

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Агапова Екатерина Геннадьевна

**Медико-социологическое исследование
ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста
и направления её совершенствования**

14.02.05 – Социология медицины

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
кандидат социологических наук
Дубограй Евгений Викентиевич

Москва – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ВОЕННЫЕ ПЕНСИОНЕРЫ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА: СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ.....	19
1.1. Феномен ресоциализации в научных исследованиях: аналитический обзор..	19
1.2. Военные пенсионеры трудоспособного возраста как социальная группа: медико-социологическая характеристика.....	32
1.3. Нормативно-правовое обеспечение процесса ресоциализации военных пенсионеров: медико-социологический аспект.....	42
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	53
2.1. Методология и этапы исследования.....	53
2.2. Методы анализа данных.....	62
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ВОЕННЫХ ПЕНСИОНЕРОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ СОЦИУМЕ.....	70
3.1. Социальный портрет современного военного пенсионера трудоспособного возраста.....	70
3.2. Анализ социального статуса военного пенсионера трудоспособного возраста в современной России (по материалам фокус-групповых исследований).....	84
3.2.1. «Возвращение» к гражданской жизни и трансформация социального статуса бывших военнослужащих.....	85
3.2.2. Трудоустройство как механизм интеграции и ресоциализации военных пенсионеров в современном социуме.....	88
3.2.3. Самооценка здоровья и здоровьесберегающее поведение военных пенсионеров	92
3.2.4. Самооценка качества своей жизни военными пенсионерами	95
3.2.5. Роль семьи и социального окружения в ресоциализации военных пенсионеров	97

3.2.6. Потребность военных пенсионеров в мерах по ресоциализации и адаптации в современном российском социуме.....	100
ГЛАВА 4. ВОЕННЫЕ ПЕНСИОНЕРЫ КАК ОСОБАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА ПАЦИЕНТОВ.....	107
4.1. Особенности отношения пациентов-военных пенсионеров трудоспособного возраста к лечению и профилактике респираторных заболеваний.....	107
4.2. Прогнозирование степени комплаентности военных пенсионеров при амбулаторном лечении острых респираторных заболеваний (включая грипп и новую коронавирусную инфекцию COVID-19).....	118
ГЛАВА 5. РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ВОЕННЫХ ПЕНСИОНЕРОВ: НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ.....	129
5.1. Качество жизни военных пенсионеров как показатель социальной ресоциализации (по материалам г. Воронежа).....	129
5.2. Влияние факторов приверженности к самосохранительному поведению на процесс ресоциализации военных пенсионеров.....	149
5.3. Направления совершенствования ресоциализации военных пенсионеров...	158
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	167
ВЫВОДЫ.....	171
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	175
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Гайд фокус-группового исследования «Сравнительный Анализ отношения бывших военнослужащих к изменению своего социального статуса в период интериоризации.....	204
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Характеристика участников фокус-группового исследования «Сравнительный анализ отношения бывших военнослужащих к изменению своего социального статуса в период интериоризации.....	206
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Транскрибированная стенограмма фокус-групповых исследований «Сравнительный анализ отношения бывших военнослужащих к изменению своего социального статуса в период интериоризации» (в сокращении).....	208

ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Анкета для опроса военных пенсионеров.....	217
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Анкета для опроса военных пенсионеров в рамках медико-социологического исследования отношения пациентов-военных пенсионеров к лечению и профилактике респираторных заболеваний	223
ПРИЛОЖЕНИЕ Е. SF-36. Анкета оценки качества жизни.....	227
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. Расчет формулы комплаентности военных пенсионеров лечению острых респираторных заболеваний.....	230
ПРИЛОЖЕНИЕ И. Внедрение в практическую деятельность результатов диссертационного исследования.....	232

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется увеличением числа таких социальных групп, как пенсионеры, граждане предпенсионного возраста и граждане, имеющие льготы по выходу на пенсию. К последней категории пенсионеров относят военных пенсионеров трудоспособного возраста – которых также рассматривают как группу «молодых» пенсионеров [94; 102].

Общее число пенсионеров в России по состоянию на 1 июля 2021 г. составило более 42,355 млн. человек [66]. При этом, в современных экономических условиях Российская Федерация остро нуждается в дополнительном трудовом ресурсе [66].

Прогноз социологов А.В. Решетникова [135], Е.Н. Згурской [74], Г.Ю. Козиной [87], П.С. Кузнецова [96], С.И. Логинова [100], предполагающий дальнейшее сокращение экономически активных ресурсов, делает актуальной проблему социально-активного долголетия и повышения качества жизни людей, вышедших на пенсию, как возможного трудового резерва.

Одной из наиболее значимых социально-демографических групп, способных включиться в активный трудовой процесс, являются военные пенсионеры, численность которых достигает в настоящий момент 2,7 млн. человек [158]. Привлекательность группы военных пенсионеров для потенциальных работодателей обусловлена молодым возрастом и удовлетворительным состоянием их здоровья, а также такими навыками, приобретенными в процессе военной службы, как дисциплинированность, умение эффективно действовать в стрессовой ситуации, исполнительность [97].

Отметим, что по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) [153], значительная часть военных пенсионеров заканчивают службу, не исчерпав своих профессиональных, творческих и физических ресурсов [154]. Рассматривая

Воронежскую область, как один из типичных регионов Российской Федерации, можно отметить, что количество военных пенсионеров в Воронежской области остается примерно одинаковым на протяжении последних 10 лет: так, в 2010 г. насчитывалось около 26 тыс. военных пенсионеров, в 2020 г. – 27 тыс. [155].

Несмотря на предусмотренный в законодательстве Российской Федерации комплекс мер по поддержке молодых военных пенсионеров в части их трудоустройства и адаптации к гражданской жизни [5; 6; 7; 8; 20; 83], в настоящее время военные пенсионеры фактически не могут в полной мере реализовать свой трудовой потенциал. Так, военнослужащие не всегда осведомлены о социальных гарантиях, предоставляемых в случае выхода на пенсию, недостаточно информированы о положенных им по законодательству выплатах и логистике их получения, о порядке и очередности обеспечения жильем, решении проблем их трудоустройства на гражданских должностях, объеме возможной медицинской помощи в ведомственных учреждениях (в том числе льготного лекарственного обеспечения [132]).

В результате возникают сложности адаптации данной социальной группы в «гражданском» социуме, связанные с целым комплексом медико-социальных факторов – прежде всего, изменившимся жизнеустройством, пересмотром социальных ориентиров, ценностей, норм и организации жизни, которые могут привести к проблемам адаптации в новых условиях и, в отдельных случаях – к маргинализации представителей данной социальной группы. Это определяет актуальность и научно-практическую значимость изучения проблемы ресоциализации военных пенсионеров и совершенствования мер их социальной поддержки в современном российском обществе.

Степень разработанности темы исследования

На протяжении XX - начала XXI вв. ресоциализация как социологический феномен изучалась в контексте теории социализации. Так, социализация как процесс рассматривается в общетеоретических работах таких зарубежных ученых, как М. Вебер [43], Д. Мид [229], Э. Дюркгейм, Ж. Пиаже [124], Э.

Эриксон [184], Э. Гидденс [51], Л. Колберг [222], Р. Мертон [96], Н. Смелзер [151], Э. Фромм [172], Т. Шибутани [179] и др.

Большинство исследователей уделяют внимание проблеме социализации в целом, рассматривая её как средство воспроизводства свойств, норм и ценностей социальной системы [92; 121; 140; 141; 142; 159]. Некоторые исследователи, например, акцентируют внимание на первичной, детской и подростковой, социализации как процессу обучения мышлению, которая проходит в окружении семьи и друзей, то есть в сфере межличностных отношений [86]. Ряд исследователей фокусируют внимание на социализации детей, подростков, в сфере межличностных взаимодействий, в семье, детском коллективе и т.д. [86].

В отечественной литературе достаточно широко представлены исследования, посвященные проблемам первичной и вторичной социализации. Так, по мнению Р.А. Костина и А.Е. Климановой, вторичная социализация осуществляется под воздействием учреждений и институтов, когда осваиваются новые ценности, социальные роли, позволяющие достигать определенных целей уже социализированному индивиду [92].

Социологи Г.М. Андреева [23], Н.В. Андрееenkova [24], Я.И. Гишинский [52], О.Н. Ежов [71], К.В. Рубичевский [142], Б.Д. Дубровин, И.И. Ворошилова [46], А.В. Решетников [138] и др. рассматривают социализацию как процесс, продолжающийся в течение всей жизни человека и включающий в себя закрепление культурных норм и освоение социальных ролей. Отдельное внимание в научной литературе уделяется нарушениям оптимального протекания процессов социализации, влиянию изоляционных практик на социальное здоровье человека. Так, академик РАН А.В. Решетников обращает внимание на отрицательное влияние десоциализации на социально-положительную реализацию потенциала личности и подчеркивает позитивное влияние ресоциализации, призванной вернуть личность к активной социальной жизни [142].

Проблема социализации в армейских условиях, имеющая свои особенности, представлена в работах В.Л. Примакова [128], О.В. Ежова [71], С.В. Савченко

[144], С.Н. Дигина [64], изучающих социальное развитие личности военнослужащего. Вместе с тем, в научной литературе недостаточно представлены исследования по вопросам адаптации бывших военнослужащих к условиям изменяющейся гражданской жизни. Это объясняет особое внимание к феномену «ресоциализации» и научным работам, посвященных непосредственно этому понятию.

Впервые термин «ресоциализация» был введен в научный оборот американскими учеными А. Кеннеди и Д. Кебнер, которые определяли ресоциализацию как процесс «вторичного» вхождения индивида в социальную среду, иногда – под влиянием крайних обстоятельств [85].

В отечественных научных исследованиях теория ресоциализации активно разрабатывалась в контексте кардинального изменения поведенческих стратегий человека в кризисных ситуациях, к которым можно отнести выпадение из социума в связи с наркозависимостью, лишением свободы, бездомностью, безнадзорностью. Социологический анализ ресоциализации различных асоциальных групп представлен в работах Е.Г. Багреевой [27], М.В. Бухаровой [41], Е.А.Варкиной [41], Т.Н. Волковой [44], Л.В. Ковтуненко [86], И.П. Кутяновой [98], О.Ю. Мацукевич [106], Н.В. Присяжной [129], И.Е. Прысь [130], А.М. Шевченко [178] и других исследователей.

Некоторые исследования посвящены особенностям ресоциализации человека в нормальных социальных ситуациях: в условиях образовательного процесса (Т.А. Татуйко) [164]; в спортивной деятельности (О.В. Котова, А.А. Самохина) [93; 146]; в случае раннего выхода на пенсию профессиональных спортсменов, артистов балета и цирка. В особую группу исследований можно выделить работы О.Ю. Мацукевича [106], посвященные особенностям ресоциализации молодых инвалидов в мегаполисе. Эти авторы отмечают, что в процессе ресоциализации имеют решающее значение такие факторы, как умение мобилизовать себя и других, взаимодействовать в группе, действовать самостоятельно и преодолевать те или иные ограничения.

Процесс ресоциализации военных пенсионеров после завершения профессиональной карьеры с медицинской и социальной точки зрения рассматривается в научных публикациях социологов, психологов, экономистов, юристов, представителей медицинских наук разных специальностей. Такие исследователи, как Е.С. Щигорцова [183], В.Л. Калинин [79], Е.А. Гриднев [56], обратили внимание на психологические особенности вхождения группы военных пенсионеров в гражданский социум и предложили создать общую модель адаптации бывших военнослужащих и членов их семей.

Проблемам трудоустройства военных пенсионеров, сохраняющим творческие и физические резервы, желание и способность к эффективному освоению новых видов деятельности, развитию в профессиональном плане, посвящены исследования Э.В. Слободенюк [150] и С.М. Осипенкова [119], которые рассматривали процесс десоциализации военных пенсионеров как первичный этап ресоциализации. По их мнению, для успешной социализации необходимо оптимизировать государственные и общественные институты, включать механизмы реформирования системы гарантий трудоустройства и переподготовки.

Научные работы С.В. Агеева [20], Е.А. Титей [166], О.В. Леонтьев [99], Т.Ю. Тарараева [163], Л.А. Григоренко [55], С.У. Мурсалова [115] посвящены изучению широкого спектра проблем здоровья военнослужащих после их выхода на пенсию. Их результаты показали низкую медицинскую активность военных пенсионеров, а также несвоевременное обращение к врачу и частое несоблюдение медицинских предписаний со стороны военных пенсионеров, что делает актуальными проблемы комплаентности и профилактики заболеваний у представителей исследуемой группы.

Анализ представленных направлений и результатов исследований, посвященных вопросам ресоциализации и адаптации военных пенсионеров в «гражданском» социуме показал, что в большинстве имеющихся исследований затрагивались отдельные аспекты данных процессов, однако имеющиеся данные не отражают в полной мере весь спектр проблем, связанных с вхождением

представителей данной социальной группы в новую реальность. Это не позволяет реализовать адресный подход, основанный на признании исследуемой группы военных пенсионеров перспективным резервом, способным восполнить трудовые ресурсы страны.

Цель исследования – состоит в изучении особенностей жизнеустройства военных пенсионеров трудоспособного возраста и разработке научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию мер социальной поддержки, направленных на обеспечение ресоциализации данной социальной группы в современном российском обществе.

Задачи исследования

1. Осуществить теоретико-методологический анализ научной литературы и нормативно-правовой базы, регламентирующей медицинское и социальное обеспечение военных пенсионеров в России и за рубежом, обобщить отечественный и зарубежный опыт реинтеграции военных пенсионеров в гражданский социум.

2. Разработать программу и провести комплексное медико-социологическое исследование особенностей ресоциализации в условиях современного общества социальной группы военных пенсионеров трудоспособного возраста (по материалам Воронежской области).

3. Изучить ключевые характеристики социального статуса исследуемой группы с учетом состояния их здоровья и сконструировать социальный портрет современного военного пенсионера трудоспособного возраста.

4. Проанализировать качество жизни и приверженность самосохранительному поведению военных пенсионеров трудоспособного возраста.

5. Построить математическую модель прогнозирования степени комплаентности военных пенсионеров как структурной составляющей самосохранительного поведения в ситуации заболевания (на примере лечения острых респираторных заболеваний).

6. Предложить научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию мер социальной поддержки, направленных на обеспечение ресоциализации данной социальной группы и повышение уровня их адаптированности в современном российском обществе.

Научная новизна исследования

Научная новизна состоит в междисциплинарном подходе к постановке научной проблемы, обобщению и объективному анализу фактического материала, включающего научные источники, законодательные акты, регламентирующие медико-социальное обеспечение и перечень льгот для военных пенсионеров в России и за рубежом:

– Разработана программа и инструментарий медико-социологического исследования особенностей ресоциализации социальной группы военных пенсионеров трудоспособного возраста в условиях современного общества (по материалам Воронежской области).

– Сформирован социально-конструируемый портрет современного военного пенсионера трудоспособного возраста, презентующий характерные особенности изучаемой социальной группы, способствующий совершенствованию и адресной реализации мер социальной поддержки бывших военнослужащих и членов их семей, организации с ними таргетной информационной работы, их интеграции в социальную и экономическую сферу современного российского общества.

– Создана математическая модель прогнозирования степени комплаентности военных пенсионеров как структурной составляющей самосохранительного поведения в ситуации заболевания (на примере лечения острых респираторных заболеваний).

