion-in-the-who-european-region-health-systems-respond> (дата обращения: 22.05.2013).
6. Миграционная политика в Российской Федерации: теория, практика, методы правового регулирования. URL: <http://www.garant.ru/action/interview/10232/> (дата обращения: 22.05.2013).

7. Выявлено 6 тыс мигрантов с опасными заболеваниями
| Ванкомицин - мощный антибиотик. URL:
<http://www.vancomycin.ru/vyyavleno-6-tys-migrantov-s-opasnymizabolevaniyami>
(дата обращения: 21.05.2013).
8. Мигрантам нужны контроль и полис ОМС на границе -
Экономика и жизнь 22 07.06.2012 – Экономика и Жизнь. URL: <http://www.eg-online.ru/article/177368/> (дата обращения: 26.05.2013).
9. Женщины-мигранты из стран СНГ в России. 2011 / Под ред. Е. В.
Тюрюкановой – М.: МАКС Пресс.
10. Microsoft Word - IB_Zdorovye_trudovih_mygrantov_09_12 -
88.html. URL:
<http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/88.html> (дата
обращения: 20.05.2013)
11. Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов. URL:
<http://www.vestnik.isras.ru/article.html?id=221> (дата обращения: 21.05.2013).

БИОПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ ВИЧ/СПИДА

Введение

Базовым элементом социального контроля в сфере ВИЧ/СПИДа является мониторинг эпидемиологической ситуации и поведения, способствующего распространению вируса, в различных группах населения. Он реализуется с помощью биоповеденческих исследований – одновременного сбора данных о поведении и о наличии/отсутствии ВИЧ и инфекций со сходными путями передачи.

Биоповеденческие исследования были внедрены в международную и российскую практику контроля эпидемии ВИЧ в 2000-х годах. Если до этого проводился сбор только биомедицинских показателей (т.н. надзор первого поколения), то теперь он был дополнен исследованиями о поведении «риска» (надзор второго поколения), а в дальнейшем – и исследованиями доступности, качества и эффективности помощи и лечения для людей, живущих с ВИЧ (надзор третьего поколения).

На сегодняшний день биоповеденческие исследования хорошо разработаны с инструментальной точки зрения и стали рутинной практикой эпидемиологического надзора во многих странах мира и регионах России. Результаты таких исследований позволяют существенно расширить картину эпидемии ВИЧ на отдельной территории или уточнить роль той или иной группы населения в ее развитии. Они могут дать ориентиры для профилактической работы, а также способствовать решению прикладных задач, связанных, например, с лечением ВИЧ-инфекции.

В то же время, они слабо освещены в социологической научной литературе; их методология недостаточно осмыслена в рамках социологического подхода. Попытаемся частично восполнить указанный пробел⁹¹.

⁹¹ В основу данной статьи положен опыт участия автора в биоповеденческих исследованиях. С 2001 по 2011 год автор принимала участие в исследовательских проектах, реализованных РОО Стеллит (как самостоятельно, так и в сотрудничестве с Северо-Западным окружным центром по профилактике и борьбе со СПИДом и Федеральным научно-методическим Центром по профилактике и борьбе со СПИДом Минздравсоцразвития Российской Федерации) при финансовой поддержке ВОЗ, ЮНЭЙДС, ВССВ, FHI, URC и других международных организаций. Исследования были проведены на 13 территориях страны и охватили как традиционные группы, практикующие высоко-рискованное поведение (потребители инъекционных наркотиков; женщины, вовлеченные в проституцию; мужчины, имеющие секс с мужчинами), различные молодежные группы, а также людей, живущих с ВИЧ. Изучались как различные аспекты поведения «риска», информированность о ВИЧ/СПИД и распространенность ВИЧ и инфекций, имеющих сходные пути передачи, так и другие смежные проблемы (доступность антиретровирусной терапии, соблюдение прав пациентов и пр.). Также в 2003-2008 годах автор оказывала экспертное сопровождение по

Базовая информация о биоповеденческих исследованиях

Итак, биоповеденческое исследование выполняется по дескриптивному мониторинговому плану. Цель каждого цикла мониторинга – представить одномоментный срез ситуации в целевых группах на определенной территории. Собираются данные двух типов: 1) о распространенности ВИЧ и инфекций, имеющих сходные пути передачи – ИППП, гепатит С (биомедицинский компонент), 2) о распространенности и характеристиках поведения, связанного с повышенным риском инфицирования или передачи ВИЧ – прежде всего, в сферах наркопотребления и половом поведении (поведенческий компонент).

