

## МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ (MEDICAL-SOCIOLOGICAL RESEARCH)

DOI: 10.12731/2218-7405-2015-10-3  
УДК 616-057:159.9(1-22)(470.44)(045)

### АТТИТЮДЫ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

**Юрова И.Ю.**

*В статье представлен анализ факторов, влияющих на аттитюды сельского населения с профессиональными заболеваниями к медицинской помощи. Анализ построен на данных проведенного в 2013-2014 гг. полуструктурированного экспертного интервью. Выборку составили десять врачей, занятых в работе с профпатологиями в Саратовской области.*

*Выявлено, что отказ от планового лечения и госпитализации, официального оформления инвалидности зачастую обусловлен материальным фактором – нежеланием сельских жителей потерять работу – единственный источник дохода. С точки зрения экспертов, к факторам, снижающим обращаемость за медицинской помощью указанной категории населения, относятся: малая доступность медицинских учреждений из-за их территориальной удаленности, необеспеченность центральных районных больниц кадрами по работе с профессиональными патологиями, плохая техническая оснащенность. Среди факторов, препятствующих формированию самосохранительного поведения сельских жителей с профессиональными заболеваниями, выделяются образ жизни и уровень образования.*

**Ключевые слова:** *сельское население; профессиональные заболевания; медицинская помощь; отношение к медицинской помощи.*

**ATTITUDES OF RURAL POPULATION  
WITH OCCUPATIONAL DISEASES TO MEDICAL SERVICE:  
EXPERTS VIEW**

**Yurova I.Yu.**

*The article presents the analysis of factors that may influence the attitudes of rural population with occupational diseases to medical service. The analysis is based on the results of the survey that has been conducted in Saratov region in 2013-2014. Ten experts, doctors involved in treating rural population with occupational diseases in Saratov region, formed the sample.*

*It was revealed that refusal from pre-arranged treatment and hospitalization as well as execution of documents on disability is often determined by financial factor, i.e. unwillingness of rural population to lose their job, the only source of income. According to the experts the main factors that may influence the incidence of in- and out-patient visits in rural regions are low accessibility to medical institutions due to isolated location of many rural territories, insufficiency of professional staff able to cope with occupational pathologies in central regional hospitals, lack of medical equipment and facilities. The factors preventing health-saving behavior are as follows: life style and educational level.*

**Keywords:** *rural population; occupational diseases; medical service; attitude to medical assistance.*

**Введение**

Профессиональные заболевания представляют собой одну из значимых сфер системы отечественного здравоохранения, которая подвержена современным трансформациям и реформам. По данным ряда исследований [4, 5, 9, 11, 12, 13], последнее десятилетие характеризуется неуклонным ростом выявляемых в сельском хозяйстве случаев профессиональных заболеваний сельских жителей, что актуализирует исследование отношения указанной группы населения к медицинской помощи. На это влияют внешние и внутренние факторы, анализ которых построен на результатах полуструктурированного экспертного интервью, проведенного в Саратовской области в период 2013-2014 гг.

**Цель исследования** – определение факторов, влияющих на аттитюды сельского населения с профессиональными заболеваниями к медицинской помощи.

### **Материалы и методы**

В качестве экспертов выступили 10 врачей различных специальностей, работающие в сфере профпатологии Клиники профессиональных заболеваний ФБУН Саратовский Научно-исследовательский институт сельской гигиены Роспотребнадзора. Респонденты представлены как мужчинами, так и женщинами, имеющими стаж работы в качестве практикующего врача 20 лет и более.