– Выявлена взаимосвязь уровня качества жизни и приверженности самосохранительному поведению военных пенсионеров в период их ресоциализации, а также его зависимость от динамики социально-гигиенических факторов, особенностей семейного статуса, характера трудовой занятости, что

позволяет определить конкретные направления оптимизации медико-социальной помощи бывшим военнослужащим.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Проанализированы основные медико-социологические проблемы ресоциализации социально-демографической группы военных пенсионеров трудоспособного возраста. Определены факторы, влияющие на качество жизни военнослужащих, вышедших на пенсию, и предложены меры, направленные на оптимизацию социальной адаптации и ресоциализации исследуемой группы.

Разработан и внедрен в деятельность амбулаторного звена медицинских учреждений комплекс мер, способствующих повышению мотивации к самосохранительному поведению военных пенсионеров трудоспособного возраста. Модель прогнозирования комплаентности при амбулаторном лечении военных пенсионеров может послужить основой для дальнейших исследований и определения методик прогнозирования комплаентности в различных социальных группах.

Разработаны и внедрены меры по ресоциализации военных пенсионеров в трудовой и профессиональной сферах.

Результаты исследования вынесены в качестве предложений на заседании межведомственной рабочей группы по комплексной ресоциализации отдельных категорий граждан, уволенных с военной службы.

Методология и методы исследования

Исследование проведенного по трем основным направлениям: «Конструирование социального портрета современного пациента - военного пенсионера трудоспособного возраста», «Прогнозирование степени комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных заболеваний у военных пенсионеров», «Определение качества жизни военных пенсионеров г. Воронежа».

Для определения медико-социального статуса военных пенсионеров и конструирования социального портрета современного военного пенсионера

трудоспособного возраста применялось анкетирование, интервьюирование и фокус-групповые исследования.

Для изучения отношения к лечебным и профилактическим мероприятиям, прогнозирования степени комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных инфекций, включая новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) в группе военных пенсионеров применялось анкетирование, интервьюирование, анализ амбулаторных карт, анализ результатов ЭКГ-мониторинга. Для построения модели комплаентности был применен метод математического моделирования.

Для изучения качества жизни и особенностей самосохранительного поведения бывших военнослужащих применялось анкетирование с использованием стандартного опросника SF-36, а также разработанных автором анкет, включающих вопросы, характеризующие самосохранительное поведение до увольнения с военной службы и после.

Математическая обработка данных проводилась методами вариационной статистики с вычислением параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических (χ -квадрат) критериев различия и коэффициентов корреляции с помощью пакета прикладных программ *Microsoft Excel 2019* и программы анализа данных *STATISTICA v.23,0*.

Для анализа статистически-значимой зависимости показателей, влияющих на ресоциализацию был применен дисперсионный анализ. Проверка значимости модели проводилась при помощи критерия (χ -квадрат). При значении $p < 0,05$, нулевая гипотеза о незначимости модели отвергалась.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Особенности демографической ситуации в России обуславливают необходимость вовлечения в трудовую занятость социальной группы военных пенсионеров трудоспособного возраста в качестве дополнительного трудового резерва страны. Потенциальная эффективность включения в трудовые отношения граждан, завершивших военную карьеру, связывается с их личностными особенностями (дисциплинированность, исполнительность, выносливость,

хорошая физическая форма), а также наличием ряда специфичных навыков (умение работать в коллективе и принимать решения, способность к освоению новых видов деятельности), определяющими востребованность кандидатов этой группы у работодателей. Одновременно с этим, барьерами в успешном переходе военных пенсионеров на гражданские должности является необходимость их ресоциализации, поскольку идентичность профессионального военнослужащего как субъекта социального института армии объективно не всегда способствует эффективному социальному взаимодействию в рамках современного социума.

2. Процесс реинтеграции группы военных пенсионеров в активные трудовые отношения требует адресного подхода с учетом их поведенческих установок, мотивационных факторов и особенностей здоровья. Социальный портрет современного военного пенсионера трудоспособного возраста – это состоящий в браке мужчина среднего возраста, закончивший военную службу в офицерском звании, имеющий высшее образование, ключевыми жизненными ценностями которого являются здоровье, наличие семьи и здоровье родных. Отличается особыми личностными качествами, сформированными в период службы в армии (дисциплинированность, ответственность, стрессоустойчивость), наличием семейных ценностей и высоким уровнем ответственности за благополучие своей семьи. Работает в сфере обеспечения безопасности различных объектов или образования, ключевыми факторами мотивации его трудоустройства являются стремление к укреплению материального положения семьи и совокупность мотивов социального характера. Военный пенсионер имеет хроническую патологию сердечно-сосудистой системы, однако отличается низким уровнем самосохранительного поведения, недостаточной мотивацией к профилактической и регулярной заботе о своем здоровье и обращению за медицинской помощью.

3. Имеющиеся риски здоровью представителей социальной группы военных пенсионеров детерминированы особенностями их профессиональной деятельности и в большей части случаев носят хронический характер. Условия ежегодного риска инфекционных сезонных заболеваний и распространения коронавирусной инфекции (COVID-19) определяют актуальность разработки

математической модели, позволяющей оперативно построить прогноз взаимодействия врача и пациента и оценить риски комплаентности военных пенсионеров – такие как позднее начало лечения, недооценка пациентом тяжести заболевания, несоблюдение рекомендаций врача, что обуславливает формирование тяжелых осложнений и летальных исходов заболевания. Совпадение прогнозных (модельных) и реальных результатов построенной математической модели позволяет оценить её как адекватную и использовать на практике для прогнозирования комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных инфекций у военных пенсионеров.

4. Средние значения таких показателей качества жизни, как физический и психологический компоненты здоровья у военных пенсионеров, имеют невысокие величины. Но у более молодой возрастной группы до 50 лет выше показатели физического компонента здоровья, а для возраста после 50 лет характерны более высокие показатели психологического компонента здоровья. Наряду с возрастной градацией, анализ средних величин показал, что у трудозанятых военных пенсионеров значительно выше показатели психологического компонента здоровья, и наблюдается более высокая оценка по всем шкалам. На повышение параметров качества жизни респондентов оказывали влияние информированность о профилактике заболеваний, комфортные условия проживания, отказ от вредных привычек, активный образ жизни.

5. Существующая система социальных и медицинских льгот, реализуемых для военных пенсионеров в целях более успешной их ресоциализации, также предполагает не только практическую реализацию уже имеющихся нормативно-правовых актов, но и дальнейшую разработку новых документов с целью ускорения интеграции данной социальной группы в гражданскую среду, в том числе и трудовую деятельность.

Внедрение результатов диссертационного исследования.

Результаты научных исследований внедрены в учебный процесс кафедры педагогики и психологии РГБУ ДПО «Карачаево-Черкесский республиканский институт повышения квалификации работников образования» (акт внедрения от

11.11.2021г.), учебный процесс кафедры «Пропедевтики внутренних болезней» ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия» (акт внедрения от 03.11.2021.); в лечебный процесс районной поликлиники РБУЗ «Усть-Джегутинская ЦРБ» (акт внедрения от 16.11.2021г.), результаты исследования вынесены в качестве предложений на заседании межведомственной рабочей группы по комплексной ресоциализации отдельных категорий граждан, уволенных с военной службы, Министерства труда г. Черкесск (протокол № 4 от 14.01.2022г.).

Личный вклад автора в осуществление научного исследования

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления и определения объекта медико-социологического исследования, разработке его стратегии, программы, инструментария. Автор провел непосредственную работу с респондентами по всем направлениям исследования, включая рекрутинг и различные виды опроса, в том числе с использованием специально разработанной анкеты для медико-социологического исследования «Прогнозирование степени комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных заболеваний у военных пенсионеров».

Автор лично собрал и систематизировал эмпирические (первичные) данные, проанализировал и обобщил полученную информацию, осуществил статистическую обработку данных с применением программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v.23.0, а также самостоятельно интерпретировал результаты исследования, на основании которых были выведены научные закономерности процесса ресоциализации военных пенсионеров, построены графики и таблицы, предложена математическая модель прогнозирования комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных инфекций у военных пенсионеров. Вклад автора является определяющим на всех этапах диссертационной работы: от постановки цели и задач, разработки методологии и методики, стратегии, программы и проведения комплексного медико-социологического исследования до публикации результатов в научных сборниках

по материалам конференций медико-социологической направленности, а также их внедрения на практике.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 14.02.05 – Социология медицины.

Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальностей, а именно 4, 7, 10 пунктам паспорта специальности «Социология медицины».

Степень достоверности

Достоверность полученных результатов подтверждается большим объемом аналитического материала, использованием методик, адекватных поставленным задачам и применением современных методов статистического анализа. Работа выполнена на высоком методическом уровне. Использованные методы исследования информативны, современны и адекватны цели и задачам исследования. Статистическая значимость полученных результатов основана на репрезентативности выборок исследований и адекватном применении методов обработки данных. Выводы объективно и полноценно отражают результаты проведенных исследований, а их обоснованность не вызывает сомнений.

Апробация результатов исследования

Изложенные в диссертационном исследовании материалы и результаты исследования докладывались и обсуждались на заседании кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Основные положения и результаты работы были представлены на научно-практических конференциях (III Всероссийская научно-практическая конференции с международным участием «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания», Сочи, 2016; III Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности», Пятигорск, 2017; Межрегиональной научно-

практической конференции «Актуальные вопросы медицинского права, биомедицинской этики и безопасности пациентов», Владикавказ, 2017; IX международной научно-практической конференции «Инновационные подходы в современной науке», Москва, 2017; IV Всероссийской заочной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию заслуженного деятеля науки РФ, академика РАЕН, д.м.н., профессора В.В. Семёновой «Актуальные вопросы гигиены», Санкт-Петербург, 2018; Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Мечниковские чтения-2020», 2020; VI Всероссийском социологическом конгрессе «Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов», Тюмень-Москва, 2021).

Публикации

По результатам исследования автором опубликовано 16 работ, в том числе научных статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/ Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук – 3; статей в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus – 1, иные публикации по результатам исследования – 7; публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций – 5.

Объем и структура и диссертации

Диссертация общим объемом 236 страницы машинописного текста состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. В работе имеется 17 таблиц и 27 рисунков. Библиографический указатель включает 261 источник, из них 76 источников на иностранном языке.

ГЛАВА 1. ВОЕННЫЕ ПЕНСИОНЕРЫ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА: СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ

1.1. Феномен ресоциализации в научных исследованиях: аналитический обзор

Феномен ресоциализации в XX - начале XXI вв., преимущественно, рассматривался в контексте общих проблем теории социализации, при этом контурное выделение отдельных аспектов ресоциализации было направлено, прежде всего, на расширение теоретического поля теорий среднего уровня в социологии, психологии, педагогики. Тем не менее, анализ научной литературы позволил выделить несколько групп публикаций и исследований, затрагивавших проблематику ресоциализации.

В первой группе научных источников можно выделить общетеоретические работы по различным аспектам социализации таких зарубежных ученых, как М. Вебер [43], Д. Мид [229], Э. Дюркгейм, Ж. Пиаже [124], Э. Эриксон [184], Э. Гидденс [51], Л. Колберг [222], Р. Мертон [96], Н. Смелзер [151], Э. Фромм [172], Т. Шибутани [179] и др.

Так, Макс Вебер выделял ассоциативную, или «добровольную», и институциональную социализацию, которая связана с влиянием на личность общественных норм [43]. Позиции институциональной социализации придерживался и разработчик теории социализации американский социолог Толкотт Парсонс [96]. В его понимании, посредством социализации с помощью таких социальных институтов как семья, образовательная система, государство, армия, религия реализуется трансляция основных общественных ценностей между поколениями. И именно тем, каким ценностям привержено общество, какой тип социальных взаимодействий должен быть воспроизведен, определяется сложившаяся в каждом обществе конкретная модель социализации. Т. Парсонс отмечает, что, как правило, модель социализации организуется так, чтобы обеспечивалось воспроизводство важнейших свойств социальной системы [96].

Эмиль Дюркгейм определял социализацию, прежде всего, как процесс усвоения социальных норм поведения. По его мнению, социализация реализуется в процессе усвоения установленных правил, знаний, культурных ценностей, которые появляются у индивида в процессе воспитания. Он акцентирует внимание на поэтапном развитии у ребенка личностных качеств, значимых для общества и позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества – таких, как дисциплина, самоконтроль, умение следовать определенным предписаниям [68]. Одновременно с этим, Э. Дюркгейм указывает, что переходные, кризисные для общественных формаций периоды определяют риски явлений «морального беспорядка» или «аномии», при которых большинство индивидов теряют или не могут в полной мере усвоить социальные нормы и ценности – что вызывает размывание границ морали, утерю ориентиров социально-одобряемого взаимодействия в рамках социума [68].

Французский социолог Жан Пиаже в наибольшей мере уделял внимание детской и подростковой социализации как процессу обучения мышлению [124]. Эту же возрастную группу детей и подростков исследовал американский социолог Дж. Мид, который полагал, что социальные нормы усваиваются преимущественно в детстве, и акцентировал внимание на освоении социальных ролей в процессе детской игры. В ней, эволюционируя, ребенок проходит путь от копирования поведения взрослых людей до стадии коллективных игр и понимания ожиданий других людей [222].

Концепция Эрика Эриксона охватывает весь период жизни человека, на протяжении которой он последовательно проходит все стадии социализации. В основании деления указанных стадий, согласно его представлениям, лежат критерии психического развития личности [184]. По Э. Эриксону, социализация – это процесс вхождения человека в общество посредством усвоения социальных норм и культурных ценностей; становление личности; создание условий своей собственной и общественной жизни. Согласно данной концепции, социализация включает в себя две стороны – внешние воздействия на человека социальной среды, воспитание, и, с другой стороны, его деятельность по преобразованию

этой среды, культуры, общества. При этом эти процессы взаимонаправлены - личность одновременно меняется под воздействием внешней среды и практически преобразует её, изменяя и адаптируя согласно своим внутренним потребностям [184].

В рамках научного осмысления процессов социализации выделяют первичную и вторичную социализацию. Первичная социализация – это процесс усвоения норм, правил, ценностей, культурных установок и поведенческих паттернов в воспитательном пространстве детства – обычно это семейное окружение и взаимодействие (исключая случаи сиротства и внесемейного воспитания). Как правило, первичная социализация закладывает основные морально-ценностные установки индивида, которые развиваются в рамках дальнейшей практики межличностных отношений – уже на этапе вторичной социализации [92, 96]. Вторичная социализация происходит под воздействием учреждений и институтов, и способствует усвоению / корректировке ценностей, институциональных социальных ролей, норм и шаблонов поведения в социуме, которые позволят в будущем уже социализированному индивиду достигать свои общественно-одобряемые цели [92]. Заметим, что классики социологии Томас Лукман и Питер Бергер считали, что первичная и вторичная социализация сходны по структуре, но различаются по содержанию. С позиции их представлений, в процессе вторичной социализации настоящее интерпретируется индивидом в последовательном взаимоотношении с прошлым, чего не может быть в первичной социализации из-за отсутствия такового опыта у маленького ребёнка [32].

Отдельные вопросы ресоциализации рассматриваются в научных публикациях отечественных ученых Г.М Андреевой [23], Н.В. Андреевской [24], Я.И. Гилянского [52], О.Н. Ежова [71], К.В. Рубичевского [142], Б.Д. Дубровина, И.И. Ворошилова [46], А.В. Решетникова [138] и др. Так, социолог Г.М. Андреева обратила внимание на критическое отношение некоторых отечественных исследователей к понятию «социализация», которое они подменяют понятиями «развитие личности» и «воспитание», или проводят параллель между «социальной адаптацией» и «социализацией», при этом адаптацию представляют,

как звено социализации. Содержание понятия «социализация» у Г.М. Андреевой отражает процесс «вхождения индивида в социальную среду», «усвоение им социальных влияний», «приобщение его к системе социальных связей» [23].