Соответственно, такие исследования проводятся в группах населения, для которых характерны подобные поведенческие паттерны. Прежде всего, это потребители инъекционных наркотиков, а также женщины, продающие секс-услуги, и мужчины, практикующие гомосексуальные контакты. Кроме того, исследователей могут интересовать половые партнеры потребителей инъекционных наркотиков и клиенты секс-работниц. Ситуативно высокий риск инфицирования может возникать у людей, находящиеся в местах лишения свободы, незаконных мигрантов, уличных детей и т.п. (в т. ч. в силу их ограниченного доступа к информации и услугам системы здравоохранения). Сюда же относят представителей профессиональных групп, для которых характерен длительный отрыв от семей (военные, водители-дальнобойщики, люди, работающие вахтенным методом). Эти группы также могут быть целевыми для биоповеденческих исследований.

Указанное выше, а именно необходимость сочетанного сбора биомедицинской и поведенческой информации, с одной стороны, и специфика целевых групп, с другой стороны, обуславливает

методологические особенности биоповеденческих исследований. Какое же именно влияние оказывает каждый из этих компонентов?

Труднодоступность целевых групп

В отношении обозначенных выше целевых групп в современной научной литературе используется термин «труднодоступные» (*англ.* hard-to-reach) [1; 2; 3; 4]. В практике эпидемиологического надзора и биоповеденческих исследований это понятие трактуется в узком смысле – как трудность физической доступности группы.

Действительно, в отличие, от таких групп, как учащиеся или пациенты инфекционного отделения, группы потребителей инъекционных наркотиков или женщин, вовлеченных в проституцию, слабо доступны, например, через социальные институты. Более того, доступная часть, как правило, не является типичной [5].

Например, если выборка наркопотребителей формируется на базе государственного наркологического стационара, то она, как правило, смещается в сторону людей старших возрастов, с длительным стажем употребления наркотиков, тяжелыми формами зависимости и широким спектром сопутствующих заболеваний. Примерно та же группа наиболее легко достигается через негосударственные медико-социальные программы для потребителей наркотиков. А наиболее труднодоступными оказываются наркопотребители молодого возраста (до 20-и лет), с небольшим стажем, женщины, а также лица, употребляющие так называемые «лёгкие» наркотики, медицинские препараты или экспериментирующие с различными наркотическими средствами [6].

Кроме этого, в случае с рассматриваемыми целевыми группами труднодоступность может трактоваться через понятие «скрытая» группа (*англ.* hidden population).

Здесь речь идет о том, что внешние условия заставляют людей скрывать свою принадлежность к группе или практику того или иного поведения.

Например, запретительные законы советского времени сделали проблему наркотизма латентной. Резкий рост наркотизации среди подростков и молодежи в постсоветские годы вызвал необходимость ответных действий со стороны государства, и в 1998 году вступил в силу закон «О наркотических средствах и психотропных веществах». Результатом его применения уже в первые годы стал рост наркопотребителей среди тюремного населения. Действия государства заставили людей, употребляющих наркотики, «уйти в подполье», группа стала «скрытой». Эта ситуация в той или иной мере длится по сей день.

Моральное осуждение или криминализация того или иного вида поведения способствует усилению стигматизации. Это приводит к социальной исключенности представителей группы [7], что также усиливает ее скрытость и труднодоступность.

Так, низкая толерантность широких слоев российского населения к гомосексуальным отношениям, которая в последние годы в ряде регионов была подкреплена антигомосексуальным законодательством, существенно снижает возможность раскрытия принадлежности к группе мужчин, имеющих секс с мужчинами (в т. ч. и в рамках биоповеденческих исследований).

То же самое происходит и в отношении продажи секс-услуг: традиционное моральное осуждение такого рода поведения усиливается статьей кодекса об административных правонарушениях, предусматривающей штраф за занятие проституцией.

Проблема выборки

Все вышесказанное приводит к тому, что биоповеденческие исследования (особенно впервые) планируются в условиях ограниченной информации о целевой группе. Исследователь находится в сложной ситуации: применение стандартных вероятностных выборок, как правило, невозможно, а невероятностные выборки (например, целевая) дают сильно смещенный результат.

Для того, чтобы получить информацию для планирования выборки, необходимы предварительные разведывательные исследования. Так, если они выявили, что между представителями группы существуют многочисленные и разнообразные межличностные связи, то может быть рекомендовано применение выборки, управляемой респондентом. Если же связи ограничены, однако разведывательное исследование выявило места естественной локализации группы, то эффективным будет формирование выборки по схеме «место – время». В случае, если связи ограничены и группа никаким образом не локализуется, то возможно применение выборки по типу «снежного кома». Целевая выборка в силу низкой репрезентативности может быть рекомендована лишь в исключительных случаях при условии тщательного анализа ограничений результатов исследования⁹².

