

ВЛИЯНИЕ ЦЕННОСТНЫХ УСТАНОВОК ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ОБЗОР)

И. Ю. Юрова — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии, аспирант; **Л. М. Федорова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры патологической анатомии, кандидат социологических наук; **Е. В. Чернышкова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой иностранных языков, доцент, доктор социологических наук.

INFLUENCE OF VALUE ORIENTATIONS OF RURAL POPULATION ON FORMATION OF SELF-PRESERVING BEHAVIOR (REVIEW)

I. Yu. Yurova — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Post-graduate; **L. M. Fyodorova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Pathological Anatomy, Assistant Professor, Candidate of Sociology; **E. V. Chernyshkova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Foreign Languages, Doctor of Sociology, Assistant Professor.

Дата поступления — 17.05.2014 г.

Дата принятия в печать — 10.09.2014 г.

Юрова И. Ю., Федорова Л. М., Чернышкова Е. В. Влияние ценностных установок жителей сельской местности на формирование самосохранительного поведения. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10 (3): 465–468.

Формирование самосохранительного поведения сельского населения определяется как внешними условиями и факторами, так и образом жизни конкретного человека, его ценностными установками по отношению к собственному здоровью, а впоследствии — реализацией на практике соответствующих ценностям поведенческих моделей. Система ценностей, выступая элементом культуры и необходимым фактором формирования отношения к собственному здоровью, детерминирует здоровьесберегающие (или разрушающие здоровье) практики. Однако в реальности наблюдается рассогласованность ценностных установок жителей сельской местности и их практических действий, направленных на поддержание (разрушение) здоровья.

Ключевые слова: сельское население, здоровье, ценностные установки, самосохранительное поведение.

Yurova IYu, Fyodorova LM, Chernyshkova EV. Influence of value orientations of rural population on formation of self-preserving behavior. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2014; 10 (3): 465–468.

Formation of self-preserving behavior of rural population is defined both by external conditions and factors, and by way of living of a particular person, its value orientations towards his or her own health, and later — by practical implementation of appropriate behavioral values. System of values as the element of culture and essential factor that forms people's attitude to their health determines health-saving or health-destructing practice. In reality, however, there is a mismatch of value orientations of rural population and practical actions for maintaining (destructing) its health.

Key words: rural population, health, value orientations, self-preserving behavior.

В XXI в., когда продолжительность человеческой жизни зависит не только от внешних факторов, но и от личных ценностных установок человека, его поведения и образа жизни, возникает интерес к самосохранительному поведению и различным практикам здоровьесбережения. Поэтому поведенческий фактор в отношении к здоровью играет важную роль, определяющую уровень заболеваемости и смертности.

Самосохранительное поведение обозначает комплекс целесообразных действий, ориентированных на самосохранение в физическом и психологическом аспектах в течение всей жизни. Это подразумевает

как практические действия, так и ценностные установки человека, направленные на сохранение и поддержание здоровья. Кроме физического и психологического аспектов исследователи самосохранительного поведения и здоровьесбережения выделяют социальный аспект практик поддержания здоровья [1–4]. Совокупность выделенных аспектов определяет стратегию самосохранительного поведения личности (ССП). По мнению Л.С. Шиловой, стратегия СП «выражается в системе действий и отношений, направленных на сохранение здоровья, полноценное прохождение всех жизненных циклов, установку на продление срока жизни» [5].

Стратегию СП определяют многочисленные факторы, но одной из главных составляющих является здоровье как ценность, другими словами,

стратегия определяется соотношением здоровья и поведенческого фактора. Определение здоровья как ценности конструирует или иное поведение, задает его вектор и формирует модель, поддержка которой в течение длительного времени выстраивает стратегию самосохранительного поведения.