Академик РАН А.В. Решетников рассматривает социализацию как процесс, продолжающийся в течение всей жизни и включающий в себя закрепление культурных норм и освоение социальных ролей. Одновременно он указывает, что значительную опасность для процесса социально-положительной реализации личности представляет десоциализация, то есть «выпадение» индивида из системы социальных связей, процесс противоположный социализации. В такой ситуации необходимыми мерами для оптимизации жизненной траектории индивида являются меры по ресоциализации, то есть возвращению в социальный контекст отношений в рамках социума и повторное усвоение / корректировка шаблонов поведения, демонстрируемых установок, норм, ценностей, культурных традиций общества (социальной группы)-реципиента [138].

Интерес представляют научные исследования, которые рассматривают проблему социализации в отдельных социальных институтах, например, в институте армии. Данному аспекту посвящены работы В.Л. Примакова [128], О.В. Ежова [72], С.В. Савченко [144], С.Н. Дигина [63]. В.Л. Примаков анализирует функционирование процесса социализации офицеров в условиях реформ в Вооруженных силах Российской Федерации. Он сформулировал собственную концепцию социализации офицера и представляет социализацию как процесс ролевого освоения и усвоения, определения и ориентации в институционально-организованной военно-социальной среде, в ходе которого формируется личность офицера [128].

По мнению О.В. Ежова, проблему социализации военнослужащих необходимо рассматривать в социально-философском ракурсе. Совершенствование и оптимизация социального развития личности военнослужащего будут способствовать эффективной реализации функционального предназначения защитника Отечества. В результате будет достигнуто повышение качественного уровня теоретической и методологической подготовки кадрового состава военной

организации в системе военных образовательных учреждений профессионального военного образования, совершенствование воинского, духовного воспитания личного состава [71].

Многогранность процесса социализации отражена в тезаурусной концепции В.А. Лукова, который выделил социокультурный аспект социализации, являющийся значимым для формирования личности. Тезарус представлен, как некий «свод субъективно-организованных гуманитарных знаний, освоенных индивидом и дающих импульсы для интересной и многообразной жизни» [84].

Вторая группа научных источников непосредственно посвящена феномену «ресоциализации». А. Кеннеди и Д. Кербер – американские ученые, которые одними из первых обратили внимание на данный процесс, трактуя его как «вторичное» вхождение индивида в новую социальную среду и отмечали, что во время проживания различных этапов своей жизни (смена семейного положения, переезд из сельской местности в город, смена работы), у каждого человека возникает потребность осваивать новые социальные нормы и культурные ценности [34].

В научных работах социологов П. Бергера и Т. Лукмана рассматриваются крайние случаи ресоциализации, когда происходит кардинальное (всестороннее, тотальное) изменение социальных установок, норм, ценностей индивида под воздействием внешних обстоятельств, например, в ситуации эмиграции, смены вероисповедания, инвалидизации и других трансформациях жизненного уклада индивида. Ресоциализация в указанных случаях, на взгляд П. Бергера и Т. Лукмана, носит близкий первичной социализации характер, что позволяет использовать этот термин в контексте «повторного усвоения, усвоения кардинально новых первичных норм, правил и ценностей», поскольку меняется большинство личностных установок [32].

Нейл Смелзер и другие исследователи предлагают подход к ресоциализации, как форме психотерапии и новых социально-культурных установок, дающих возможность изменить поведение человека, разобравшись с его внутренними конфликтами [151]. Эти внутренние конфликты во многом –

результат негативных последствий различных жизненных ситуаций, в том числе социальных трансформаций личности, которые в последствии могут привести индивида к личностному кризису.

Начиная с 1960-х гг. и по настоящее время теория ресоциализации активно разрабатывалась в отечественных научных исследованиях, в которых данное понятие интерпретировалось как осознанное и кардинальное изменение поведенческих стратегий человека в кризисных ситуациях [92; 103; 126].

Ряд специалистов отказываются от употребления понятия «ресоциализация», заменяя его понятием «социальная адаптация» или «коррекция». Особенно актуально это в тех случаях, когда цикл социализации личности не является завершённым или при отсутствии необходимости в радикальном изменении системы ценностей, жизненных стратегий индивида [35; 42; 85].

Социологический анализ ресоциализации различных социальных групп представлен в работах Е.Г. Багреевой [27], М.В. Бухаровой [41], Е.А. Варкиной [42], Т.Н. Волковой [44], Л.В. Ковтуненко [86], И.П. Кутяновой [98], О.Ю. Мацукевич [106], И.Е. Прысь [130], А.М. Шевченко [178], Н.В. Присяжная [129]. Все эти авторы акцентируют внимание на ресоциализации представителей социальных групп, имеющих нарушения социализации или проблемы социальной адаптации к изменившимся условиям социальной среды – например, наркозависимых, осужденных различного пола и возраста, бездомных, воспитанников и выпускников учреждений для детей-сирот, безнадзорных подростков и подростков с девиантным поведением.

Так, И.П. Кутянова рассматривает социально-психологические аспекты ресоциализации наркозависимых в эффективной реабилитационной среде: в процессе занятий, ориентированных на формирование конструктивного, содержательного общения с применением специальных психотерапевтических методик, а также развитие у них трудовых навыков с дальнейшим трудоустройством и налаживанием семейных отношений [98].

В целом исследователи социально-психологического направления подчеркивают, что социальные навыки, их формирование и развитие занимают главенствующее положение в реабилитационных мероприятиях. Эффективность реабилитации оценивается по таким параметрам, как длительность ремиссии, перспектива трудовой занятости. Ресоциализация при этом включает направленную подготовку человека к проживанию вне реабилитационных центров, а основными задачами являются формирование / коррекция системы ценностей, поведения и мотивации личности [28; 98; 179].

Социальной группе с особым социально-психологическим статусом – бездомным – посвящены работы О.Ю. Мацукевич и М.Е. Бионышева. Они рассматривают ресоциализацию бездомных с разных точек зрения: О.Ю. Мацукевич – с культурологической; М.Е. Бионышев – с медико-социальной. Последний подчеркивает, что в настоящее время социальные программы с доступностью первичной медицинской помощи для данной категории, работают неэффективно и шансы на успешную ресоциализацию имеют только 10-20% от всей совокупности бездомных [33; 105; 106].

В научных трудах Н.В. Присяжной раскрываются особенности первичной социализации детей-сирот в условиях внесемейного воспитания (в интернатных учреждениях) – прежде всего, искажение личностных установок, дефицит ролевых шаблонов взаимодействие, влияние изоляционных практик на усвоение социальных норм и ценностей несовершеннолетними. В публикациях Н.В. Присяжной представлен обширный эмпирический материал, отражающий, в том числе, влияние «эмоционально-обедненных» условий взаимодействия детей-сирот со взрослыми людьми, и ограничение социального опыта взаимодействия с несколькими взрослыми работниками из персонала детского дома. В таких условиях у детей, оставшихся без попечения родителей, нет возможности в обычных (семейных) условиях наработать собственный опыт социальной коммуникации, усвоения ролевых шаблонов и моделей поведения. Указанные особенности взросления детей-сирот определяют множественные нарушения адаптации выпускников интернатных учреждений в современном социуме, что

определяет необходимость их ресоциализации на этапе выхода в «большой» социум [129].

В научной литературе представлены отдельные работы, посвященные изучению особенностей процесса ресоциализации в социальной ситуации, связанной с наличием сферы достижений – например, в условиях образовательного процесса (Т.А. Татуйко) [164] и в спортивной деятельности (О.В. Котова, А.А. Самохина) [93; 146]. Несмотря на то, что указанные сферы являются частью нормального взросления и социализации детей, в отдельных случаях, когда группа обучающихся выделяется по какому-либо признаку (дети с опережающим развитием, дети, обладающие талантом в какой-либо области) наблюдается потребность в ресоциализации несовершеннолетних в школьной среде или условиях иного образовательного учреждения.

Значительный объем научных публикаций в российском и зарубежном сегментах центрируется на условиях социализации и ресоциализации молодых инвалидов в условиях мегаполиса. Научный анализ данной проблемы показал, что творческая деятельность «ресоциализируемого» является ведущим методом интеграции в социальное пространство и формирует активное отношение личности к окружающему миру, поэтому в обучении инвалидов необходим комплексный подход, предусматривающий, в том числе, творческие и культурные составляющие. Формирование коммуникативной культуры, активное включение личности в творчество в организациях клубного типа имеет задачи реабилитации и творческого развития и способствует лучшему усвоению представителями данной социальной группы социальных норм, правил и моделей коммуникации. Отмечается, что молодые люди с ограниченными возможностями здоровья в процессе ресоциализации учитывают и используют такие факторы, как умение мобилизовать себя и других для выполнения поставленных задач, умение взаимодействовать в группе, умение действовать самостоятельно и преодолевать ограничения [104].

К ресоциализации в условиях нормальной социальной жизни можно также отнести и ресоциализацию отдельных социальных групп, имеющих значительный

трудовой потенциал, но в силу профессиональных особенностей, рано вышедших на пенсию. Одной из таких групп являются бывшие профессиональные спортсмены, артисты балета, цирка. Как показывают исследования А.Н. Пинчук, С.Н. Шихвердиева, представители командных видов спорта чаще связывают дальнейшую трудовую деятельность со спортом (спортивная администрация, тренерская работа). Одновременно с этим отмечается, что бывшие профессиональные боксеры и борцы чаще заняты в силовых и охранных структурах – однако, существуют и риски их участия в криминальных видах деятельности [125].

Третья группа научных источников включает в себя труды, отражающие изучение процесса ресоциализации военных пенсионеров с медицинской и социальной точки зрения, то есть процесса усвоения ими новых норм, ценностей, мировоззрения и моделей поведения, характерных для новых социальных условий [20; 25; 37; 75].

Современная демографическая ситуация актуализирует интерес к социальной группе военных пенсионеров, поскольку значительное число военнослужащих после выхода на пенсию сохраняют творческие и физические резервы, желание и способность к эффективному освоению новых видов деятельности, развитию и совершенствованию в профессиональном плане. При этом состояние здоровья данной социальной группы тесно связано с возможностью адаптации к новым условиям жизни [159; 170; 206; 156; 213; 216].

Ряд исследователей акцентирует внимание на проблемах трудоустройства военных пенсионеров – так, В.А. Комлев фокусирует внимание на мотивации бывших военнослужащих к предпринимательской деятельности [88], Э.А. Хакимова обращает внимание на психологические особенности вхождения данной группы в гражданский социум (включая сложности адаптации в трудовом коллективе) [173], А.В. Попов связывает трудности с устройством на работу военных, завершивших свою карьеру, с показателями их здоровья [126]. Также в научной литературе описывается эмоционально-психологические особенности

данной группы, требующие корректировки для оптимального вхождения бывших военных в гражданский социум и новые трудовые отношения [133; 157; 187; 202].

Трудовая социализация бывших военнослужащих находится в центре внимания отечественных исследователей Э.В. Слободенюк [150] и С.М. Осипенкова [119]. Последний в своей научной работе дал развернутую характеристику процесса десоциализации военных пенсионеров как предваряющего этапа их ресоциализации. Автор выделил основные проблемы ресоциализации уволенных военнослужащих в дальневосточном регионе, в числе которых несоответствие программ переподготовки имеющимся на рынке труда вакансиям (специальностям) и, соответственно, недостаточный объем компетенций у военных пенсионеров для успешного трудоустройства. Необходимыми мерами, по мнению учёного, направленными на обеспечение успешной социализации уволенных военнослужащих, являются оптимизация государственных и общественных институтов, а также включение механизмов реформирования системы государственных гарантий для представителей данной социальной группы [119].

Вопросы социальной адаптации военных пенсионеров раскрываются в отдельных публикациях отечественных исследователей. Так, Е.С. Щигорцова в своих работах обращает внимание на социальную адаптацию лиц, уволенных из органов наркоконтроля с правом на пенсию [184]. В.Л. Калинин, в свою очередь, рассматривает возможность создания общей модели адаптации бывших военнослужащих и членов их семей к жизни и социуму после выхода на пенсию. По его мнению, эта модель должна включать комплекс объектов, субъектов, которые взаимосвязаны между собой и определяют адаптационный потенциал [79].

В этой же области проводит свои научные исследования Е.А. Гриднев, который предлагает лично-ориентированную (психологическую) модель преодоления когнитивного диссонанса военнослужащего в процессе адаптации к условиям гражданской жизни. Формулировка отдельных блоков и анализ данной психологической модели могут способствовать расширению знаний о процессе

ресоциализации, сделать её управляемой. Эта модель состоит из нескольких блоков:

- целевого, отражающего цели и задачи процесса;
- структурного, включающего психологическую, социальную, профессиональную и поведенческую составляющие;
- детерминирующего, определяющего ряд условий и факторов, которые влияют на преодоление когнитивного диссонанса;
- технологического, включающего спектр мероприятий, и результативного, определяющего итог ресоциализации [56].

Медико-социальные проблемы, присущие военным пенсионерам, отражены в научных работах В.К. Раева (2020), посвященных особенностям психосоматических нарушений у военнослужащих запаса [118], а также С.В. Агеева, который рассматривал терапевтические и социально-психологические особенности гипертонической болезни у военнослужащих и военных пенсионеров на санаторном этапе [19].

Близкую тематику затрагивают научные изыскания Е.А. Титей (2011), которая изучала особенности клинического течения гипертонии и качество жизни российских военных пенсионеров с систолической артериальной гипертензией, и выявила клинические особенности, свидетельствующие о пролонгированном воздействии ряда негативных факторов, которые приводят к поражению органов-мишеней. При этом Е.А. Титей был сделан вывод, что коррекция питания, соблюдение низкокалорийной диеты и включение физической активности в сочетании с медикаментозной терапией являются ключевыми составляющими повышения параметров качества жизни в исследуемой группе [166].

У некоторых исследователей объектом изучения были отдельные группы военных пенсионеров. Например, Л.А. Григоренко изучала социально-гигиенический аспект состояния здоровья пенсионеров Министерства внутренних дел. В своём исследовании она выявила и описала конкретные недостатки в диспансерной работе с военными пенсионерами, а именно – несвоевременное взятие данной группы на динамическое наблюдение, и, как следствие –

нерегулярность посещения ими медицинского учреждения [55]. Результаты этого исследования также указали и на недостаточно высокую активность участковых врачей в вопросах профилактики хронических заболеваний у бывших военнослужащих. Исследование также показало, что у только у 28,7% пациентов хронический характер заболевания был установлен в ранние сроки – при этом в 49,5% случаев до установления диагноза заболевшие в течение года обращались в ведомственные поликлиники с острыми заболеваниями, однако хроническая патология выявлена не была. Еще 21,8% респондентов этого исследования длительный период лечились самостоятельно и к врачам обращались в поздние сроки заболевания, уже на этапе хронитизации [55]. При этом, из общего числа обратившихся ко врачу только чуть больше половины военных пенсионеров полностью соблюдали медицинские предписания – что подтверждает актуальность проблемы комплаентности в этой социальной группе.

В качестве практических рекомендаций Л.А. Григоренко предложила проведение занятий с военными пенсионерами по формированию навыков здорового образа жизни и оказанию психотерапевтической помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Учитывая, что для пациентов с хронической патологией характерна повышенная психоэмоциональная неустойчивость, внедрение в практику работы амбулаторно-поликлинического звена консультативной помощи психотерапевта будет способствовать своевременному выявлению заболеваний и формированию приверженности и мотивации к лечению хронических заболеваний [55].

Работа С.У. Мурсалова посвящена особенностям профилактики инвалидизации при психологических расстройствах у военных пенсионеров, связанных с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией, дисциркуляторной энцефалопатией, последствиями инфаркта мозга. Автор выделил следующие направления профилактики перечисленных проблем: рациональная психотерапия (психологическое консультирование, занятия в группе, релаксирующие практики, медикаментозная терапия); широкий спектр физиотерапевтических методик; образовательные программы (школы пациентов).