Вне зависимости от того, какой тип выборки используется в исследовании труднодоступной группы, сбор и последующий анализ информации о выпавшей выборочной совокупности позволяет более чётко охарактеризовать границы распространимости результатов.

Рекрутирование участников

Как было показано выше, представители целевых групп зачатую стремятся скрыть свою принадлежность к ним. Это обстоятельство обуславливает особые требования к исследовательской команде.

⁹² Подробнее об этом см. [6].

Как правило, представители «скрытых» целевых групп более охотно идут на контакт с представителями неправительственных организаций, которые реализуют различные программы профилактики ВИЧ, нежели государственных структур. Причем, контакт будет более эффективным, если он будет происходить при содействии «равного» консультанта (также принадлежащего целевой группе).

Это целесообразно использовать при проведении биоповеденческих исследований. Например, «равные» консультанты могут пройти инструктаж и осуществлять сбор поведенческой информации (проводить стандартизированное интервью). Либо они могут устанавливать первичный контакт с представителями целевых групп и мотивировать их на участие в исследовании (рекрутировать).

Учитывая необходимость тестирования на наличие антител к ВИЧ и инфекций, имеющих сходные пути передачи, полевая команда должна состоять из представителя медицинской службы, интервьюера и/или рекрутера из неправительственной организации и/или из числа «равных консультантов».

Для дополнительной мотивации представителей целевых групп на участие в биоповеденческом исследовании принято использовать вознаграждение за участие. Какую форму и размер вознаграждения выбрать, чтобы оно, с одной стороны, позволило привлечь респондентов, а, с другой стороны, не повлияло на добровольность их участия – решается для каждого исследования отдельно.

Считается, что более этично использовать неденежное вознаграждение. При этом оно может быть выражено в денежном эквиваленте (например, карты для оплаты Интернета или мобильной связи, купоны на приобретение товаров определённым номиналом). Такие виды вознаграждения, как и продуктовые (чай, кофе, сладости и пр.) или гигиенические наборы¹⁵⁰³

(шампуни, гели для душа, пена для бритья, косметические наборы и пр.) практически всегда способны обеспечить достаточную мотивацию представителей целевой группы на участие в исследовании.

Вопрос о вознаграждении целесообразно выносить на обсуждение с представителями целевой труднодоступной группой в ходе разведывательных исследований – в виде индивидуальных интервью или фокус-группы.

Места сбора данных

В очередной раз, ссылаясь на «скрытость» целевых групп биоповеденческих исследований, при организации сбора данных целесообразно использовать принцип аутрич (от *англ.* reach out). Пункты сбора данных должны располагаться в местах, где в своей повседневной жизни бывают представители целевой группы.

Это могут быть крупные точки продажи наркотиков, места локализации уличного сексуального бизнеса, досуговые учреждения (такие как гей-клубы) и т. п.

Отсюда возникает необходимость специального оборудования мест сбора данных. В данном случае речь идет не только о том, чтобы была возможность проинтервьюировать респондента без присутствия третьих лиц. Речь также идет об организации сбора биологического материала – будь то венозная или капиллярная кровь, слюна или что-то иное. Поэтому место сбора данных должно полностью отвечать санитарным нормам и правилам.

Этические вопросы

Биоповеденческие исследования ставят перед исследователем целый ряд этических вопросов.

Как и для любых исследований с участием людей, биомедицинские исследования должны сопровождаться ставшей уже привычной процедурой получения информированного согласия.

Так как целевые группы такого рода исследований можно отнести к особо уязвимым – в силу того, что их поведение зачастую связано с нарушением закона, а также является высоко стигматизированным – то возникает необходимость тщательной проработки вопросов анонимности участия и конфиденциальности данных.

Это оказывается не просто в силу того, что собирается не только поведенческая, но и биомедицинская информация. И здесь происходит столкновение социологической и медицинской этики, а также общегуманистических принципов.

Причиной тому – необходимость принятия решения о том, что делать в случае выявления у участника исследования ВИЧ или иного инфекционного заболевания. Нужно ли его информировать об этом и, если да, то как соблюсти принцип конфиденциальности данных? Нужно ли предоставить ему более полную диагностику и лечение и, если да, то как не нарушить принцип анонимности?

При планировании биоповеденческого исследования необходимо очень тщательно обсудить эти вопросы и проработать пошаговый алгоритм действий. Хорошим вариантом является возможность для представителей целевой группы получить результат тестирования, а в дальнейшем и полноценную диагностику и лечение, по коду.

Заключение

Специфика биоповеденческих исследований по ВИЧ обусловлена труднодоступностью, скрытостью и повышенной уязвимостью целевых групп. Сочетанный сбор поведенческой и биомедицинской информации ставит перед исследователем разнообразные нестандартные методологические и этические вопросы. Они должны обсуждаться на стадии планирования исследования при участии социологов, медиков, представителей неправительственных организаций, по возможности с привлечением представителей целевых групп.