Для большей части населения России здоровье выступает как декларируемая ценность, хотя многочисленные опросы о ценностных установках и личностных системах ценностей подтверждают, что в иерархии ценностных предпочтений здоровье занимает 2–4-е место. Рассогласованность ценностных установок и практически реализуемых действий особенно характерна для жителей сельской местности, и наиболее ярко это прослеживается в здоровьесберегающих (или разрушающих здоровье) практиках. То есть показатели здоровья определяются не только внешними условиями и факторами, но и образом жизни людей, системой взглядов и ценностей, реализующихся в различных поведенческих моделях по отношению к собственному здоровью [6–8].

Система ценностей личности выполняет важную функцию во многих сферах жизнедеятельности человека и общества; являясь элементом культуры, ценности определяют тип поведения, необходимый в конкретной ситуации для формирования того или иного отношения к здоровью. Изменение системы ценностей на уровне личности и общества является значимым показателем социокультурных перемен, происходящих в обществе. Ситуация рассогласованности между ценностными установками и реальными действиями в практике самосохранительного поведения может быть охарактеризована как негативная, поскольку это «способствует» формированию отрицательных тенденций в современной демографической ситуации.

Поведенческие аспекты здоровья исследуются сектором социальных проблем здоровья в Институте социологии РАН. В настоящее время данная тема находится в фокусе внимания Л. С. Шиловой, И. В. Журавлевой, продолжающих традиции исследования поведенческих факторов самосохранительного поведения различных групп общества, заложенные еще в 1980-х гг. А. И. Антоновым. «Проблема самосохранительного поведения перемещается в центр научного знания в период массовой индустриализации и модернизации производства, когда ценность человека не только в гуманистическом, но и в денежном выражении становится все более высокой» [9]. И. А. Антонов высказал мысль о том, что практическая реализация установок, направленных на сохранение и укрепление здоровья, является одной из главных проблем в современном обществе. Через несколько десятилетий данная проблема, на наш взгляд, по-прежнему остается нерешенной; ценностные установки оказались еще более далекими от практических действий и образа жизни в целом.

Е. С. Романовская считает, что поведенческий фактор на сегодняшний день должен быть главным и определяющим при обосновании условий, влияющих на здоровье. Это можно объяснить изменениями, произошедшими в структуре причин заболеваемости и смертности, где лидирующие места занимают онкология, сердечно-сосудистые заболевания, травмы [10]. Это опосредуется и типом поведения человека, которое зависит от его отношения к собственному здоровью. То есть отношение населения к собственному к здоровью, продолжительности жизни становится все более важным показателем, детерминиру-

ющим структуру заболеваемости и демографическое положение общества в целом [11].

На состояние здоровья, безусловно, воздействуют и такие факторы, как состояние здравоохранения, социально-экономические условия, экологическая ситуация, демографические показатели, наследственность; однако поведенческий фактор, культура заботы о себе, оказывает опосредующее воздействие на состояние здоровье и в определенной степени обуславливает названные внешние условия. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья населения примерно на 50–55% зависит от образа жизни, то есть от поведенческого фактора, и это наибольший показатель среди всех выделенных факторов (от окружающей среды здоровье зависит на 20–25%, от генетических факторов на 15–20%, и на 10–15% от состояния системы здравоохранения в конкретной стране) [12].

Чтобы здоровый образ жизни отдельного человека формировался как культурная традиция, необходимо передавать знания и умения от поколения к поколению, формировать семейные практики, направляемые на здоровьесбережение, а также выстраивать такую систему здравоохранения, которая базировалась бы на здоровье сберегающей медицине. Культурная традиция здорового образа жизни создает предпосылки для становления здоровой семьи и здорового общества. Ценность здоровья, долготы человека вырабатывается культурной ответственностью, организацией общественной жизни и служит критерием благополучия общества.

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

По сравнению с культурной традицией здорового образа жизни населения западных стран поведенческие стратегии граждан России основаны на элементе риска в отношении своего здоровья. Уровень самосохранительного поведения у россиян значительно ниже, а практические действия направлены на эксплуатацию здоровья.