### **Результаты и их обсуждение**

Данные проведенного исследования позволяют констатировать наличие таких проблем в оказании медицинской помощи сельским жителям с профессиональными заболеваниями, как отказ от планового лечения и госпитализации, нежелание оформить инвалидность или официальное установление процентов потери трудоспособности. *«Нужна ли им инвалидность? Не всегда. От чего это зависит? От многих социальных факторов. От возраста, от наличия возможности перейти на другую работу с достойной оплатой труда. Если такой возможности нет, инвалидность не оформляют»* (женщина, стаж работы 24 года). *«Отказываются чаще из-за того, что хотят продолжать работать. Мы, конечно, пишем им противопоказания. Но, если раньше нельзя было допускать до работы, то сейчас по новым правилам можно»* (мужчина, стаж работы 32 года). *«Некоторые отказываются от оформления профессионального заболевания, т.к. не хотят потерять работу, а в деревне просто негде работать. Как правило, инвалидность они оформляют тогда, когда уже не могут работать, а инвалидность предусматривает большие льготы»* (мужчина, стаж работы 25 лет). По мнению экспертов, отказ пациентов от оформления инвалидности связан либо с материальным фактором, зависящим от наличия работы, либо с фактором возраста.

Кроме того, нежелание сельских жителей официально оформить инвалидность, зачастую детерминировано желанием продолжать трудовую деятельность, поскольку работа является единственным источником дохода до выхода на пенсию. *«Чаще всего они поступают с запущенной формой заболеваний, потому что работают до последнего. Причина: зарабатывать больше негде, уходить некуда, это их основной заработок. Все до пенсии стараются дожить как-нибудь, а уже потом оформляют профпатологию или инвалидность»* (женщина, стаж работы 28 лет). Отмечается, что при отсутствии трудовой деятельности и постоянной заработной платы, сельским жителям достаточно тяжело жить, имея лишь компенсации и выплаты по процентам от утраты трудоспособности. *«Если пособие по инвалидности еще, куда не шло, то проценты по утрате трудоспособности – это очень мало, гораздо меньше зарплаты»*

(мужчина, стаж работы 23 года). Таким образом, все эксперты единодушны во мнении, что причиной отказа сельских жителей от инвалидности или установления процента по утрате трудоспособности в связи с профессиональным заболеванием является неудовлетворенность материальным доходом, которая, на наш взгляд, выступает одним из факторов, определяющих стратегию поведения жителей сельской местности по отношению к собственному здоровью.

Обсуждая вопрос о причинах необрацаемости сельского населения за медицинской помощью, эксперты указывали, что это зависит как о внешних причин, так и от внутренних установок сельских жителей. Это обусловлено *«малой доступностью медицинской помощи в разных селах»* (женщина, стаж работы 35 лет), *«неукомплектованностью кадрами и плохой оснащенностью клиник»* (женщина, стаж работы 24 года). К тому же, данная ситуация связана с закрытием ФАПов и необходимостью затрат определенного количества времени на поездку до мест оказания медицинской помощи, их транспортной доступностью: *«ФАПы везде закрылись, в области их практически нигде нет, ни в одном районе. В ЦРБ попасть тоже непросто. Во-первых, это связано с транспортом, надо добираться. Во-вторых, там огромные очереди и попасть в этот же день они не могут. Поэтому все это откладывается. Обратиться в другие лечебные учреждения у них нет возможности. В областную клиническую больницу – только по направлению»* (мужчина, стаж работы 21 год).

Врачами подтверждается влияние такого фактора как удаленность лечебного учреждения на аттитюды сельского населения к оказанию медицинской помощи. *«Многие, очень многие сельские жители не всегда обращаются за медицинской помощью или не соблюдают предписаний врача из-за отдаленности от участковой больницы»* (женщина, стаж работы 20 лет); а *«некоторые просто не могут приехать, возможности нет, далеко расположено или дела»* (женщина, стаж работы 28 лет). Итак, внешними причинами необрацаемости за медицинской помощью, по мнению респондентов и по данным некоторых исследователей [1, 3, 4, 7, 10, 16], являются: недоступность медицинской помощи (территориальная удаленность, фактор времени); необеспеченность центральных районных больниц кадрами (в частности, отсутствие врачей профпатологов); плохая техническая оснащенность клиник и отсутствие необходимых препаратов.