Библиографический список

1. *Brackertz N.* Who is hard to reach and why? (ISR Working Paper, January 2007). Institute for Social Research; Publications. URL: <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf> (дата обращения: 30.03.2011).
2. *Faugier J., Sargeant M.* Sampling hard to reach populations // *Journal of Advanced Nursing*. 1997. Vol. 26. P. 790-797.
3. *Wilson D.* Consulting Hard to Reach Groups. Local Authorities Research & Intelligence Association (LARIA). 15 November, 2001. URL: <http://www.laria.gov.uk/content/features/68/feat1.htm> (дата обращения: 16.02.2011).
4. *Smith G.* Hard-to-reach groups don't exist. 2006. URL: <http://www.delib.co.uk/dblog/hard-to-reach-groups-don-t-exist> (дата обращения: 05.02.2011).
5. *Watters J. K., Biernacki P.* Targeted sampling: Options for the study of hidden populations // *Social Problems*. 1989. Vol. 36(4). P. 416-430.
6. *Яковлева А. А.* Исследования в труднодоступных группах: опыт использования выборки, управляемой респондентом, и выборки «место-

время» // Социология: методология, методы, математическое моделирование. 2011. № 33. С. 57-79.

7. *Popay J., Enoch E., Johnson H., Rispel L.* Scoping of Social Exclusion Knowledge Network and proposed approach. Commission on Social Determinants of Health World Health Organization, 2006.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА - ПАЦИЕНТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Введение

Широкое распространение основных стоматологических заболеваний среди детского населения обуславливают высокую потребность детей в стоматологической помощи [1]. Однако обеспечение детей в возрасте до 15 лет стоматологической помощью полностью зависит от родителей, так как в соответствии с Российским законодательством только законные представители ребенка (родители или опекуны) могут позволить провести стоматологическое обследование и выполнить профилактические и лечебные процедуры. Ребенка в возрасте до 15 лет не примут в стоматологической поликлинике без письменного информированного согласия его законного представителя (за исключением неотложных ситуаций) [2].

В связи с этим **целью** нашего исследования было изучение социального портрета законного представителя ребенка – пациента государственной стоматологической поликлиники.

Описание исследования

Для выполнения цели исследования провели социологический опрос в двух государственных стоматологических поликлиниках г. Волгограда, имеющих лицензии на оказание стоматологической помощи детям. В опросе участвовали взрослые, которые привели детей на прием к стоматологу (121 чел.). Опрос проводился анонимно, на добровольной основе, в

соответствии с современными рекомендациями по проведению социологических исследований [3,4]. Для проведения исследования была разработана авторская анкета, включавшая вопросы, направленные на выяснение возраста, гендерной принадлежности, образования, профессиональной деятельности, материального положения респондентов, их приверженности к лечению в государственных стоматологических учреждениях.

Результаты исследования

Было установлено, что детей в стоматологическую поликлинику приводили, преимущественно, родители: мамы – 60,3% случаев, папы – 26,4% случаев. Очень редко детей сопровождали бабушки (5,8%) или дедушки (3,3%), другие родственники (3,3%) или знакомые (0,8%). По-видимому, это обусловлено тем, что только родители или опекуны имеют право давать согласие на стоматологическое лечение детей, другие лица – только по нотариально заверенной доверенности родителей. Однако, как показало наше исследование, эти правила, нередко, нарушались (13,2% случаев), что было связано с защитой интересов ребенка (лечение в связи с острой зубной болью и другими неотложными ситуациями).

Изучение возраста респондентов показало, что большинство из них находились в возрасте 31-50 лет (52,9%), немногим меньшее количество – в возрасте 18-30 лет (40,5%), лиц старше 50 лет было всего 6,6%. Среди опрошенных было 67,8% женщин и 32,2% мужчин.

Большинство (57,0%) респондентов имели незаконченное высшее или высшее образование (12,4% и 44,6% соответственно), причем распределение среди мужчин и женщин было примерно одинаковым. Среднее специальное образование имели 25,6% респондентов, чаще мужчины, чем женщины (30,8% и 23,2% соответственно). Среднее образование имели 17,3%₁₅₀₉

респондентов, реже мужчины, чем женщины (12,8% и 19,5% соответственно).