Подобный тип поведения характерен для многих слоев населения, однако тяжелый характер труда и условия проживания способствуют формированию такой установки прежде всего у сельских жителей. Демографические тенденции в современной России подтверждают этот факт. По данным Всероссийской переписи населения 2010 г., сельское население составляет 26,3% от всего населения России (городское население — 73,7%); число женщин в сельской местности на 1000 мужчин несколько ниже того же показателя в городах. Для сельских жителей источником средств к существованию является личное подсобное хозяйство (86,3%), различные пособия, в том числе по безработице (46,6 и 43,1% соответственно), пенсии, в том числе по инвалидности (28,8%, 36,2%), иждивение или помощь других лиц (28%) [13]. Физический труд в личных подсобных хозяйствах, требующих постоянного внимания и физических усилий, активизирует рискованный тип поведения сельского жителя по отношению к собственному здоровью.

Данный тип поведения основан на признании инструментальной ценности здоровья и наличии институциональных инструментов общества, позволя-

ющих осуществлять контроль и мониторинг здоровья [4]. Последний указанный факт связан с наделением государства (а не отдельного человека) функцией заботы о здоровье населения. Несколько десятилетий в Советском государстве складывалась система здравоохранения (Семашко), основанная на доступности медицинского обслуживания для всех граждан, централизации системы здравоохранения и социологизаторском подходе к профилактике и лечению заболеваний. Вследствие этого у населения сформировалось постоянное убеждение о высокой ответственности государства за здоровье своих граждан; это, в свою очередь, приводило либо к снижению ценности здоровья, либо к перемещению ценности здоровья в разряд инструментальных.

Современные пациенты по-прежнему находятся под воздействием патерналистского подхода, сложившегося в советской системе здравоохранения. В советские годы в рамках сформировавшейся модели здравоохранения было создано большое количество профилактических медицинских учреждений и организовано множество мероприятий профилактической направленности. В сельской местности такими учреждениями стали врачебные участки, организованные с целью контроля и предупреждения многих заболеваний инфекционно-социального характера. Основные функции врачебных участков: организовывать просветительскую работу в области санитарии и гигиены, предупреждать распространение инфекционных заболеваний, осуществлять систематический мониторинг в сфере охраны материнства и детства, вырабатывать ценностную установку на собственное здоровье [14].

Таким образом, можно говорить об одновременном существовании патернализма советской медицины и ценностного неинструментального подхода отдельной личности к собственному здоровью. Следовательно, упоминавшаяся уже рассогласованность между декларируемой ценностью здоровья и практическими действиями была значительно ниже, чем у современных пациентов сельской местности.

Однако именно сформировавшийся патернализм явился одной из причин, детерминировавших развитие низкой культуры самосохранительного поведения у современных сельских жителей. Парадокс объясняется тем, что патерналистские установки в сфере здравоохранения приемлемы в одних социально-экономических условиях и требуют переосмысления в других (рыночной экономики и изменившейся социальной структуры общества) [15, 16].

На современном этапе развития отечественной медицины общая тенденция деятельности института здравоохранения связана не с профилактикой заболеваемости, а с выявлением заболеваний и их последующим лечением. Таким образом, внешние факторы оказывают опосредующее влияние на выработку ценностных установок жителей сельской местности и в дальнейшем — на формирование практик самосохранительного поведения.

Если у городского трудоспособного населения фактором, препятствующим заботе о здоровье, является неоднозначная ситуация в сфере охраны здоровья, сложившаяся в переходный экономический период (к рыночным экономическим отношениям), то у сельских пациентов появляются дополнительные внешние препятствия, не позволяющие формировать установку на положительное самосохранительное поведение. Нехватка медицинских кадров и недостаточная компетентность специалистов, низкая

возможность районных поликлиник для диагностических исследований, неудовлетворенность пациентов организацией врачебного приема (вследствие дефицита кадров и недостаточного количества времени, уделяемого каждому пациенту), отдаленность медучреждений, дефицит времени самих пациентов, моральное и физическое старение технических приспособлений — таковы внешние причины «необращения» за медицинской помощью сельских жителей. Поэтому медицинская активность сельского населения значительно ниже, чем у городского населения [17, 18].