Исследователь приходит к выводу, что оценивать эффективность профилактических мероприятий у военнослужащих в запасе целесообразно по следующим критериям: процент предупреждения инвалидности, количество госпитализаций, обращений в поликлинику, динамика уровня депрессии, резистентность к стрессу [115].

Анализ литературных источников показал, что теоретическое осмысление дефиниций социализации и ресоциализации, преимущественно, реализуется в контексте их прикладного социологического значения. При этом практический анализ проблем ресурсного обеспечения процессов социализации и ресоциализации отдельных социальных групп в различных регионах страны представлен дискретно, а решение ключевых организационных, медико-социальных, экономических проблем обеспечения мер социальной поддержки и доступности медицинской помощи пациентам, столкнувшимся с ситуациями изоляции и «выпадения» из контекста социума в связи с инвалидностью, пребыванием в учреждениях закрытого типа или функционировавших в особых профессиональных группах в течение длительного периода, требует системной информационной поддержки.

Представленные в научной литературе наработки в области изучения и решения отдельных проблем здоровья, трудоустройства, защиты прав военных пенсионеров трудоспособного возраста, однако не охватывают весь спектр вопросов, связанных с процессом ресоциализации такой объемной социально-демографической группы – вне контекста научного интереса, в частности, остается роль семьи в интеграции бывших военнослужащих в «гражданский» социум, особенности их самосохранительного поведения и мотивации к «возвращению» в современное социальное пространство.

Таким образом, несмотря на значительный объем публикаций, посвященных теоретико-методологическим проблемам социализации и ресоциализации, практическим (эмпирически measurable) проблемам субъектов – представителей разных социальных групп, сталкивающихся с необходимостью ресоциализации - существует исследовательский пробел в изучении ключевых

организационных, нормативно-правовых и медико-социальных составляющих процесса «возвращения» военных пенсионеров в гражданский социум.

1.2. Военные пенсионеры трудоспособного возраста как социальная группа: медико-социологическая характеристика

На современном этапе развития российского общества одной из актуальных проблем является подготовка экономики для включения в её сферу социально-демографической группы пенсионного и, одновременно, трудоспособного возраста. Государственная политика на протяжении последних лет направлена на решение этого вопроса: разрабатывается законодательная стратегия, стимулирующая активное долголетие, увеличение продолжительности и повышение качества жизни людей пенсионного возраста [46; 50; 59; 66].

Демографическая ситуация в современной России описывается как кризисная, и во многом связывается со следствиями «демографической ямы» конца XX века, а также проблемами института семьи и пересмотром приоритетов репродуктивных планов современной молодежью, что на фоне старения населения и потерями, связанными с пандемией COVID-19, определяет масштабы сокращения трудовых ресурсов.

Примером может служить такой «быстро стареющий» по медико-демографическим показателям субъект РФ, как Воронежская область, где средний возраст жителей на момент исследования составил 41,9 лет, что на 2,3 года больше, чем по стране, и на 0,5 больше, чем в Центральном федеральном округе (ЦФО) [160]. Кроме того, в регионе наблюдаются относительно высокие показатели старения и смертности населения, особенно мужчин трудоспособного возраста, на фоне низкой рождаемости. В возрастной структуре всё больше преобладает доля пожилых людей. За последние 10 лет численность населения старше трудоспособного возраста увеличилась на 69,2 тыс. человек (12,5%) [160].

Выраженное постарение населения, исключение из трудоспособной части старших возрастных ресурсов и практическое отсутствие новой трудовой смены

ведет к повышению демографической нагрузки на лица трудоспособного возраста, то есть к демографическому дисбалансу.

Указанные особенности обуславливают демографическую политику Воронежской области, нацеленную на повышение воспроизводства населения и стабилизацию его демографической структуры, что, в свою очередь, ожидаемо должно привести в будущем к увеличению доли молодёжи в структуре трудовых ресурсов региона [160].

Однако в настоящее время в Воронежской области, как и в целом по стране, одним из вариантов восполнения трудовых резервов являются молодые пенсионеры трудоспособного возраста – и в этой группе наиболее высококвалифицированным трудовым ресурсом являются военные пенсионеры, обладающие, кроме опыта работы, конкурентными личностными качествами – ответственностью, дисциплинированностью, высокими образовательными и профессиональными характеристиками, управленческим опытом.

К категории активных военных пенсионеров, имеющих в запасе значительные ресурсы, не утративших интерес к жизни и позитивное восприятие трудовой функции, применим парадоксальный термин «молодые старики» (*Yang old*), введенный западными маркетингологами [102]. Гендерный состав данной пенсионной группы отличается подавляющим преобладанием мужчин – 90%, в отличие от других категорий пенсионеров, до трех четвертей которых составляют женщины [153].

Согласно данным исследований, большинство военных пенсионеров готовы к продолжению своей карьеры в «гражданском» сегменте, настроены на профессиональное развитие и освоение новых видов трудовой деятельности (включая получение дополнительного образования / переобучение) - а, учитывая молодой возраст их выхода на пенсию и наличие опыта работы, эта группа пенсионеров является весьма перспективной в части замещения части вакантных должностей во многих отраслях народного хозяйства страны [75; 91; 101].

При этом большинство опрошенных военных пенсионеров – 77,4% – субъективно оценивают уровень своего профессионального мастерства по 9-

ступенчатой шкале (от «начинающего ученика, подмастерья» до «профессионала высокого класса») очень высоко, указывая своё место на одной из трёх верхних ступеней [22, 153]. Такие результаты самооценки указывают на уверенность в собственных силах соискателей, готовность к применению знаний, умений, навыков, которыми обладают молодые военные пенсионеры – что проявляется, в том числе, в бóльшей убежденности в возможности найти работу и мотивированности к трудоустройству представителей изучаемой социальной группы - особенно по сравнению с теми, кто получает другие виды пенсии [175; 182; 193].

Трудовая деятельность вышедших на пенсию военнослужащих является не только важным механизмом пополнения трудовых ресурсов страны, но и возможностью сохранения или повышения уровня жизни военных пенсионеров и их семей, реализации профессиональных навыков и самореализации в гражданской профессии бывших военнослужащих, трансляции их знаний и опыта молодому поколению, обеспечения сохранения социальной активности и включенности в общественные процессы представителей данной социальной группы, расширения их социальных связей [158; 167].

Не только государственные, но и коммерческие организации заинтересованы в привлечении молодых военных пенсионеров в качестве работников. Так, А.С. Алякина и С.В. Ильинский в процессе изучения особенностей личности руководителей коммерческих организаций из числа бывших военнослужащих выявили, что представители этой группы имели низкий уровень тревожности, высокие показатели ответственности и дисциплинированности, при этом они не отличались от других категорий по уровню агрессивности и степени готовности к риску. Учитывая полученные данные о психологических особенностях военных пенсионеров, был сделан вывод о наличии у представителей данной группы конкурентных преимуществ для замещения вакантных руководящих должностей [22].

Наличие пенсионного обеспечения является важной составляющей семейного бюджета – и, тем не менее, не удовлетворяет все потребности семьи

военных пенсионеров. Исследование Г.Б. Кошарной и О.П. Чалых, проведенное в г. Пензе, показывает, что финансовый фактор выступает одним из ключевых в решении вопроса о трудоустройстве военных пенсионеров – одновременно с этим, трудоустройство требует профессиональной адаптации бывших военнослужащих и их реализации в гражданской жизни. При этом авторы отмечают, что большинство респондентов считает военные пенсии достаточно низкими, а 27,0% опрошенных отметили, что после выхода на пенсию им не удалось улучшить свое материальное положение, а 21,0% военных пенсионеров вынуждены были самостоятельно повысить свой уровень образования / квалификации для получения работы [94].

В то же время, военные пенсионеры отмечают улучшение социального самочувствия в некоторых направлениях после увольнения: 16,5% опрошенных улучшили жилищные условия, почти 13,0% получили повышение или подыскали более подходящую работу; каждый десятый (около 10,0%) бывший военнослужащий смог повысить свое материальное благосостояние, 7,0% отметили, что посетили другие страны в рамках туристических поездок, еще 4,5% участников опроса сделали дорогостоящие приобретения, а 1,0% респондентов открыли собственное дело [94].

В целом ощущение своей востребованности на рынке труда, устройство на хорошую работу, стабильное материальное положение обеспечивают военному пенсионеру достаточно высокий уровень удовлетворенности собственной жизнью. Всё это является важным аспектом успешной ресоциализации военных пенсионеров и ухода от маргинальности положения «молодого пенсионера» (то есть промежуточного нахождения между двух социальных групп – молодежи и пенсионеров, характеристики которых не соответствуют параметрам самоидентификации бывших военнослужащих), способствуют повышению у них общего эмоционального фона, снижают уровень стресса, ограничивают переживания, обеспечивают оптимальный психологический комфорт [158]. При этом отмечается, что значительная часть военнослужащих запаса стремится

продолжить трудовую деятельность на государственных предприятиях, так как предпочитает стабильность и гарантированный заработок [158; 167].

При этом чувствуют большую уверенность в настоящем и будущем, и испытывают оптимизм именно работающие пенсионеры – 87,0% из опрошенных. Из пенсионеров, которые иногда подрабатывают, оптимистично настроены только 13,0%. Никто из находящихся на пенсии и не работающих пенсионеров не чувствует уверенность и не испытывает оптимизм в отношении своего будущего [79].

Заметим, что почти 13,0% респондентов-военных пенсионеров связывают возможность адекватного трудоустройства с наличием хорошего образования, которое указывается как значимый фактор жизненного успеха 47,0% продолжающих работать военных пенсионеров. В когорте трудоустроенных военных пенсионеров 17,0% работают руководителями, 28,0% являются специалистами, 36,0% – преподавателями, еще 8,0% занимают должность рабочего, задействованы в качестве охранников 6,0% респондентов, а еще 5,0% развивают собственное дела в рамках предпринимательской деятельности.

В настоящее время для военных пенсионеров созданы специализированные центры по обучению / переподготовке. При этом для увольняемых военнослужащих создаются необходимые условия для прохождения профессиональной переподготовки по гражданским специальностям в военно-образовательных и гражданских учебных заведениях. Однако существующая система деятельности центров по переподготовке и трудоустройству на сегодняшний день не обеспечивает военных пенсионеров востребованными профессиями и нужными квалификациями в регионе проживания, что не способствует оптимальной ресоциализации данной социальной группы. Кроме того, треть опрошенных не имеет представления о деятельности таких центров переподготовки граждан, уволенных с военной службы [11; 169].

К проблемам обеспечения военных пенсионеров медицинской помощью исследователи относят: недостаточный объем лекарственных средств, выделяемый для лечения в ведомственных аптеках, отсутствие четкой системы,

регламентирующей лекарственное обеспечение военных пенсионеров, проживающих в отдалении от ведомственных аптек, отсутствие врачей-гериатров в системе военных лечебно-профилактических учреждений и др. Всё это негативно отражается на состоянии здоровья и качестве жизни военных пенсионеров, отрицательно влияет на их психологический статус и приводит к снижению социальной активности [94; 175].

Эти неблагоприятные аспекты подтверждаются результатами опроса военных пенсионеров и членов их семей, реализованном А.В. Кирилловым. Указанное исследование было направлено на оценку системы реализации гарантий, прав и льгот для военных пенсионеров, предусмотренных действующим законодательством, и позволило выявить ключевые проблемы в этом направлении. Большинство участников опроса (57,2%) считают, что законодательно закрепленные меры поддержки бывших военнослужащих на практике исполняются только частично, каждый пятый респондент (20,6%) указывает, что гарантии и льготы для военных пенсионеров совершенно не предоставляются фактически – несмотря на их законодательное закрепление. Тем не менее, 17,0% участников данного исследования отмечают, что они обеспечены льготами в полном объеме и все предусмотренные гарантии и права реализованы своевременно. Еще 5,2% респондентов затруднились ответить на этот вопрос [81].

Кроме того, более трети респондентов (34,2%) негативно оценивают полноту реализации нормативных актов, регулирующих медицинское обслуживание военных пенсионеров. При этом в структуре ежемесячных расходов данной социальной группы траты на лечение составляют 14,1% бюджета, что занимает второе место после расходов на питание (35,8%). Это указывает на актуальность и потенциальную востребованность действенных правовых льгот и гарантий в области медицинского обеспечения в группе бывших военнослужащих [81].

Безусловно, необходимость льготного медицинского обеспечения связана с частотой обращения военных пенсионеров за платными медицинскими услугами – например, стоматологические виды медицинской помощи требуют больших

материальных затрат, которые многие военные пенсионеры не могут позволить. При этом несмотря на то, что большинство участников опроса – 87,7% – оценили своё материальное положение как удовлетворительное, уровень их жизни и жизни их семьи, преимущественно, базируется на пенсионном обеспечении. Так, согласно данным репрезентативных исследований, в качестве основных источников дохода 66,3% респондентов указывают пенсию, четверть опрошенных (25,7%) – зарплату и пенсию, еще 4,3% участников исследований – зарплату, а 3,3% представителей социальной группы военных пенсионеров – зарплату и дополнительные подработки [28].

Отмечается, что у военнослужащих-участников боевых действий и уволенных в запас отмечается повышенный уровень психологического дискомфорта, склонность к конфликтным проявлениям, тревожность. Наличие психосоматических заболеваний, психических травм, боевых ранений ведет к длительному ухудшению психологического состояния представителей данной социальной группы, негативно сказывается на возможности их адаптации к социальной действительности, процессе перехода к условиям гражданской жизни [153].

Серьезным препятствием для самореализации бывших военнослужащих в трудовой сфере, выступает фактор «растраченного» здоровья. Военная служба характеризуется наличием определенного риска, сопряжена с физическими и психологическими нагрузками, что может негативно сказаться на состоянии здоровья военнослужащих в дальнейшем [73; 109]. Так, у 40,0% обследованных военных пенсионеров выявляются симптомы хронической эмоциональной и физической усталости, нервного перевозбуждения, у 80,0% респондентов этой группы обнаружено скрытое нарушение вегетативного регулирования, и только у 20,0% бывших военнослужащих саморегуляция соответствовала нормальным показателям [26].

Стрессовой ситуацией для военнослужащих и членов их семей является и сам факт увольнения с военной службы. Это повышает общее эмоциональное напряжение в связи с потерей прежнего статуса и вызывает потребность

обращения за психологической консультацией в специальные службы психологической реабилитации и социальной поддержки.

Например, в 2014 году 42,0% такого рода обращений бывших военнослужащих были связаны с психологическими проблемами из-за семейных конфликтов; поводом для 23,0% консультаций были острое чувство одиночества у молодых военных пенсионеров, тревожности из-за сложностей дальнейшего самоопределения, страха за своё будущее [76; 132]. Однако психологическая помощь, которую могут оказать социальные работники семьям уволенных офицеров на региональных уровнях, в центрах занятости, комитетах социальной защиты обычно недостаточно эффективна – и, во многих случаях, прежде всего – из-за позднего обращения военных пенсионеров за помощью специалистов-психологов или нежелания быть активным участником терапевтического процесса [97; 101].

Тем не менее, исследования последних лет показывают, что 42,0% опрошенных военных пенсионеров всех возрастов оптимистично настроены и с уверенностью смотрят в будущее. В возрастной категории 40-45 лет испытывают оптимизм и активность 64,0% респондентов, тогда как 14,0% указывают, что чувствуют раздражительность и нервозность, а еще 7,0% – тревожность и неуверенность в будущем [175].