Была выявлена связь возраста и уровня образования респондентов. В возрастной группе 18-30 лет среднее образование имели только женщины (14,7%), что составляло всего 10,2% от общего числа респондентов этого возраста. Почти треть (30,6%) респондентов имели среднее специальное образование (чаще мужчины, чем женщины: 46,7% и 23,5% соответственно). Одинаковое количество мужчин и женщин имели незаконченное высшее образование (20,0% и 20,6% соответственно), в среднем – 20,4%. О наличии высшего образования сообщили 38,8% респондентов (мужчины – 33,3%, женщины – 41,2%).

Респонденты в возрасте 31-50 лет чаще всего (53,1%) имели высшее образование (мужчины чаще, чем женщины: 60% и 50% соответственно). Незаконченное высшее образование имели 7,8% респондентов (мужчины – 5,0%, женщины – 9,1%), среднее специальное – 21,9% (мужчины – 20,0%, женщины – 22,7%), среднее – 17,2% (мужчины – 15,0%, женщины – 18,2%). Однако среди лиц старше 50 лет (как правило, это были бабушки и дедушки детей) преобладали люди со средним образованием (62,5%), реже – со средним специальным или высшим образованием (25,0% и 12,5% соответственно). Скорее всего, они выполняли поручения родителей детей.

Полученные данные свидетельствуют о том, что о здоровье детей заботятся, прежде всего, матери, что подтверждает выводы других авторов о значении гендерной передачи здоровьесберегающего поведения детям [5,6]. Кроме того, следует отметить, что, чаще всего, приводят детей в стоматологическую поликлинику родители, имеющие высокий уровень образования.

Среди респондентов преобладали работающие люди (65,2%), примерно с одинаковой частотой, встречались рабочие, служащие и₁₅₁₀

предприниматели: 23,1%, 21,5% и 20,7% соответственно. Однако детальное изучение профессиональной занятости респондентов выявило различия по гендерному признаку: среди мужчин, по сравнению с женщинами, было значительно больше предпринимателей (43,6% и 9,8%) и существенно меньше служащих (5,1% и 29,3% соответственно), а представителей рабочих профессий было примерно одинаковое соотношение (20,5% и 24,4% соответственно).

Не занятые в трудовой деятельности респонденты были представлены пенсионерами (9,1%), домохозяйками (12,4%), безработными (9,1%), учащимися (2,5%), всего – 33,2%. Кроме того, 1,6% от общего числа респондентов составляли военнослужащие.

Полученные данные показывают, что работающие родители, чаще всего, сами приводили детей к врачу-стоматологу. В то же время, каждого третьего ребенка приводил на стоматологическое лечение не работающий член семьи.

Материальное положение семей детей, по мнению большинства респондентов, соответствовало уровню прожиточного минимума (52,1% ответов). Более трети респондентов считали, что материальное положение семей находится выше прожиточного минимума (36,4% ответов). Всего 3,3% респондентов оценили материальное положение своих семей ниже прожиточного минимума, 8,3% – не ответили на данный вопрос.

Было установлено, что лица, имевшие незаконченное высшее или высшее образование, чаще оценивали материальное положение своих семей выше прожиточного минимума (46,7% и 54,7% соответственно), чем лица со средним специальным или средним образованием (16,1% и 14,3% соответственно). Мужчины чаще, чем женщины, оценивали материальное положение своих семей на уровне выше прожиточного минимума (46,1% и 31,7% соответственно). Интересно, что лица молодого возраста₁₅₁₁

значительно чаще, чем старшего возраста, оценивали материальное положение семей выше прожиточного минимума (18-30 лет – 46,9% ответов, 31-50 лет – 31,2% ответов, старше 50 лет – 12,5% ответов).

Таким образом, в стоматологическую поликлинику приводили детей, как правило, из семей, которые имели материальное положение на уровне прожиточного минимума (52,1%) или выше (36,4%). Причем среди респондентов в возрасте 18-30 лет, среди лиц, имевших незаконченное высшее или высшее образование, высокие оценки материального положения семей встречались чаще. Известно, что в Волгоградской области почти половина (47,9%) детей проживает в малоимущих семьях [7]. Выявленные данные позволяют предположить, что детей из этих семей крайне редко приводят в стоматологические поликлиники, так как ответы о положении семьи ниже прожиточного минимума встречались всего 3,3% случаев.

Изучение ответов о месте получения стоматологической помощи показало, что 82,6% респондентов отдавали предпочтение государственным стоматологическим поликлиникам, 9,9% - негосударственным учреждениям, а 7,4% не ответили на данный вопрос. Существенных различий между ответами мужчин и женщин не было. В то же время, среди лиц в возрасте 31-50 лет чаще встречались ответы о лечении в негосударственных стоматологических учреждениях, чем среди лиц в возрасте 18-30 лет или старше 50 лет: 14,1% против 6,1% и 0,0% соответственно. В некоторой мере, предпочтение государственным стоматологическим учреждениям было обусловлено невысоким уровнем материального положения семей респондентов (52,1%). Однако ответы о хорошем материальном положении семьи встречались значительно чаще, чем ответы о предпочтении негосударственных стоматологических учреждений (36,4% и 9,9% соответственно), что косвенно подтверждает высокий уровень доверия

населения государственным стоматологическим учреждениям в Волгограде.