В случае появления симптомов распространенных заболеваний пациенты предпочитают остаться дома или сходить в аптеку и спросить совет у знакомого сотрудника аптеки. Сельскому населению в большей степени, чем городскому, присущи консерватизм и традиционализм [19], препятствующие формированию самосохранительного поведения; на современном этапе традиционализм связан с патерналистскими установками.

Медицинские практики поддержания здоровья сельских жителей должны включать медикаментозное лечение, реабилитационные и профилактические мероприятия, восстановительно-оздоровительные мероприятия. Главенствующая роль в реализации этих основных принципов здорового образа жизни принадлежит самому человеку, однако важен и врачебный контроль, а также требуется создание внешних условий (социально-экономических, организационных, правовых) по вопросу формирования положительных самосохранительных установок [20]. Важнейшее место среди всех мероприятий занимает профилактика заболеваний, поскольку условия труда для многих профессий сельского хозяйства считаются вредными (из-за работы с устаревшей техникой, химикатами и пр.). Необходимость нормативно-организационных оснований обосновывается нивелированием рассогласованности декларируемой ценности здоровья и практических действий по его обеспечению.

Приведенный обзор позволяет заключить, что самосохранительное поведение российских сельских жителей зависит от их образа жизни и ценностей, которыми они руководствуются. Субъективная позиция по отношению к собственному здоровью во многом определяется объективными факторами развития конкретного поселения, реальными условиями жизни и труда. Поэтому и ценностные установки могут реализовываться на практике по-разному.

References (Литература)

1. Yadov VA. About dispositional regulation of social behavior. In: Metodologicheskiye problemy sotsialnoy psikhologii. Moscow, 1975; p. 89–105. Russian (Ядов В.А. О диспозиционной регуляции социального поведения. В кн.: Методологические проблемы социальной психологии. М., 1975; с. 89–105).
2. Maslow A. Motivation and personality. St. Petersburg, 2003; p. 51–55. Russian (Маслоу А. Мотивация и личность. СПб., 2003; p. 51–55).
3. Kochetov AN, Chernyshov VV, Zhdanovich TG. Self-preserving behavior. In: State and tendencies of demographic development: by the example of Saratov region. Saratov: Nauchnaya kniga, 2006; p. 49–56. Russian (Кочетов А.Н., Чернышев В.В., Жданович Т.Г. Самосохранительное поведение. В кн.: Состояние и тенденции демографического развития (на примере Саратовской области). Саратов: Научная книга, 2006; с. 49–56).
4. Igoshev MV. The system of values in formation of culture of self-preserving behavior: conceptual approach. In: Istoricheskiye, filosofskkiye, politicheskiye i yuridicheskiye nauki, kulturologiya i isskusstvovedeniye: Voprosy teorii i praktiki. Tambov: Gramota;