Наряду с психологическими трудностями социальной адаптации, все военные пенсионеры также подвержены различным соматическим заболеваниям [55; 168]. Рейтинг распространённости этих заболеваний выглядит так: заболевания системы кровообращения составляют 32,0%; отравления, травмы и другие последствия внешних причин – 18,2%; новообразования – 17,4%; психосоматические заболевания – 7,6%; патология эндокринной системы – 7,2%, нервной системы – 6,7%, опорно-двигательного аппарата – 6,3%, пищеварительной системы – 5,8% (Рисунок 1).

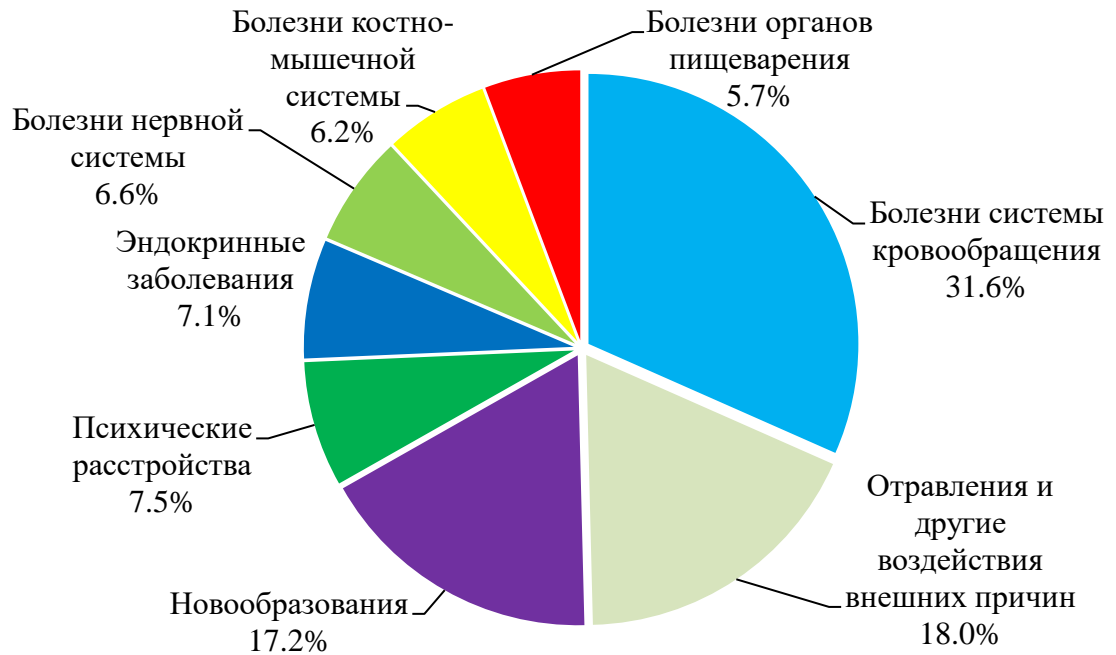


Рисунок 1 – Заболеваемость в группе военных пенсионеров в России (%)

Отмечается, что хронические заболевания в группе «молодых» военных пенсионеров встречаются реже, чем у вышедших на пенсию по возрасту гражданских лиц, но у бывших военнослужащих, как и у гражданских пенсионеров, наблюдается отягощенность основного хронического заболевания множественной сопутствующей патологией [55; 123; 132].

Исследования показывают, что трудоустроенные военные пенсионеры имеют меньше заболеваний, чем неработающие: у первых среднее число имеющихся заболеваний составляет 1,9, тогда как у вторых – 2,1. Наряду с этим, в последние годы в Российской Федерации отмечается рост позитивных настроений военнослужащих запаса, и улучшение их медицинских показателей: так, 48,8% респондентов оценили свое здоровье как «хорошее для своего возраста». За последнее десятилетие в полтора раза снизился удельный вес лиц, чье здоровье характеризуется ими как «плохое» и «очень плохое» (на основе самооценки) [155].

Интересно, что среднее число заболеваний у состоящих в браке военных пенсионеров достоверно меньше, нежели у одиноких военнослужащих, уволенных в запас [97]. Принимая во внимание, что подавляющее большинство российских военных пенсионеров (93,0%) состоит в браке, этот фактор является обнадеживающим в прогнозах сохранения здоровья бывших военнослужащих.

Социальная группа военных пенсионеров трудоспособного возраста – «молодые старики» (*Yang old*) в терминологии западного маркетинга – имеет ряд особенностей: прежде всего, это гендерное преобладание мужчин в группе, мотивированность на продолжение трудовой активности, наличие социальных, личностных и физических ресурсов для развития и повышения квалификации, получения дополнительного образования и даже переобучения, кардинальной смены сферы деятельности – что воспринимается бывшими военнослужащими как фактор жизненного успеха. Трудовая деятельность для представителей данной социальной группы выступает, прежде всего, показателем их востребованности (подтверждением значимости их социального опыта), социального статуса (идентификации с новым статусом и ухода от маргинальности положения молодого пенсионера), стабильности их материального положения, а также дает основания для оптимистического представления о будущем. Кроме того, включенность молодых военных пенсионеров в трудовые отношения благоприятно влияет на их самочувствие и социальную активность.

Тем не менее, одним из барьеров для самореализации бывших военнослужащих в трудовой сфере является наличие хронической патологии – зачастую вследствие боевых травм, высокого уровня физической и стрессовой нагрузки, хронической усталости. Указанные особенности здоровья военных пенсионеров в ряде случаев также могут сопровождаться повышенным уровнем психологического дискомфорта, склонностью к конфликтным проявлениям, сложностям адаптации представителей данной социальной группы к новым условиям «гражданского» общества.

Во многом, решение проблем, связанных со здоровьем бывших военнослужащих, сопряжено с реализацией законодательно закрепленных мер социальной поддержки военных пенсионеров – в частности, недостаточная эффективность системы лекарственного обеспечения и неоптимальное предоставление медицинских услуг в системе военных лечебно-профилактических учреждений могут негативно отражаться на показателях здоровья и качестве жизни бывших военнослужащих, обуславливая снижение их социальной и трудовой активности.

1.3. Нормативно-правовое обеспечение процесса ресоциализации военных пенсионеров: медико-социологический аспект

Нормативно-правовые акты РФ и государственные программы призваны регулировать основные аспекты жизни военнослужащих и членов их семей после выхода на пенсию и направлены на их социальную адаптацию и интеграцию в общественные процессы [3; 4; 6; 9; 14; 15]. Указанные нормативно-правовые основы регламентируют материальное положение, медицинское обеспечение, льготы по переобучению, трудоустройство, льготы для членов семей военных пенсионеров.

Основным документом, регламентирующим вопросы военной службы и порядок предоставления льгот при увольнении, является Федеральный закон от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ (в ред. от 02.12.2019) «О статусе военнослужащих» [12]. Закон предусматривает ряд льгот и субсидий (перечень льгот формируется в зависимости от стажа службы), призванных помочь военным пенсионерам адаптироваться к новым условиям «гражданской» жизни, и направлен на оптимизацию траекторий ресоциализации данной социальной группы граждан. Основные группы этих льгот включают:

1. Налоговые льготы, предусматривающие освобождение от налога одного объекта недвижимости, находящегося в собственности, и пенсионных выплат; уменьшение или полное освобождение от налога на землю; освобождение от

госпошлины при подаче исковых заявлений; оплату транспортного налога (этот пункт дополнительно регулируется региональным законодательством).

2. Субсидии по оплате жилищно-коммунальных услуг и транспорта (определяются региональной властью). В зависимости от региона, проезд в транспорте для военных пенсионеров может быть бесплатным, частично-оплачиваемым или предоставляться по льготным билетам.

3. Льготы для членов семьи военнослужащего, вышедшего на пенсию, предусматривают право первоочередного поступления детей в дошкольные и школьные учреждения. В случае гибели бывшего военнослужащего, предусмотрено получение пенсии по потере кормильца и наследование средств накопительного ипотечного счета в полной мере.

В соответствии с Постановлением правительства РФ от 22 сентября 1993 г. № 941 граждане, имеющие более 20 лет стажа военной службы, имеют право на получение военной пенсии. Размер пенсионных выплат зависит от выслуги лет, воинского звания, опыта службы в регионах со сложной оперативной обстановкой или в условиях военных конфликтов и ряда других показателей.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ (в ред. от 03.08.2018г.) «О воинской обязанности и военной службе» предельный возраст пребывания на воинской службе зависит от воинского звания военнослужащего. Максимальный возраст пребывания на службе для военнослужащих в звании маршала, генерала армии, адмирала флота, генерал-полковника, адмирала составляет 65 лет; для генерал-лейтенанта, вице-адмирала, генерал-майора, контр-адмирала – 60 лет; для полковника, капитана 1 ранга – 55 лет; военнослужащие, имеющие иное воинское звание, выходят на пенсию по достижении 50 лет [12].

В рамках нашего исследования мы сфокусировались на **льготах по трудоустройству и медицинских льготах** для военных пенсионеров. Именно они призваны, главным образом, решать проблему социальной адаптации, ресоциализации. В число таких льгот входят: право на первоочередное занятие вакансий при постановке на учет на рынке труда; право на первоочередное

предоставление рабочего места с учетом имеющейся специальности в государственных организациях; право на сохранения рабочего места при сокращении штата и другие.

Для преодоления трудностей, с которыми могут столкнуться военные пенсионеры **при устройстве на работу**, принимаются и реализуются законы, способствующие переподготовке и дальнейшему трудоустройству военных пенсионеров с позиции дифференцированного подхода к представителям разных категорий бывших военнослужащих. Так, государство предоставляет военнослужащим право на бесплатное получение новых гражданских профессий. Уделяет внимание контролю и модернизации профессиональной переподготовке военнослужащих перед увольнением в запас, а также создаются специальные службы и учебные центры повышения квалификации [2; 4; 6].

В рамках решения упомянутых выше задач Федеральный закон РФ «О статусе военнослужащих» устанавливает право увольняемых военнослужащих на бесплатную переподготовку по одной из гражданских специальностей на последнем году службы (пункт 4 статьи 19). Для этого создаются специальные учебные центры на базе учебных организаций, районных военкоматов, военных вузов, в которых проводится переобучение будущих военных пенсионеров по различным направлениям подготовки [2]. По данным на 1 января 2021 года 24 таких Центра входят в перечень военных образовательных организаций высшего образования Министерства обороны Российской Федерации, осуществляющих профессиональную переподготовку военнослужащих по одной из гражданских специальностей [4; 6].

Одним из таких центров, является военно-учебный центр Военно-воздушных сил «Военно-воздушная академия имени Н.Е Жуковского и Ю.А. Гагарина» в г. Воронеже, в котором проводится переподготовка кадров по специальностям «управление персоналом», «комплексное обеспечение информационной безопасности», «обслуживание электронно-вычислительной техники» и «энергообеспечение производства». Набор осуществляется в группы по 15 человек, ежегодно, в среднем, выпускается до 90 специалистов. Перечень

специальностей, рекомендуемых для освоения, укомплектованность групп и ежегодное количество курсов регламентируются приказами министерства обороны РФ.

Однако дипломы о переподготовке вузов военного ведомства в гражданской сфере не всегда востребованы (казус отсутствия аванса доверия имеющемуся «военному» диплому), хотя формально и являются документом общегосударственного образца. В этой ситуации уволенные военнослужащие при поступлении на «гражданскую» работу вынуждены решать вопросы предвзятого отношения к уровню своего образования (переподготовки, дополнительного образования) самостоятельно, доступными для них средствами.

Постановление Правительства РФ от 21 мая 2012 г. № 501 «О проведении в 2012-2014 гг. эксперимента по обучению уволенных военнослужащих на основе предоставления ГИОС» является экспериментальным проектом создания комплексной правовой базы для переобучения бывших военнослужащих с целью их оптимальной адаптации после увольнения из армии. В рамках осуществления этого эксперимента более двух тысяч военнослужащих получили государственные именные образовательные сертификаты на обучение в учреждениях министерства образования и науки РФ. Критерием отбора кандидатов для переобучения являлись: период военной службы не менее пяти лет (без учета обучения в высших военных учебных учреждениях) и наличие у кандидата высшего или среднего профессионального образования [10; 162].

Однако указанный эксперимент целесообразно было бы расширить в части дальнейшего сопровождения военнослужащих, освоивших программы обучения и получивших дипломы, и предоставления им, например, квот на трудоустройство или приоритета / преимуществ при предоставлении вакансий / рабочих мест.

В этой связи особый интерес в вопросах трудоустройства военнослужащих после увольнения представляет опыт зарубежных стран, который может быть адаптирован и использован для решения вопроса о продолжении трудовой деятельности российских военных пенсионеров.

Например, *в США* в течение нескольких десятилетий разрабатывались законы и реализовывались социальные программы для помощи военнослужащим после увольнения из армии в получении образования (переобучении) и трудоустройстве. Так, государством регламентирован приоритет первоочередного трудоустройства на государственную службу и в правительственные организации для бывших военнослужащих-участников боевых действий или имеющих правительственные награды. Кроме того, на законодательном уровне определен порядок внеочередного трудоустройства членов семей бывших военнослужащих, ограниченный сроком в шесть месяцев с момента увольнения из армии [49; 132].

Социальные программы *Veterans Employment and Training Service (VETS)* и *VRAP (Veterans Retraining Assistance Program)* предназначены для трудоустройства ветеранов военной службы с возможностью переобучения. Они предполагают обучение, по итогам которого выпускники получают сертификат или диплом колледжа по актуальной специальности, и в дальнейшем их сопровождают специалисты, оказывающие содействие в трудоустройстве и защите прав военных пенсионеров.

В Великобритании проводится социальная работа с военнослужащими, которая начинается за два года до выхода на пенсию, при этом на собеседовании учитывается их пожелания в выборе сферы трудовой деятельности. Военнослужащие и члены их семей также имеют право пройти переобучение в учебных центрах Королевского британского легиона. После завершения карьеры в армии военные пенсионеры получают поддержку в рамках государственных программ, которые регламентируют оказание помощи, предусматривают меры по содействию в получении работы, оплату расходов на переезд к новому месту жительства в связи с новой должностью, поощрение работодателей по месту трудоустройства военных пенсионеров [132].

В ФРГ военнослужащие имеют право на освоение новой гражданской профессии. Эта возможность регламентирована Федеральным законом, в соответствии с которым возможно, как завершить незаконченное профессиональное образование, так и обучиться в средних или высших учебных

заведениях страны по выбранному направлению профессиональной переподготовки [132].

Законодательство *Японии* регламентирует переобучение по гражданским специальностям ещё в период прохождения военной службы, и предусматривает возможность выбора специальности. В структурах военных штабов страны существуют специальные ведомственные службы для обеспечения комплексной ресоциализации военнослужащих после увольнения [20; 113].

Таким образом, ключевыми направлениями в сфере трудовой ресоциализации военных пенсионеров в западной практике являются:

- обеспечение возможности обучения и переобучения по востребованным специальностям в период службы;
- включение в программы дополнительного образования / переобучения не только военнослужащих, но и членов их семей;
- проведение длительной психологической подготовки военнослужащих к ресоциализации в современном социуме после выхода на пенсию;
- закрепление мер по стимулированию работодателей, предоставляющих трудовые места военнослужащим после их увольнения из армии.

Можно отметить, что данный комплекс мер может быть успешно реализован и в Российской Федерации. При этом отдельные предложения о необходимости включения психологической помощи для военных пенсионеров в комплекс мер социальной поддержки в настоящее время уже представлены в отечественных публикациях [173; 205; 223].

В целом, для оптимизации процесса ресоциализации военных пенсионеров, безусловно, нужны меры широкого спектра – как материального, так и социального, организационного, правового характера, а также комплекса мер в рамках медицинского обеспечения и психологической поддержки или сопровождения военных пенсионеров.