Сельский образ жизни – более традиционный, чем городской, сельские жители намного медленнее принимают инновации. *«Есть общие данные о том, что сельский образ жизни больше ориентирован на мнение соседей, близких»* (женщина, стаж работы 33 года). Эксперты отмечают, что у сельских жителей не всегда сформированы практики здоровьесбережения *«Не все подвержены лечению. Им расписываешь все, многие жалеют на себя время, деньги, хотя*

*все лечение бесплатно <...> Сельские жители, они не привыкли лечиться. Они отличаются от городских пациентов»* (мужчина, стаж работы 32 года). Отличие сельских жителей как пациентов от городских заключается и в уровне их образования, именно по данной причине эксперты констатировали трудности в информировании таких пациентов: *«Им тяжелее объяснять, описывать ситуацию по заболеванию. Хотя есть такие, которые более прилежно соблюдают все предписания, чем городские пациенты, но их единицы, в основном происходит наоборот»* (мужчина, стаж работы 25 лет).

Рассматривая различия между городскими и сельскими пациентами, врачи обращали внимание на отсутствие информации у сельских жителей о возможных рисках для здоровья, связанных с их трудовой деятельностью. *«Многие и не знают о существовании профессиональных заболеваний, приходится объяснять. Они работают и не задумываются о возможном развитии у них профпатологии»* (мужчина, стаж работы 32 года). *«Сельские жители – это, конечно, особая категория. Если им, например, поставили инвалидность, то они считают себя «глубокими инвалидами», хотя на самом деле это не так. Есть не совсем «разумные» пациенты, не понимают ничего. Тяжело иногда с ними бывает, приходится многое объяснять и даже ругать, если нарушают режим и лечение»* (мужчина, стаж работы 30 лет).

Однако следует подчеркнуть противоречивость экспертных суждений об отношении сельских жителей к собственному здоровью: с одной стороны, отмечается их дисциплинированность, а с другой стороны, обращается внимание на то, что *«у некоторых бывает и равнодушное отношение, потому что у них уже выявлено заболевание. Они не соблюдают диеты и предписания врачей. В среднем 5 из 10 человек не соблюдают предписаний врача. Многие пациенты не хотят далее обследоваться, так как все обследования занимают длительное время»* (женщина, стаж работы 35 лет). Вероятно, данный факт связан с различными аспектами и традициями здоровьесбережения, сформировавшимися либо в конкретных поселениях, либо на индивидуальном уровне.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что индивидуальными причинами, влияющими на необращаемость сельских жителей за медицинской помощью, являются следующие: особенности менталитета сельского населения, обусловленного образом жизни, ориентированным на традиции; уровень образования; отсутствие информированности о рисках для здоровья; нежелание лечиться из-за отсутствия времени или материальных ресурсов; отсутствие сформированных практик заботы о своем здоровье.

Обращает на себя внимание и тот факт, что даже после установления диагноза профессионального заболевания, многие сельские жители в последующем не приходят к врачу. *«Бывают, что и исчезают. Им просто неохота ходить, некоторые боятся, некоторые считают, что*

*в городе лучше лечат, лучше диагностика, чем на селе, бывает, что и не доверяют»* (женщина, стаж работы 24 года). К рассмотренным выше причинам необращаемости за врачебной помощью можно добавить еще одну – недоверие к существующей системе медицинской помощи в селе и районных центрах [2, 4, 5, 15]. Участники исследования – эксперты указывают на данный факт, сопровождающийся расширением практик самолечения среди сельских жителей. *«Я полагаю, что многие действительно лечатся так или иначе самостоятельно, пользуясь бывшими рекомендациями, к примеру, и т.д. Я не исключаю, что часто именно так и происходит, хотя, разумеется, это неправильно»* (мужчина, стаж работы 32 года).