Заключение

Проведенное социологическое исследование позволяет считать, что социальный портрет законного представителя ребенка – пациента стоматологической поликлиники имеет следующие характеристики: это женщина (67,8%), как правило, мать ребенка (60,3%), в возрасте 31-50 лет (52,9%), имеющая высшее образование или незаконченное высшее образование (57,0%), работающая (65,2%). Материальное положение семьи находится, чаще всего, на уровне прожиточного минимума (52,1% ответов), а сами законные представители, приводящие детей на прием к стоматологу, также предпочитают лечиться в государственных стоматологических учреждениях (82,6% ответов). Полученные данные показывают высокий уровень доверия населения государственным стоматологическим учреждениям, что требует дальнейшего совершенствования работы данной службы. В то же время, организаторам стоматологической службы следует большее внимание уделять мотивации родителей в возрасте до 30 лет, имеющих среднее или среднее специальное образование, не работающих, с материальным положением ниже прожиточного минимума к заботе о стоматологическом здоровье детей.

Библиографический список

1. Кузьмина Э.М., Кузьмина И.Н., Васина С.А., Смирнова Т.А. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. /Под ред. Э.М. Кузьминой. М. : МГМСУ, 2009. 236 с.

2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // РГ - Федеральный выпуск №5639.– 23. 11.2011.

3. *Деларю В.В.* Конкретные социологические исследования в медицине. Волгоград: ВолГМУ, 2005.–87с.

4. *Решетников А.В., Ефименко С.А., Астафьев Л.М.* Методика проведения медико-социологических исследований. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2003. 144с.

5. *Деревянченко С.П.* Гендерная социализация в семье как фактор здоровьесберегающего поведения в стоматологии: Автореф. дис. ...канд. мед. наук 14.00.52/ Деревянченко С.П. –Волгоград– 2005–23с.

6. *Варгина С.А.* Взаимосвязь социологии медицины и социологических теорий среднего уровня (на материале инициативных социологических исследований в стоматологии): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2012. – 48 с.

7. О положении детей и семей, имеющих детей, в Волгоградской области (2009-2011 годы). // Материалы официального интернет-портала правительства Волгоградской области [Электронный доступ] http://uszn.volganet.ru/folder_9/index_deti.html Дата публикации: 14.11.2012.

Р.Р. Яппарова,
ГБОУ ВПО "Башкирская академия государственной службы и управления
при Президенте Республики, Уфа

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОЙ МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ⁹³

Здоровье населения является одним из самых важных показателей качества его жизни, следовательно уровня развития того или иного общества. Среди различных возрастных когорт показатели состояния здоровья молодежи являются одним из наиболее важных, так как в социально-экономическом развитии общества особое место принадлежит молодежи. Здоровье молодежи является залогом развития всего общества в целом: от него зависит здоровье будущих поколений, так как молодежь выступает наиболее активным фактором воспроизводства населения. Также сегодняшнее состояние здоровья молодежи оказывает влияние на здоровье в будущем людей среднего и пожилого возраста.

В последние годы в стране наблюдается неуклонное и постепенное снижение показателей здоровья населения, что отчасти вызвано трансформационными процессами, переживаемыми российским обществом. В. Шелухаев как нельзя лучше отразил данный процесс, утверждая, что «в эпохи перемен биологический «запас прочности» нации, как правило, сокращается...» [8; 14]. Многие исследователи отмечают, что именно трансформационные процессы, вызвавшие глубокую социально-экономическую дифференциацию общества и снижение уровня жизни большинства россиян, стали причиной ухудшения здоровья населения.

В деле сохранения здоровья населения огромную роль играет система здравоохранения.

⁹³ Статья подготовлена при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта «Качество жизни сельской молодежи: региональный аспект», проект № 12-33-01455.

С точки зрения уровня охраны здоровья обычно выделяют:

- первичное здравоохранение (общая медицинская помощь);
- вторичное (специализированная медицинская помощь);
- третичное здравоохранение (высококвалифицированная медицинская помощь с использованием новейших медицинских технологий) [1].