В настоящее время медицинское обеспечение военных пенсионеров в Российской Федерации предусматривает:

1. Предоставление дополнительных выплат для военнослужащих, получивших заболевание в период первых трех месяцев после увольнения;

2. Реализация льгот для членов семей военных пенсионеров – детей, супругов, иждивенцев – включая: предоставление родственникам первой линии путевок в санаторно-курортные организации с оплатой 50% ее стоимости и бесплатных билетов на транспорт для проезда на место отдыха и санаторно-курортного лечения.

3. Медицинские льготы для самих военных пенсионеров – включая: бесплатное ежегодное медицинское обследование (диспансеризацию), бесплатное протезирование зубов и др. Эти задачи преимущественно решают медицинские учреждения в составе министерства обороны РФ – среди которых в настоящий момент 269 амбулаторно-поликлинических учреждений, 83 центра Госсанэпиднадзора, 95 стационарных подразделений [10].

4. Важной составляющей в поддержании здоровья военных пенсионеров является санаторно-курортная система. В распоряжении Министерства обороны РФ имеется 14 военно-медицинских учреждений со 173 амбулаторно-поликлиническими подразделениями, а также 143 подразделения стационарного типа, 33 военных санатория, 5 домов отдыха, 5 баз (центров) отдыха, которые могут одновременно принимать до 14,5 тыс. отдыхающих. Указанные организации осуществляют медицинское обеспечение прикрепленного контингента: военнослужащих, военных пенсионеров, членов их семей, гражданского персонала военных организаций [48; 67; 95; 180].

Решение о выделении путевок в ведомственные санатории и дома отдыха принимается на основании совместного заключения территориальных органов безопасности и медицинской службы силовых ведомств. Военным пенсионерам для получения путёвки необходимо предоставить заявление, составленное в произвольной форме, с определением места лечения или отдыха. К оформленному заявлению должна быть приложена медицинская справка, определяющая наличие показаний к лечению или отсутствие противопоказаний. В работе заседания санаторно-отборочной комиссии, осуществляющей

рассмотрение заявок на распределение путевок, принимают участие и сотрудники пенсионного отдела, и в протоколе заседания фиксируется решение отборочной комиссии о предоставлении путёвки [12].

5. Важнейшей частью медицинского обеспечения и одним из направлений сохранения здоровья военнослужащих и военных пенсионеров Российской Федерации является лекарственное обеспечение. В настоящее время примерно 2 млн. человек, получающих амбулаторно-поликлиническую помощь в военных лечебно-профилактических учреждениях, имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами. Военные пенсионеры получают лекарственные препараты в аптеках ведомственных лечебных учреждений. Препараты в рецептурном бланке указываются по действующему веществу, при этом пациенту не предоставляется право самостоятельно сделать выбор между оригинальным препаратом и дженериком [30; 143].

В целом, с учетом демографических и психологических особенностей данной социальной группы, медицинское обеспечение военных пенсионеров можно считать соответствующим их потребностям. В то же время отмечаются определённые сложности в лекарственном обеспечении военных пенсионеров, проживающих в отдалённых населённых пунктах – преимущественно, эти сложности связаны с отсутствием военно-медицинских учреждений в отдалённых районах [108]. Поэтому гарантированные законом альтернативные возможности для военных пенсионеров приобретения или заказа лекарственных средств могут способствовать улучшению показателей здоровья и общего позитивного настроения в этой социальной группе [111].

Основные выводы по материалам Главы 1:

Современная демографическая ситуация в России обуславливает центрирование фокуса внимания государства на возможностях вовлечения такой перспективной социально-демографической группы как военные пенсионеры трудоспособного возраста в социально-трудовые процессы и восполнения

дефицита трудовых ресурсов в различных отраслях народного хозяйства – что актуализирует оптимизацию процессов ресоциализации военных пенсионеров в современном российском социуме.

Анализ научной литературы показывает, что социальная группа военных пенсионеров трудоспособного возраста имеет ряд особенностей (гендерное преобладание мужчин в группе, «молодой» пенсионный возраст, особые характеристики личности «военного» типа, мотивированность на продолжение трудовой активности, наличие социальных, личностных и физических ресурсов для развития) – которые выступают потенциальными ресурсами для полноценной ресоциализации исследуемой группы в гражданском социуме.

Отмечается, что одним из основных каналов «возвращения» (ресоциализации) военных пенсионеров является их трудовая деятельность. С одной стороны, интеграция молодых пенсионеров из числа бывших военнослужащих в трудовые процессы способствует решению государственных задач кадрового дефицита, а с другой - является для представителей данной социальной группы возможностью сохранения социального статуса, повышения уровня жизни, профессиональной самореализации, обеспечения сохранения социальной активности. Кроме того, «переход» в новую социальную действительность «гражданского» общества для военных пенсионеров сопряжен с маргинализацией (промежуточным состоянием, размытостью идентификации) их социального статуса, а включенность молодых военных пенсионеров в трудовые отношения оказывает положительное влияние на их психоэмоциональное состояние и показатели здоровья.

Ключевым условием успешной ресоциализации военных пенсионеров признается удовлетворительное состояние их здоровья, которое определяет возможности их самореализации в трудовой сфере. При сохранении, в целом, хорошего состояния здоровья, у большинства военных пенсионеров отмечается наличие хронической патологии, связанной со службой в армии. Указанные особенности здоровья в ряде случаев также могут сопровождаться повышенным уровнем психологического дискомфорта, склонностью к конфликтным

проявлениям, сложностям адаптации военных пенсионеров к новым условиям «гражданского» общества.

В этой связи изученный опыт зарубежных стран по реализации программ длительной психологической подготовки, переобучения «гражданской» специальности с учетом предпочтений военнослужащих перед их увольнением, а также содействия (сопровождения) военным пенсионерам в трудоустройстве представляется перспективным для внедрения в российскую практику (с учетом адаптации к условиям современного российского социума).

В России для обеспечения успешного жизнеустройства военных пенсионеров в современном обществе предусмотрен комплекс законодательно закрепленных мер социальной поддержки. Так, нормативно-правовое обеспечение процесса ресоциализации военных пенсионеров предусматривает выплаты военных пенсий, ряд льгот в сфере трудоустройства и медицинского обеспечения, создание программ профессиональной переподготовки. Однако в настоящее время существует объективная потребность в совершенствовании организационных составляющих в реализации указанных мер – в частности, отмечается недостаточная эффективность системы лекарственного обеспечения и неоптимальное предоставление медицинских услуг в системе военных лечебно-профилактических учреждений, ограничение возможности выбора специальности в ведомственных центрах по переподготовке военнослужащих.

В целом, анализ литературных источников показал, что теоретико-методологическое осмысление и прикладные исследования процессов ресоциализации военных пенсионеров, преимущественно, центрируются на отдельных показателях ресурсного обеспечения указанной социальной группы (изучение и решение отдельных проблем здоровья, трудоустройства, защиты прав военных пенсионеров трудоспособного возраста), однако не охватывают весь спектр вопросов, связанных с процессом ресоциализации такой объемной социально-демографической группы – что требует совершенствования организационных, медико-социальных, нормативно-правовых, экономических, информационных и иных мер социальной поддержки военных пенсионеров и

членов их семей.

В этой связи актуальным представляется системное изучение всего спектра проблем ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста с целью оптимизации процесса «возвращения» военных пенсионеров в гражданский социум.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Методология и этапы исследования

Настоящее исследование проведено с применением классических социологических методов, которые предусматривают решение поставленных задач: определения особенностей нового социально-демографического статуса исследуемой группы, определение показателей качества жизни и создание на их основе обобщенного портрета пациента – военного пенсионера в период ресоциализации.

В диссертационном исследовании разработаны и осуществлены три медико-социологических направления исследования с применением комплекса методов, ориентированных на изучение проблем ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста в современном социуме.

Направления исследования:

1. Изучение медико-социального статуса военных пенсионеров и конструирование социального портрета современного военного пенсионера трудоспособного возраста;
2. Прогнозирование степени комплаентности при амбулаторном лечении военных пенсионеров с помощью построения математической модели;
3. Изучение качества жизни и особенностей самосохранительного поведения бывших военнослужащих.

Исследование было проведено в период с 2016 по 2020 годы. Каждое из направлений имело свою программу исследования.

Дизайн исследования:

Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет).

Базы исследования:

1. Поликлиника медико-санитарной части 02526 города Воронежа; поликлиника №1 Федерального Государственного Казенного Учреждения Министерств Обороны.

2. Ветеранские организации города Воронежа: Воронежское отделение всероссийской общественной организации ветеранов войны, труда, вооруженных сил и правоохранительных органов, воронежский региональный благотворительный фонд содействия социальной защите и ветеранов Министерства внутренних дел РФ, Федеральной службы безопасности, Министерства обороны РФ и Прокуратуры РФ.

Респонденты были отобраны по следующим критериям рекрутинга:

- факт принадлежности к социальной группе (наличие военного пенсионного свидетельства, мужской пол, возраст до 65 лет);
- факт увольнения с воинской службы не более пяти лет назад;
- изъявление согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- женский пол;
- возраст старше 65 лет;
- факт увольнения с воинской службы более пяти лет назад;
- отказ от участия в исследовании;
- наличие инвалидности.

Исследование проводилось в 5 этапов (таблица 1)

На первом этапе проводился анализ литературных источников и законодательных актов, отражающих следующие аспекты:

- процесс ресоциализации в различных социальных группах;
- состояние здоровья бывших военнослужащих;
- социальные и медицинские льготы, предоставляемые военным пенсионерам в Российской Федерации;
- зарубежный опыт ресоциализации бывших военнослужащих.

На втором этапе была разработана программа исследования: обоснованы проблемы, поставлены цели, определен объект, предмет, сформулированы

гипотезы и задачи исследования, определены методы, инструментарий для сбора информации. Для разработки и осуществления программы обобщенного медико-социологического исследования социальной группы военных пенсионеров трудоспособного возраста был применен ряд методик: выборочный опрос, анкетирование и интервьюирование, полевое и пилотажное исследование, аналитический и статистический методы.

На третьем этапе проведен сбор первичной социологической информации по разработанному алгоритму с применением конкретных методов и инструментария. Для сбора информации автором применялись контент-анализ, анкетирование, интервьюирование, фокус-группа.

На четвертом этапе проводилась обработка, систематизация, анализ полученного исследовательского материала и его интерпретация, определение направлений медико-социальной помощи военным пенсионерам.

На пятом этапе были разработаны научно-обоснованные медико-социологические рекомендации для оптимизации процесса ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста.

Анкетирование и интервьюирование военных пенсионеров военных пенсионеров проводилось с применением трех видов анкет (приложение Г, Д, Е). Опросники заполнялись респондентами собственноручно, а также интервьюером со слов респондентов. В процессе отбора единиц наблюдения среди военных пенсионеров был использован гнездовой (случайно отбирались военные пенсионеры, проходившие службу в различных ведомствах).

1. Для осуществления первого из выбранных направлений исследования, включающего изучение медико-социального статуса военных пенсионеров и конструирование социального портрета современного военного пенсионера трудоспособного возраста, была сформирована основная выборка ($n = 413$).

Определение и обоснование выборки исследования: выборку основного исследования составили военные пенсионеры трудоспособного возраста (до 65 лет), уволенные с военной службы не более пяти лет назад. Гендерный состав

выборки был сформирован, исходя из того, что до 90% военных пенсионеров составляют лица мужского пола [153]. Кроме того, у мужчин процесс адаптации протекает сложнее, чаще отмечается антисоциальные расстройства поведения и эпизоды злоупотребления алкоголем, при этом к помощи врачей и психологов они прибегают гораздо реже, в отличие от женщин, которые чаще обращаются за помощью специалистов [189]. Учитывая данные особенности, исследование процесса ресоциализации является наиболее актуальным именно у этой социальной группы.

За генеральную совокупность принято общее количество военных пенсионеров трудоспособного возраста в Воронежской области, которое составляет в среднем, по различным данным около 3600 [259].

Минимальный объем выборочной статистической совокупности (количественная репрезентативность), необходимый получения достоверных данных, рассчитывался по нескольким методикам.

Можно использовать универсальную формулу (1) расчета выборки:

$$n = \frac{t^2 \times S^2}{\Delta^2} \quad (1)$$

где t – квантиль распределения Стьюдента, зависящий от объема генеральной совокупности и доверительной вероятности (определяется по таблице, в данном случае $t = 1,96$);

S – среднеквадратичное отклонение (так как оно неизвестно, используется максимальное значение 0,5);

Δ – относительная ошибка выборки.

Отсюда следует, что предварительно оцениваемый объем выборки (по формуле) при заданных параметрах: $n = 384$.

Однако, исходя из объема известной генеральной совокупности составляющей 3600 человек, необходимое количество наблюдений можно вычислить по формуле (2):

$$n = \frac{\frac{Z^2 pq}{\Delta^2}}{\frac{Z^2 pq - 1}{1 + \frac{\Delta^2}{N}}} \quad (2)$$

Z – коэффициент, зависящий от выбранного доверительного уровня (в нашем исследовании применялся доверительный уровень равный 95%, ему соответствует значение $Z = 1,96$).

N – объем генеральной совокупности (3600 человек);

p – доля респондентов с наличием исследуемого признака (50%)

$q = 1 - p$ – доля респондентов, у которых исследуемый признак отсутствует;

Δ – предельная ошибка выборки (5%)

n – объем выборки.

$$\frac{\frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2}}{1 + \frac{0,05^2}{3600}} = 349$$

При расчете выборки для указанной генеральной совокупности достаточным объем выборки должен составлять не менее, чем 349 единиц наблюдения.

Для определения необходимого количества единиц выборки применена методика расчета по формуле (3):

$$n = t^2 S^2 N / (\Delta^2 N + t^2 S^2) \quad (3)$$

где:

n – искомая величина (объем) выборки;

N – величина генеральной совокупности (3600);

S – выборочная дисперсия (0,5);

t – коэффициент доверия (точность), проверяемая с помощью таблицы (1,96);

$\Delta = 5\%$.

В случае доверительной вероятности 0,95 ошибка выборки должна составлять не более пяти процентов. Табличное значение t , равное 1,96, определяется по таблицам распределения Стьюдента.

Таким образом, параметры представлены в виде формулы (4):

$$n = 1,96^2 0,5^2 3600 / (0,005^2 36000 + 1,96^2 0,5^2) = 347 \quad (4)$$

Исходя из приведенных выше расчетов, необходимая выборка должна составлять не менее 400 человек.

По причинам увольнения с военной службы контингент исследуемой выборки был распределен следующим образом: по достижению предельного возраста пребывания на военной службе $n = 283$ (281%), по состоянию здоровья (в связи с признанием его военно-врачебной комиссией не годным к военной службе) $n = 61$ (14,6%), по окончанию контракта $n = 49$ (11,8%), в связи с организационно-штатными мероприятиями $n = 12$ (2,9%), в связи с прочими причинами $n = 8$ (1,9%).