- 2013; 9 (35): 59–62. Russian (Игошев М. В. Система ценностей в формировании культуры самосохранительного поведения: концептуальный подход. В кн.: Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение: вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота, 2013; 9 (35), ч. I: 59–62).
5. Shilova L.S. Russian patients in the conditions of public health modernization: behavioral strategies. Saarbrücken: LAMBERT Academic Publishing, 2012; p. 118–122. Russian (Шилова Л. С. Российские пациенты в условиях модернизации здравоохранения: стратегии поведения. Saarbrücken: LAMBERT Academic Publishing, 2012; с. 118–122).
6. Zhuravleva IV. Individual's and society's attitude toward health. Moscow: Nauka, 2006; 238 p. Russian (Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006; 238 с.).
7. Reshetnikov AV. Social portrait of medical services consumer. *Ekonomika zdoravookhraneniya* 2000; (12): 5–19. Russian (Решетников А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг. *Экономика здравоохранения* 2000; (12): 5–19).
8. Moskvicheva MG. Integral evaluation of health of rural population and optimization of system of medical aid in rural area: DSc abstract. Moscow, 2009. Russian (Москвичева М. Г. Интегральная оценка здоровья сельского населения и совершенствование системы организации медицинской помощи в сельской местности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009).
9. Antonov AI. Microsociology of family: methodology of structures and processes research. Moscow: Publishing House «Nota Bene», 1998; 16 p. Russian (Антонов А. И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов). М.: Издательский Дом «Nota Bene», 1998; 16 с.).
10. Romanovskaya ES. Sociocultural factors and institutional subjects, determining health of population. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta* 2011; 30 (245). *Philosophiya. Sotsiologiya. Kulturologiya*; (22): 153–160. Russian (Романовская Е. С. Социокультурные факторы и институциональные субъекты, детерминирующие здоровье населения. *Вестник Челябинского государственного университета* 2011; 30 (245). *Философия. Социология. Культурология*; 22: 153–160).
11. Obrazhey ON, Podval'skaya VS. Actuality of study of population self-preserving behavior. *Sotsiologicheskii almanakh* 2010; (1): 263–268. Russian (Ображей О. Н., Подвальская В. С. Актуальность изучения самосохранительного поведения населения. *Социологический альманах* 2010; (1): 263–268).
12. Tikhomirova IA. Physiological basis of health. URL: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/met73.html>. Russian (Тихомирова И. А. Физиологические основы здоровья. URL: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/met73.html>).
13. Social and demographic portrait of Russia: based on results of all-Russian national census 2010. *Federalnaya sluzhba gosudarstvennoy statistiki*. Moscow: Statistika Rossii, 2012; p. 118–119. Russian (Социально-демографический портрет России: по итогам Всероссийской переписи населения 2010 года / Федер. служба гос. статистики. М.: ИИЦ «Статистика России», 2012; с. 118–119).
14. Prophylaxis. In: *Bolshaya meditsinskaya entsiklopediya*. <http://bigmeden.ru/article/Профилактика>. Russian (Профилактика. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. URL: <http://bigmeden.ru/article/Профилактика>).
15. Borisov VA. Demographics. Moscow: KNORUS, 2004; 304 p. Russian (Борисов В. А. Демография. М.: КНОРУС 2004, 304 с.).
16. Antonov AI. Experience of studying of health orientations and life duration. In: *Sotsialnyie problemy zdoroviya i prodolzhitel'nosti zhizni*. Moscow, 1989; p. 44). Russian (Антонов А. И. Опыт исследования установок на здоровье и продолжительность жизни. В кн.: Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. М., 1989; с. 44).
17. Lisitsyn YuP. Public health and health care. Moscow: GEOTAR-Media, 2010; 512 p. Russian (Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 512 с.).
18. Bondarenko LV. Rural Russia in the early 21st century (social aspect). *Sotsiologicheskiye issledovaniya* 2011; (5): 69–76. Russian (Бондаренко Л. В. Сельская Россия в начале XXI века (социальный аспект). *Социологические исследования* 2011; (5): 69–76).
19. Kazakova OS, Likstanov MI, Laptev EV. Work of a field clinic in rural territories. *Zamestitel' glavnogo vracha* 2008; 11 (30): 16–21. Russian (Казакова О. С., Ликстанов М. И., Лаптев Е. В. Работа выездной поликлиники в сельских территориях. *Заместитель главного врача* 2008; 11 (30): 16–21).
20. Baisultanov IH. About improvement of medical aid to rural population. *Problemy upravleniya zdavookhraneniem* 2007; 6 (37): 42–44. Russian (Байсултанов И. Х. О совершенствовании медицинской помощи сельскому населению. *Проблемы управления здравоохранением* 2007; 6 (37): 42–44).