Здесь необходимо отметить, что, несмотря на принятую многими исследователями позицию относительно негативных последствий самолечения [6, 8, 14], наши эксперты полагают, что такие пациенты вполне самостоятельно могут поддерживать собственное здоровье при наличии рекомендаций врача: *«Поддерживающее лечение, профилактика. Если они тщательно выполняют все предписания врача, все рекомендации, то, в принципе, да»* (женщина, стаж работы 33 года). *«С учетом рекомендаций они находят медсестер на месте, сами многому уже научились, поэтому могут хотя бы себе какие-то профилактические курсы лечения проводить»* (мужчина, стаж работы 30 лет). *«Если научить на ранних стадиях профзаболевания, дать правильные рекомендации, быть уверенным, что человек выполнит все предписания врача; то я думаю, что это вполне возможно, но иногда лучше наблюдение»* (мужчина, стаж работы 21 год). На наш взгляд, выполнение рекомендаций лечащего врача не вполне можно обозначить как самолечение, но в случае отсутствия периодического наблюдения у врача с целью фиксации изменений в динамике заболевания, пользование прежними предписаниями врача является одним из видов самолечения. Это подтверждается и экспертным мнением: *«Сами они никак не лечатся. Только по рекомендациям. Хорошо, что рекомендации выполняют <...> А лечиться, не будут они лечиться, часто они никак не лечатся вообще. Мы даем им рекомендации, и кто лечится, у того неплохо все идет»* (женщина, стаж работы 33 года). Сельскому населению в большей степени, чем городскому, присущи консерватизм и традиционализм, препятствующие формированию самосохранительного поведения; на современном этапе традиционализм связан с патерналистскими установками взаимодействия врача и пациента, что препятствует формированию поведения, направленного на здоровьесбережение.

### **Заключение**

Проведенное исследование позволяет сформулировать некоторые заключения. Во-первых, в отношении к медицинской помощи среди сельского населения с профессиональными заболеваниями превалирует отказ от планового лечения и официального оформления инвалидно-

сти, вызванный страхом потерять работу, а, вместе с ней, и единственный доход до выхода на пенсию. Во-вторых, экспертами отмечается низкая обращаемость за медицинской помощью сельского населения с профессиональными заболеваниями. К основным причинам необращаемости относятся: малая доступность медицинских учреждений из-за их территориальной удаленности, необеспеченность центральных районных больниц кадрами по работе с профессиональными патологиями, плохая техническая оснащенность. В-третьих, специфика образа жизни сельских жителей с профессиональными заболеваниями и уровень их образования сказываются на снижении эффективности лечения и не способствуют формированию самосохранительного поведения указанной группы населения.

#### Список литературы

1. Андриянова Е.А., Гришечкина Н.В. Проблемы формирования системы электронного здравоохранения в России // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. № 6. С. 27-30.
2. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Психологические факторы адаптации к ситуации профессионального заболевания (на примере работающего сельского населения) // Психология. Экономика. Право. 2014. № 3. С. 30-38.
3. Кром И.Л., Андриянова Е.А., Новичкова И.Ю., Чернышкова Е.В. Пространственное измерение инвалидизации в условиях соматических ограничений // Социология медицины. 2011. № 1. С. 54-59.
4. Спирин В.Ф. Основные проблемы выявляемости профессиональной заболеваемости работников сельского хозяйства // Материалы I Всерос. съезда врачей профпатологов. – Ростов н/ Д., 2006. С. 234-235.
5. Трубецков А.Д. Профпатология: смена основной концепции и теория катастроф. Синергетическая парадигма. Многообразие поисков и подходов/ Отв.ред. В.И. Аршинов, В.Г. Буданов, В.Э. Войцехович. – М.: Прогресс-Традиция, 2000. С. 513-516.
6. Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А., Репин В.Ф., Чернышков Д.В. Источники поддержания здоровья в интерпретациях представителей пожилого возраста // Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т. 11. № 1. С. 58-61.
7. Чернышкова Е.В. Медико-социальные механизмы пролонгирования активного образа жизни в пожилом возрасте: Автореф. дис. ... докт. социол. наук. – Волгоград, 2013. 45 с.
8. Чернышкова Е.В. Проблематизация активной старости в медико-социальном дискурсе // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6. № 2. С. 481-483.