Таблица 1 – Характеристика выборки военных пенсионеров по возрастным группам, воинскому званию и причинам увольнения с военной службы (% , человек)

Исследуемая выборка	Абсолютное число (n)	Доли (%)
Всего респондентов	413	100
По возрастным критериям, согласно классификации ВОЗ		
Молодые (41-44 года)	25	6,0
Среднего возраста (45-59 лет)	337	81,6
Пожилые (60-65 лет)	51	12,3
По возрастным критериям с учетом возможного «кризиса среднего возраста»		
До 50 лет	116	28
Старше 50 лет	297	72
Согласно воинским званиям, при выходе на пенсию		
Генералы	2	0,5
Старшие офицеры	315	76,0
Младшие офицеры	27	6,5
Прапорщики	51	12,3
Сержанты	11	2,6

Продолжение Таблицы 1

Исследуемая выборка	Абсолютное число (n)	Доли (%)
Согласно воинским званиям, при выходе на пенсию		
Старшины	4	0,9
Рядовые	3	0,7
По причинам увольнения с военной службы		
По достижению предельного возраста пребывания на военной службе	283	68,5
По состоянию здоровья	61	14,6
В связи с окончанием контракта	49	11,8
В связи с организационно-штатными мероприятиями	12	2,9
По другим причинам	8	1,9

Полученные данные ($n = 413$) как количественно, так и качественно отражают свойства генеральной совокупности, выборка является достоверной и репрезентативной.

В ходе исследования были определены основные направления изучения ресоциализации военных пенсионеров г. Воронежа: здоровье, семья, трудовая занятость. Анкета для изучения особенностей ресоциализации военных пенсионеров в данных сферах (Приложение Б) включала 28 вопросов, разбитых на три блока, в соответствии с исследуемыми параметрами. В анкете представлены вопросы с учетом динамики условий жизни во время нахождения на военной службе и после увольнения в запас.

Первый блок включал общие социально-демографические данные респондентов (возраст, наличие образования и др.), во втором блоке содержались вопросы, касающиеся проблем здоровья и мотивов его поддержания участников опроса (соответствие жилья рекомендуемым нормативам, физическая активность, табакокурение, мотивы, побуждающие к вредным и полезным привычкам и др.); в третьем блоке – вопросы о трудовой занятости и социальной активности военных пенсионеров (наличие трудовой занятости, инструменты поиска работы и др.).

В рамках комплексного исследования медико-социального статуса военных пенсионеров, уволенных с военной службы не более пяти лет назад, были проведены два фокус-групповых исследования (Приложение А, Б, В).

Реализация фокус-групповых исследований ($n = 14$) была выполнена в 2019-2021 гг. на базе Института социальных наук Сеченовского университета (приложение А-В).

Метод исследования – фокус-группа №1 ($n = 9$) военных пенсионеров г. Воронежа. Дата проведения фокус-группы №1 – 26.08.2019 г.

Место проведения фокус-группы – г. Воронеж.

Дата проведения фокус-группы №2 ($n = 5$) – 12.02.2021 г.

Место проведения фокус-группы: г. Воронеж.

В состав фокус-групп вошли представители различных силовых структур (МВД, ФСБ, МО), в том числе ветераны боевых действий, вышедших на пенсию не более пяти лет назад. Единица наблюдения – военный пенсионер мужского пола, трудоспособного возраста от 46 до 57 лет. В рамках фокус-групповых исследований выделено два основных вектора беседы, один из которых касался социальной составляющей жизни (отношения в семье, проблемы поиска работы и др.), второй – медицинским аспектам (медицинское обеспечение, отношение к вопросам поддержания собственного здоровья и др.).

2. Для определения отношения к профилактическим и лечебным мероприятиям при заболевании острыми респираторными инфекциями, а также прогнозирования степени комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных заболеваний у военных пенсионеров проведено анкетирование в 2017-2020 гг. ($n = 150$). Выборка состояла из пациентов-военных пенсионеров трудоспособного возраста, обращавшихся в лечебно-профилактические учреждения с симптомами острого респираторного заболевания.

Исследование было выполнено по разработанной анкете, включающей 27 вопросов, разбитых на 3 блока (Приложение Д).

Вопросы первого блока относились к социально-демографическим характеристикам: возраст, семейное положение, образование, наличие детей, внуков.

Вопросы второго блока касались образа жизни, влияющего на здоровье: наличие вредных привычек, занятие спортом, наличие хронических заболеваний.

Вопросы третьего блока раскрывали особенности отношения военных пенсионеров к лечению и профилактике гриппа и острых респираторных заболеваний, вакцинации, профилактическому приему противовирусных препаратов, влиянию санаторно-курортного лечения на общее состояние здоровья и ряду др.

В рамках исследования состояния здоровья военных пенсионеров г. Воронежа был проведен анализ ЭКГ-мониторинга данных 96 единиц учетно-отчетной медицинской документации «амбулаторных карт» (учетная форма № 025/у) пациентов с диагнозом: грипп. Полученные результаты позволили оценить частоту изменений ЭКГ после перенесенного гриппа в ближайший постинфекционный период у военных пенсионеров.

3. Медико-социологическое исследование «Определение качества жизни военных пенсионеров г. Воронежа» (n = 413) было направлено на изучение факторов, влияющих на качество жизни военнослужащих после выхода на пенсию. Задача исследования – собрать и проанализировать данные о физических и психологических компонентах здоровья, составляющих качество жизни военных пенсионеров; определить средние величины показателей качества жизни в исследуемой группе и их связь с медицинскими и социологическими факторами.

Исследование для определения качества жизни военных пенсионеров проводилось путем анкетирования с применением стандартизированного опросника SF-36 (приложение Е). Выборка (n = 413) была сформирована аналогично первому исследованию.

Был использован стандартный опросник SF-36, который включает восемь шкал (от 0 до 100 баллов), состоящие из 36 пунктов. Максимальное количество –

100 баллов – означает полное здоровье. Все шкалы формируются в два показателя: физическое и психическое здоровье.

2.2. Методы анализа данных

С целью изучения социально-экономического положения и медицинского обеспечения демографической группы военных пенсионеров трудоспособного возраста, были использованы:

1. Аналитический метод, включающий в себя комплексный анализ:

а) нормативно-правовых документов, регламентирующих медицинское и социальное обеспечение военных пенсионеров в России и за рубежом (проанализировано 17 источников).

б) научных медицинских и социологических исследований: статей в научных изданиях (120 источников), книг (13 источников); монографий (10 источников), диссертационных работ (5 источников), авторефератов (4 источника), материалов научно-практических конференций по изучаемой проблеме (5 источников).

в) официальных электронных ресурсов и Интернет-форумов, посвященных обсуждению актуальных проблем военных пенсионеров (7).

г) ведущих российских аналитических и исследовательских центров (ФОМ, ВЦИОМ, Левада-центр) (2).

Особое внимание в этой группе методов следует уделить контент-анализу [62; 134]. В работе автор проанализировал и сгруппировал научную информацию о проблемах ресоциализации в различных группах: молодые инвалиды, лица с наркозависимостью, лица отдельных профессий (артисты цирка, балета), военных пенсионеров и других социальных групп. Информационный анализ данных, характеризующий современное состояние проблемы ресоциализации в группе военных пенсионеров, проводился по нескольким направлениям: анализ законодательных актов, регламентирующих социальное и медицинское обеспечение военных пенсионеров в России и за рубежом; научные работы, посвященные сохранению здоровья и социальным аспектам после выхода на пенсию.

В исследовании используется цитационная разновидность контент-анализа, ориентированная на анализ библиографических ссылок в научной литературе, посвященных теме ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста.

2. Статистический метод, представленный в исследовании методом дескриптивной (описательной) статистики и корреляционным анализом.

Метод дескриптивной (описательной) статистики позволил проанализировать общие данные заболеваемости, предоставленные Росстатом, Министерством здравоохранения РФ, Всемирной организацией здравоохранения (исследуемой группы, включая COVID-19).

Корреляционный анализ позволил определить связь между показателями «физического компонента здоровья» и «психологического компонента здоровья» в исследовании качества ВОЗ), о заболеваемости гриппом и острыми респираторными заболеваниями военных пенсионеров. С помощью метода множественного корреляционного анализа в шкалах «физический компонент» и «психологический компонент» здоровья были определены факторы социальной адаптации, имеющие взаимосвязь с показателями качества жизни. В нашем исследовании отмечены значимые показатели корреляции (коэффициент Спирмена) между определенными факторами и показателями, составляющими понятие «самосохранительное поведение».

В рамках медико-социологического исследования построена математическая модель прогнозирования комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных заболеваний у военных пенсионеров, с использованием регрессионного анализа и метода наименьших квадратов для графического отображения модельных и реальных результатов. Для построения модели использована выборочная совокупность ($n = 50$), которая формировалась исходя из параметров пилотажного исследования, что определило репрезентативный характер выборки – небольшое количество респондентов – военных пенсионеров, проходивших лечение по поводу острых респираторных заболеваний, уволенных не более пяти лет назад.

Анализ ответов на вопросы анкеты и медицинской документации позволил построить математическую модель комплаентности при амбулаторном лечении респираторных инфекций у военных пенсионеров, используя метод наименьших квадратов, корректный в случае пилотажного исследования. При этом расчёт коэффициентов осуществляется, минимизируя функционал Q (5):

$$Q = \sum_{u=1}^N (\dot{Y}_{u(c)} - \tilde{Y}_{u(r)})^2 \rightarrow \min, \quad (5)$$

Информативность построенной модели оценивается по коэффициенту детерминации (R^2), чем более коэффициент детерминации близок к единице, тем более точна построенная модель (6), (7), (8).

$$R^2 = Q_T / Q_{\Sigma}, \quad (6)$$

$$Q_T = \sum_{u=1}^N (\tilde{Y}_u - \dot{Y})^2, \quad (7)$$

$$Q_{\Sigma} = \sum_{u=1}^N (Y_u - \dot{Y})^2, \quad (8)$$

где Y_u – экспериментальные значения

\dot{Y} – средние значения

\tilde{Y}_u – теоретические значения

С применением данного метода была получена модель комплаентности.

Получив краткий ответ на заданные вопросы, можно спрогнозировать комплаентность пациентов в данной социальной группе.

Для графического выражения данных с применением пакета *Microsoft Excel 2019*.

3. Современные методы обработки информации. Данные анкет были перенесены в электронный табличный вариант программ *Microsoft Excel 2019* и программы анализа данных *STATISTICA v.23,0*. Полученная в исследовании информация обрабатывались с помощью компьютерной программы, автоматически рассчитавшей параметры качества жизни военных пенсионеров. С помощью указанных программ были построены диаграммы: различия в

параметрах качества жизни в зависимости от трудоустройства военных пенсионеров, продемонстрированы визуально показатели физической активности во время прохождения военной службы и после выхода на пенсию и другие исследуемые параметры.

Математическая обработка данных проводилась методами вариационной статистики с вычислением параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических (χ -квадрат) критериев различия и коэффициентов корреляции с помощью пакета прикладных программ *Microsoft Excel 2019* и программы анализа данных *STATISTICA v.23,0*.

Для анализа статистически-значимой зависимости показателей, влияющих на ресоциализацию был применен дисперсионный анализ. Проверка значимости модели проводилась при помощи критерия (χ -квадрат). При значении $p < 0,05$, нулевая гипотеза о незначимости модели отвергалась.

Для создания диаграмм, отражающих показатели качества жизни и другие показатели в исследуемой группе, и определения связей между ними применялся пакет прикладных программ *Microsoft Excel 2019*.

В таблицах Программа и методика исследования (таблица 2) и Этапы исследования (таблица 3) отражены основные характеристики всех трех направлений медико-социологического исследования ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста.

Таблица 2 – Программа и методика исследования

Цель исследования	Изучение особенностей жизнеустройства военных пенсионеров трудоспособного возраста и разработка научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию мер социальной поддержки, направленных на обеспечение ресоциализации данной социальной группы в современном российском обществе				
Задачи исследования					
1. Осуществить теоретико-методологический анализ научной литературы и нормативно-правовой базы, регламентирующей медицинское и социальное обеспечение военных пенсионеров	3. Изучить ключевые характеристики социального статуса исследуемой группы с учетом состояния их здоровья и сконструировать социальный портрет пациента-военного пенсионера	4. Построить математическую модель прогнозирования степени комплаентности в ситуации заболевания (на примере лечения острых респираторных заболеваний)	5. Проанализировать качество жизни и приверженность самохранительному поведению военных пенсионеров трудоспособного возраста	6. Предложить научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию мер социальной поддержки военных пенсионеров	
2. Составить и осуществить программу МСИ					
Основные методы	Социологический	Математический	Статистический	Аналитический	
Объект, предмет исследования	Объект исследования – социально-демографическая группа военных пенсионеров трудоспособного возраста, уволенных не более пяти лет назад.		Предмет исследования – особенности ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста с медико-социологической точки зрения; возможности оптимизации интеграции исследуемой группы в новый социум.		
Основные источники информации	Источники отечественной и зарубежной литературы (n=260) 1. Научная литература: монографии, диссертации, авторефераты, научные статьи 2. Нормативно-правовые документы 3. Официальные электронные ресурсы 4. Данные официальной статистики: Росстат, Минздрав РФ, ВОЗ 5. Данные ведущих российских аналитических центров: ФОМ, ВЦИОМ		Регистрационные документы: 1. Авторские анкеты для опроса военных пенсионеров, направленная на выявление отношения пациентов – военных пенсионеров к лечению и профилактике гриппа и острых респираторных заболеваний (n = 150) 2. Авторские анкеты для опроса военных пенсионеров, направленная на выявление факторов, влияющих на ресоциализацию (n = 413) 2. Стандартизированный опросник SF-36 для определения качества жизни военных пенсионеров (n = 413) 3. Протокол фокус-группового исследования (n1 = 9; n2 = 5) 4. Анализ ЭКГ-мониторинга пациентов (n = 96)		

Таблица 3 – Этапы исследования

Этап исследования	Единица наблюдения	Методы	Источники информации	Объем наблюдений
1. Анализ нормативно-правовых документов, научных медицинских и социологических (отечественных и зарубежных) литературных источников, Интернет-ресурсов, аналитических и статистических данных	Нормативно-правовой акт; Источник научной литературы; Интернет-ресурс; Аналитический источник; Статистический источник	Аналитический Контент-анализ	Нормативно-правовые документы, регламентирующие вопросы медико-социального обеспечения военных пенсионеров в России и за рубежом	15
			Основные источники информации: научные статьи, монографии, диссертации, авторефераты, материалы научно-практических конференций	231
			Данные официальных электронных ресурсов и Интернет-форумов, посвященных обсуждению актуальных проблем военных пенсионеров	7
			Данные Росстата, Минздрава РФ, Всемирной организации здравоохранения	5
			Данные ведущих российских аналитических и исследовательских центров (ФОМ, ВЦИОМ, Левада-центр)	2
2. Разработка программы исследования: обоснование проблемы, указание цели, определение объекта, предмета, формулировка гипотез и задач исследования, определение обследуемой совокупности, методов, инструментария для сбора информации, механизма её обработки с учетом особенностей представителей исследуемой группы	Нормативно-правовой акт; Источник научной литературы; Интернет-ресурс; Аналитический источник; Статистический источник	Социологический Аналитический Математический Статистический Методы обработки информации (Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v.23,0)	Нормативно-правовые документы, регламентирующие вопросы медико-социального обеспечения военных пенсионеров в России и за рубежом	15
			Основные источники информации: научные статьи, монографии, диссертации, авторефераты, материалы научно-практических конференций	231
			Данные официальных электронных ресурсов и Интернет-форумов, посвященных обсуждению актуальных проблем военных пенсионеров	7
			Данные Росстата, Минздрава РФ, Всемирной организации здравоохранения;	5

Продолжение Таблицы 3

Этап исследования	Единица наблюдения	Методы	Источники информации	Объем наблюдений
			Данные ведущих российских аналитических и исследовательских центров (ФОМ, ВЦИОМ, Левада-центр)	2
3. Сбор первичного материала на основании разработанного инструментария (анкеты, опросника, листа хронометража рабочего времени)	Военный пенсионер, проживающий в г. Воронеже	Социологический Аналитический, Математический, Статистический, Метод обработки информации (Microsoft Excel 2010)	-Анкета с применением стандартизированного опросника SF-36;	413
			-Анкета, разработанная автором (ресоциализация)	413
			-Анкета, разработанная автором (ОРЗ)	150
			-Результаты ЭКГ-мониторинга (амбулаторная карта пациента -учетная форма № 025/у)	96
			-Протокол фокус-группового исследования	2
4. Обработка, систематизация, обобщение, анализ и интерпретация полученных исследовательских данных, выявление основных тенденций и характеристик предмета исследования	Военный пенсионер, проживающий в г. Воронеже	Социологический Аналитический, Математический, Статистический, Метод обработки информации (Microsoft Excel 2010, STATISTICA v.23,0)	-Анкета с применением стандартизированного опросника SF-36;	413
			-Анкета, разработанная автором (ресоциализация)	413
			-Анкета, разработанная автором (ОРЗ)	150
			-Протокол фокус-группового исследования	2
			-Результаты ЭКГ-мониторинга (амбулаторная карта пациента -учетная форма № 025/у)	96
5. Разработка научно-обоснованных медико-социологических рекомендаций оптимизации процесса ресоциализации военных пенсионеров	Научные публикации; Данные проведенных исследований	Аналитический	Данные анализа проблем, связанных с социальной адаптацией военных пенсионеров; Данные результатов медико-социологического исследования по теме диссертационной работы	15

Таким образом, в диссертационном исследовании были осуществлены три направления медико-социологического исследования: изучение медико-социального статуса военных пенсионеров и конструирование социального портрета современного военного пенсионера; прогнозирование степени комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных заболеваний, медико-социологическое исследование «Определение качества жизни военных пенсионеров г. Воронежа».