В основе оценки институциональных механизмов здравоохранения лежит дилемма двух фундаментальных принципов: принципа равенства и принципа экономической эффективности [1]. Осуществление принципа равенства предполагает развитие первичного и вторичного здравоохранения, доступ широких масс пусть не к высококвалифицированной медицинской помощи, но к развитой системе здравоохранения. Принцип эффективности предполагает развитие третичного здравоохранения, но при одновременном уменьшении доступа медицинской помощи для большинства населения. То есть встает проблема выбора: либо качество, либо количество – третьего не дано. Несмотря на декларируемый принцип общедоступности и бесплатности здравоохранения, в стране идет процесс его коммерциализации и оптимизации. По словам С. Якобсона, «не существует практически реализуемой политики, которая позволила бы обеспечить независимость потребления медицинских услуг наиболее высокого качества от платежеспособности пациентов» [1].

Подтверждением вышесказанного является как официальный, так и теневой рост доли расходов населения на здравоохранение. Это означает, что все большая часть россиян не имеют возможности пользоваться медицинскими услугами, соответственно, растут страхи и опасения людей за свою жизнь и здоровье.

Таким образом, здоровье населения, в том числе и молодежи, обусловлено не только генетическими и биологическими факторами, но и в значительной мере социально-экономическими условиями. С нашей

точки зрения, здоровье в современном российском обществе также обусловлено поселенческим фактором, так как возможности для сохранения и поддержания своего здоровья у сельских и городских жителей различны. В последние годы именно молодежь села оказалась в наиболее худших условиях по сохранению и укреплению своего здоровья.

Как уже было отмечено, здоровье молодежи в последние десятилетия в нашей стране постепенно ухудшалось и продолжает ухудшаться. Например, если в 1995 г. было зарегистрировано 4653,2 тыс. молодых людей от 15 до 17 лет с диагнозом, установленным впервые в жизни, то в 2000 г. таковых было уже 6621 тыс. человек, в 2005 г. – 7730,2 тыс., хотя в 2009 г. данный показатель немного снизился – 6751,8 тыс. подростков. Эти цифры свидетельствуют о росте числа заболеваний подростков, хотя не исключается и влияние на рост данных показателей и развития системы ранней диагностики заболеваний в последние годы [4].

О коммерциализации медицинских и оздоровительных услуг говорит факт изменения структуры расходов домашних хозяйств, а именно постепенный рост доли расходов на здравоохранение, что, однако связано и в том числе со старением населения и, соответственно, ростом числа заболеваний. Если в 2001 г. в структуре потребительских расходов домашних хозяйств на систему здравоохранения тратилось 2,1% всех расходов, то по данным 2011 г. 3,5% [6]. При этом по данным всероссийского бюджетного обследования домашних хозяйств в структуре расходов сельского населения расходы на оплату услуг в 2010 г. составили 15539,4 рубля, а городских хозяйств в два раза больше – 32458,6 тыс. рублей [3].

По тем же данным, расходы на оплату медицинских услуг у горожан составляют 1559,9 рублей, на санаторно-оздоровительные услуги – 664,2 рубля, расходы в области физкультуры и спорта – 317,5; расходы по организации отдыха и культурных мероприятий – 3046,5 руб. У сельских₁₅₁₇

жителей, соответственно, данные расходы составили 653,4 руб., 174 руб. на санаторно-оздоровительные услуги; 25,6 руб. на физкультуру и спорт и 459,6 руб. на организацию отдыха и культурных мероприятий, то есть в разы меньше.

Причиной более низких трат сельских жителей на свое здоровье является низкий уровень их жизни. Об этом свидетельствуют и структуры располагаемых ресурсов и потребительских расходов сельских и городских домохозяйств. Потребительские расходы городских домохозяйств на одного человека в месяц по итогам 2011 г. по Российской Федерации в целом составили 12957,7 рублей, а сельчан – 8156,8 рублей [7]. Доля расходов на питание у горожан ниже, чем у сельских жителей, что также свидетельствует о более низкой материальной обеспеченности сельских жителей, а значит и сельской молодежи, так как низкие доходы, бедность воспроизводятся в следующих поколениях.

Сельская молодежь, по сравнению с городской, гораздо меньше средств тратит на укрепление и сохранение своего здоровья, что отражается и на субъективных оценках своего здоровья. По данным комплексного обследования домашних хозяйств, проведенных Госкомстатом РФ, городская молодежь, как и все городское население, оценивают свое здоровье как более хорошее. При этом более высокие оценки состояния своего здоровья ставят жители крупных городов, а жители малых городов оценивают свое здоровье более критично. Причем эта разница в оценке состояния своего здоровья наблюдается во всех возрастных группах, в том числе и молодежи от 15 до 29 лет.

О проблемах со здоровьем у сельской молодежи свидетельствуют более высокие показатели смертности, причем как мужчин, так и женщин.