9. Юрова И.Ю., Андриянова Е.А., Федорова Л.М., Масляков В.В., Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества // *Фундаментальные исследования*. 2014. №7 (часть 5). С. 1065-1069.
10. Юрова И.Ю., Федорова Л.М., Чернышкова Е.В. Влияние ценностных установок жителей сельской местности на формирование самосохранительного поведения // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2014. Т. 10, №3. С. 465-468.
11. О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году // Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области. URL: [http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work\\_other/index.php?SECTION\\_ID=209](http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209) (дата обращения 21.04.2014).
12. Kok R. The association between socioeconomic status and changes in health in Europe / R. Kok, M. Avendano, J.P. Mackenbach // *Health, ageing and retirement in Europe (2004-2007): starting the longitudinal dimension* / Ed. A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges [et al.]. – Mannheim: Strauss, 2008. Pp. 123-128.
13. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors / G.M. Russell, S. Dahrouge, W. Hogg [et al.] // *Ann. Fam. Med.* 2009. Vol. 7. Pp. 309-318.
14. Mc Horney, C. Individual patients hold different beliefs to prescription medications to which they persist vs. non-persist and persist vs. non-fulfill / C. McHorney, A. Gadkari // *Patient. Prefer. Adherence*. 2010. № 4. Pp. 187-195.
15. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated / C. Schoen, R. Osborn, D. Squires [et al.] // *Health Aff.* 2012. Vol. 30. Pp. 2437-2448.
16. Patterns of multimorbidity in working Australians / L. Holden, P.A. Scuffham, M.F. Hilton [et al.] // *Population Health Metrics*. 2011. Vol. P. 15.

### References

1. Andriyanova E.A., Grischechkina N.V. Problemy formirovaniya sistemy elektronnoho zdra-vookhraneniya v Rossii [The problems of electronic health care system formation in Russia] *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii* [Health care system of Russian Federation]. 2012. № 6. Pp. 27-30.
2. Andriyanova E.A., Chernyshkova E.V. Psikhologicheskie factory adaptatsii k situatsii professio-nalnogo zabolevaniya (na primere rabotayuschego naseleniya) [Psychological factors of adapta-

- tion to the situation with occupational disease (in terms of working rural population)]. *Psikhologiya. Ekonomika. Pravo.* [Psychology. Economics. Law]. 2014. № 3. Pp. 30-38.
3. Krom I.L., Andriyanova E.A., Novichkova I.Yu., Chernyshkova E.V. Prostranstvennoye izmereniye invalidizatsii v usloviyah somaticheskikh ogranichenii [Spatial measurement of invalidization in conditions of somatic restrictions]. *Sotsiologiya meditsiny* [Sociology of medicine], no. 1 (2011): 54-59.
  4. Spirin V.F. Osnovnye problemy viyavlyaemosti professionalnoy zaboлеваemosti rabotnikov sel'skogo khozyaystva [The main problems of occupational morbidity detectability among agricultural workers]. *Materialy I Vserossiyskogo syezda vrachey profpatologov* [The data of the 1<sup>st</sup> Russian forum of occupational therapists]. – Rostov on/ D. 2006. Pp. 234-235.
  5. Trubetskov A.D. Profpatologiya: smena osnovnoy kontseptsii i teoriya katastrof. [Profpathology: the change of the main concepts and catastrophe theory]. *Sinergeticheskaya paradigma. Mnogoobraziye poiskov i podkhodov.* [Synergy paradigm. The variety of findings and approaches]. – Moscow, 2000. Pp. 513-516.
  6. Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A., Repin V.F., Chernyshkov. D.V. Istochniki podderzhaniya zdorovya v interpretatsiyah predstaviteley pozhilogo vozrasta [The sources of health support in interpretations of the aged]. *Saratovskii nauchno-meditsinskii jurnal* [Saratov journal of medical scientific research]. Vol. 11, no. 1 (2015): 58-61.
  7. Chernyshkova E.V. Mediko-sotsialnyie mekhanizmy prolongirovaniya aktivnogo obraza zhizni v pozhilom vozraste [Medical and social mechanisms of active life style prolongation in elderly age]. – Volgograd, 2013. 45 p.
  8. Chernyshkova E.V. Problematizatsiya aktivnoi starosti v mediko-sotsialnom diskurse [Problematization of active old age in medical and social discourse]. *Saratovskii nauchno-meditsinskii jurnal* [Saratov journal of medical scientific research]. Vol. 6, no. 2 (2010): 481-483.
  9. Yurova I.Yu., Andriyanova E.A., Fyodorova L.M., Maslyakov V.V. Problema zdorovyesberezeniya sel'skogo naseleniya sovremennogo rossiyskogo obshchestva [The problem of health saving among rural population of modern Russian society]. *Fundamentalnye issledovaniya* [Fundamental studies]. 2014. №7 (part 5). Pp. 1065-1069.
  10. Yurova I.Yu., Fyodorova L.M., Chernyshkova E.V. Vliyaniye tsennostnykh ustanovok zhitelei sel'skoi mestnosti na formirovanie samosokhranitel'nogo povedeniya [Influence of value orientations of rural population on formation of self-preserving behavior]. *Saratovskii nauchno-meditsinskii jurnal* [Saratov journal of medical scientific research]. Vol. 10, no. 3 (2014). Pp. 481-483.
  11. O sostoyanii usloviy i okhrany truda, proizvodstvennogo travmatizma i professionalnoi zaboлеваemosti na predpriyatiyakh i v organizatsiyakh Saratovskoi oblasti v 2014 [About working

conditions and protection, industrial injuries and occupational morbidity at industries and organizations in Saratov region in 2013]. Ministerstvo zanyatosti, truda i migratsii Saratovskoi oblasti [Ministry of Work, Employment and Migration]. URL: [http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work\\_other/index.php?SECTION\\_ID=209](http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209) (accessed April 21, 2014).

12. Kok R. The association between socioeconomic status and changes in health in Europe / R. Kok, M. Avendano, J.P. Mackenbach // Health, ageing and retirement in Europe (2004-2007): starting the longitudinal dimension / Ed. A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges [et al.]. – Mannheim: Strauss, 2008. Pp. 123-128.
13. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors / G.M. Russell, S. Dahrouge, W. Hogg [et al.] // Ann. Fam.Med. 2009. Vol. 7. Pp. 309-318.
14. Mc Horney, C. Individual patients hold different beliefs to prescription medications to which they persist vs. non-persist and persist vs. non-fulfill / C. McHorney, A. Gadkari // Patient. Prefer. Adherence. 2010. № 4. Pp. 187-195.
15. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated / C. Schoen, R. Osborn, D. Squires [ et al.] // Health Aff. 2012. Vol. 30. Pp. 2437-2448.
16. Patterns of multimorbidity in working Australians / L. Holden, P.A. Scuffham, M.F. Hilton [et al.] // Population Health Metrics. 2011. Vol. P. 15.

#### **ДАНИЕ ОБ АВТОРЕ**

**Юрова Инна Юрьевна**, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии  
*Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского*  
*ул. Б. Казачья, д. 112, г. Саратов, 410012, Россия*  
*e-mail: innessa2010@gmail.com*  
*SPIN-код в SCIENCE INDEX: 5582-6006*

#### **DATA ABOUT THE AUTHORS**

**Yurova Inna Yurievna**, post-graduate student of department of philosophy, humanities and psychology  
*Saratov state medical university n.a. V.I. Razumovsky*  
*B. Kazachiya St., 112, Saratov, 410012, Russia*  
*e-mail: innessa2010@gmail.com*