В структуре смертности молодежи основными причинами являются болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи,¹⁵¹⁸

отравления, травмы. Высока смертность молодежи от внешних причин: несчастных случаев, отравлений и травм, убийств и самоубийств. Эту смертность при определенных условиях можно было предотвратить.

К сожалению, имеющиеся статистические данные не позволяют анализировать структуру смертности молодежи по расселенческому признаку, однако анализ смертности населения в трудоспособном возрасте показывает некоторые отличия структуры смертности сельского и городского населений. На первом месте среди причин смерти сельского трудоспособного населения стоят внешние причины, среди которых особо выделяется смертность от отравлений и травм, от несчастных случаев, в том числе и от дорожно-транспортных происшествий, случаев утопления, отравления алкоголем, убийств. Но самые высокие показатели среди внешних причин смертности сельского населения в трудоспособном возрасте занимают самоубийства. Статистика показывает, что смертность от самоубийств в селе в два-три раза выше, чем смертность по этой же причине в городе [3]. Высокая доля самоубийств в селе, вероятно, вызвана социально-экономическими причинами: низкими доходами, безработицей, чувством одиночества и безысходности своего положения, алкоголизмом, наркоманией. Второе место среди причин смертности сельского трудоспособного населения занимают болезни системы кровообращения. Городское трудоспособное население, наоборот, больше умирает от болезней системы кровообращения. Но на втором месте среди причин смертности горожан стоят также внешние причины, среди которых основными причинами являются транспортные несчастные случаи и самоубийства.

Более высокая заболеваемость и высокая смертность сельской молодежи обусловлена воздействием комплекса факторов. Одним из основных факторов является ухудшение состояния материальной и кадровой обеспеченности сельских учреждений здравоохранения. Несмотря на₁₅₁₉

постепенный рост заболеваемости населения за последние 20 лет, в селе наблюдается сокращение учреждений здравоохранения, лечащего персонала. Негативными тенденциями являются также недостаточное финансирование учреждений здравоохранения, отток молодых специалистов из села, сокращение фельдшерских пунктов и участковых больниц. Так, по данным комплексного исследования условий жизни населения, проведенного Госкомстатом РФ, на 10000 населения в городской местности приходится в два раза больше коек в больничных учреждениях чем на то же количество сельского населения [3]. По итогам комплексного обследований условий жизни домохозяйств у сельской молодежи меньше возможностей получения необходимой грамотной медицинской консультации, высококвалифицированной медицинской помощи, приобретения необходимых лекарств ввиду их дороговизны и/или отсутствия. По данным статистики и социологических исследований сельская молодежь более безответственно относится к своему здоровью, меньше занимается спортом, чаще переносит заболевание на ногах, не обращаясь за необходимой медицинской помощью.

Таким образом, здоровье молодежи во многом зависит от социально-экономических и расселенческих факторов. Коммерциализация медицинских и рекреационных услуг, низкие доходы сельских жителей, неразвитость или полное отсутствие инфраструктуры здравоохранения на селе, безответственное отношение к здоровью — далеко не полный перечень основных причин ухудшения здоровья сельской молодежи.

В нынешней социально-экономической и демографической ситуации сельская молодежь является одним из основных трудовых и человеческих ресурсов. От состояния здоровья сельской молодежи, уровня ее человеческого капитала во многом будет зависеть будущее городских агломераций. Поэтому данная проблема, на наш взгляд, является одной из

основных, на которую незаслуженно не обращается внимания органов власти.

Библиографический список

1. *Баллаева Е. А.* Гендерный анализ политики в сфере здравоохранения // Экономика и социальная политика: гендерное измерение : курс лекций / под общ. ред. М. Малышевой. М., 2002. С. 118.

2. Демографический ежегодник / [Электронный ресурс] : Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа : http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/

3. Комплексное наблюдение условий жизни населения / [Электронный ресурс] : Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа : http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ/survey0/index.html

4. Молодежь в России. 2010: Стат. сб./ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. С.33.

6. Российский статистический ежегодник. 2012: Стат. сб. / Росстат. – М., 2012. С.199.

7. Социальное положение и уровень жизни населения России / [Электронный ресурс] : Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа : http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main

8. Тысячелетняя Россия: жизнь продолжается : материалы «круглого стола» // Родина. 2003. № 4. С. 14.

УДК316.1
ББК 60.5
С69

Научное издание

**Общество и здоровье:
современное состояние и
тенденции развития**

Текст публикуется в авторской редакции

Электронная версия: НП «Центр Исследования Городского Управления
и Самоуправления»

Количество печатных листов: 70

Тираж: 220 экземпляров

Российское общество социологов

Российская Федерация, 117218, Москва,
ул. Кржижановского, д. 24/35, корп. 5
Тел.: +7 (495) 719-09-71

eISBN 978-5-904804-11-4