Корректность определения и использования методов исследования является основой научной работы, направленной на изучение любой социальной проблемы. В ходе изучения вопросов ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста были применены различные подходы, отвечающие методологическим и методическим требованиям медико-социологического исследования: аналитические (анализ источников по теме); социологические (анкетирование, интервьюирование, фокус-группа); статистические (дескриптивной или «описательной» статистики и корреляционного анализа, дисперсионного анализа); математические (метод математического моделирования).

Наиболее информативными для достижения целей и решения задач данного медико-социологического исследования, явились классические социологические методы, основанные, в нашем случае, на опросе выборочной совокупности: анкетирование, интервьюирование, фокус-группа. Каждый из них применялся автором с учетом специфики конкретных направлений исследования, рассматривающих различные аспекты социальной адаптации военных пенсионеров к гражданскому социуму.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ВОЕННЫХ ПЕНСИОНЕРОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ СОЦИУМЕ

3.1. Социальный портрет современного военного пенсионера трудоспособного возраста

В рамках диссертационного исследования был реализован социологический опрос (анкетирование) военных пенсионеров г. Воронежа и Воронежской области ($n = 413$), направленный на выявление характерных особенностей представителей данной социальной группы, а также изучение особенностей их ресоциализации в гражданском социуме после завершения военной карьеры. Формирование социального портрета современного пациента-военного пенсионера трудоспособного возраста базировалось на анализе результатов данного социологического опроса.

Выборочная совокупность исследования формировалась из числа военных пенсионеров г. Воронежа – представителей различных силовых структур (МВД, ФСБ, МО), в том числе ветеранов боевых действий, вышедших на пенсию не более пяти лет назад.

Возраст контингента бывших военнослужащих, принявшего участие в исследовании, составил 41-65 лет, что не превышает границы трудоспособного в России (до 65 лет). При этом, большую часть ($81,6 \pm 1,9\%$) составляли респонденты 45-59 лет, в возрастной группе 60-65 лет были $12,3 \pm 1,6\%$ опрошенных, и $6,1 \pm 1,1\%$ составили военные пенсионеры 41-44 лет.

Распределение исследуемой группы согласно возрастным критериям, принятым ВОЗ (возраст 18-44 года отнесен к молодому; 45-59 лет – к среднему, 60-74 лет – к пожилому), отражает, что значительная доля респондентов – военные пенсионеры молодого и среднего возраста ($6,0 \pm 1,1\%$ и $81,6 \pm 1,9\%$), тогда как пожилые респонденты составили $12,3 \pm 1,6\%$. Средний возраст исследуемой выборки составил $53,2 \pm 5,6$ лет.

Полученные данные показали, что большинство опрошенных закончили службу в воинском звании «старший офицер». Распределение респондентов по воинским званиям включало: генералы (0,5%), старшие офицеры (76,3±2,1%), младшие офицеры (6,5±1,2%), прапорщики (12,3±1,6%), сержанты (2,7±0,7%), старшины (1,0%), рядовые (0,7%) (Рисунок 2).

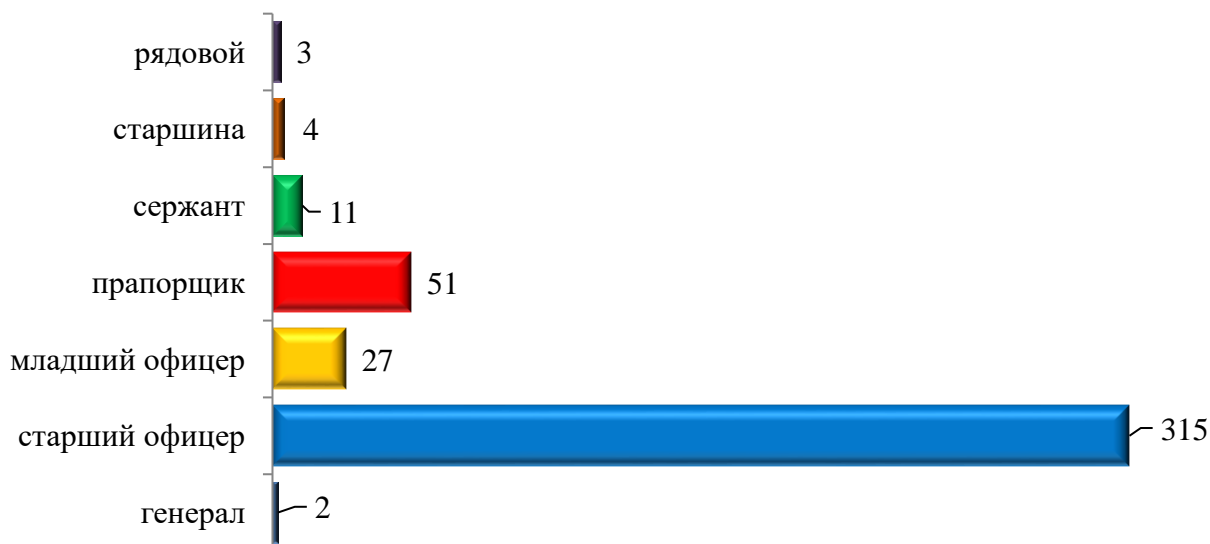


Рисунок 2 – Распределение исследуемой группы военных пенсионеров по воинским званиям по окончании военной службы (n = 413, человек)

Большинство участников исследования (66,1±2,3%) имели одно высшее образование, каждый пятый респондент (20,1±2,0%) – два и более диплома о высшем образовании и только 13,8±1,7% опрошенных получили среднее специальное образование. Таким образом, среди участников опроса преобладали бывшие военнослужащие, окончившие службу в должности офицера и имеющие высшее образование.

Семейный статус в исследуемой группе имело подавляющее количество респондентов – 92,1±1,3%, незначительная часть участников исследования не состояла в браке на момент опроса (7,9±1,3%). У большинства респондентов были дети – 97,9±0,7%, а у 48,9±2,5% – внуки.

Интересно, что согласно полученным данным, при прохождении военной службы 90,6±1,4% респондентов совокупно были «удовлетворены полностью» и «скорее удовлетворены» семейной жизнью, однако только 49,5±2,5% ответили,

что после выхода на пенсию довольны своими отношениями в семье. Частично удовлетворены семейной жизнью при прохождении военной службы были $5,1\pm 1,0\%$ участников опроса, после увольнения этот показатель несколько вырос – до $7,7\pm 1,3\%$. Всего $2,0\pm 0,6\%$ респондентов совокупно ответили, что были «совсем не удовлетворены» и «скорее не удовлетворены» семейной жизнью и в период военной службы и после выхода на пенсию.

Заметим, что выход на пенсию не отразился на семейных отношениях большинства военных пенсионеров-участников опроса ($62,5\pm 2,4\%$), при этом каждый четвертый респондент ($24,2\pm 2,1\%$) считает, что увольнение из рядов армии оказало положительное влияние на атмосферу в семье, а каждый восьмой опрошенный ($13,3\pm 1,7\%$) – оценил изменения в отношениях с супругой и детьми как отрицательные (рисунок 3).

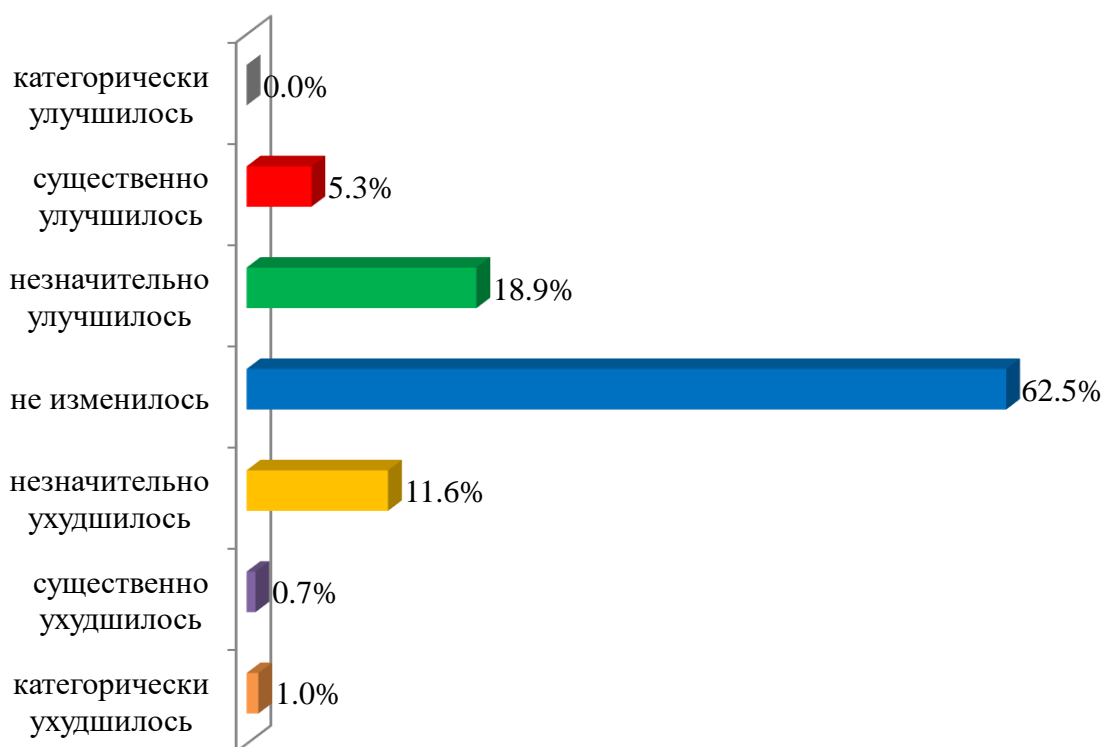


Рисунок 3 – Самооценка респондентами изменения их семейных отношений после завершения военной карьеры (n = 413, %)

Одним из направлений исследования было изучение жизненных ценностей бывших военнослужащих. Согласно полученным данным, здоровье является жизненной ценностью для большинства респондентов ($83,3\pm 1,8\%$).

Тем не менее, в открытом вопросе (поле) более половины военных пенсионеров указали, что на первых местах в иерархии их жизненных приоритетов стоит семья, здоровье и благополучие родных. Единичными из представленной выборки были ответы, касающиеся таких общих понятий, как «социальная справедливость», «душевное равновесие» (Рисунок 4).

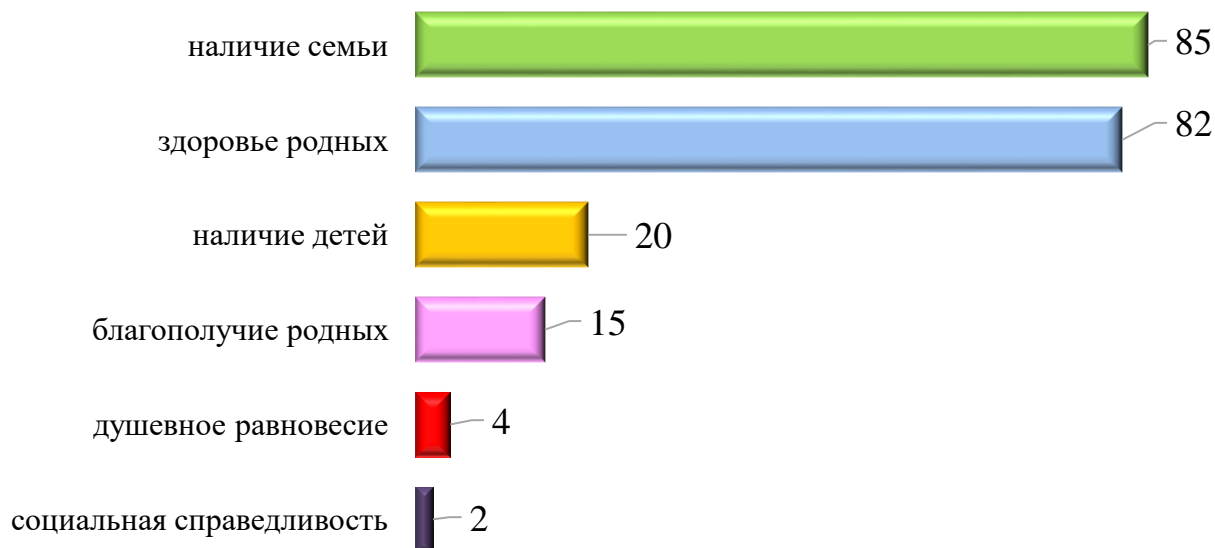


Рисунок 4 – Жизненные ценности военных пенсионеров
(n = 208, человек, открытый вопрос)

Таким образом, ключевая «триада» жизненных ценностей военных пенсионеров – здоровье, наличие семьи, здоровье родных. Однако, несмотря на значимость здоровья как жизненной ценности для военных пенсионеров – поддержание и укрепление здоровья не является императивом ресоциализации после завершения военной карьеры – а скорее, наоборот, здоровья выступает инструментом достижений (трудоустройства и повышения уровня благосостояния семьи, возможностей самореализации вне профессиональной деятельности, социальной активности).

Трудности процесса ресоциализации военных пенсионеров часто связаны с проблемами со здоровьем, которые являются результатом выполнения боевых задач, напряженного ненормированного графика работы, длительных полевых выходов, командировок в «горячие точки», смен климатических зон, прохождения службы в регионах со сложной оперативной обстановкой. Условия выполнения поставленных задач сопряжены с частыми переохлаждениями,

повышенными нагрузками на опорно-двигательный аппарат, стрессовой и эмоционально-психологической напряженностью, травмами, обострением хронических заболеваний.

На основе данных, полученных по итогам анкетного опроса военных пенсионеров, с момента увольнения которых с военной службы прошло менее пяти лет, $42,1 \pm 2,4\%$ респондентов ответили, что имеют одно хроническое заболевание, еще $29,8 \pm 2,2\%$ – что не имеют хронических заболеваний или не знают, об имеющейся патологии. Два хронических заболевания было у $18,6 \pm 1,9\%$ участников исследования, а у каждого десятого – насчитывалось три и более хронических нарушений здоровья (Рисунок 5).

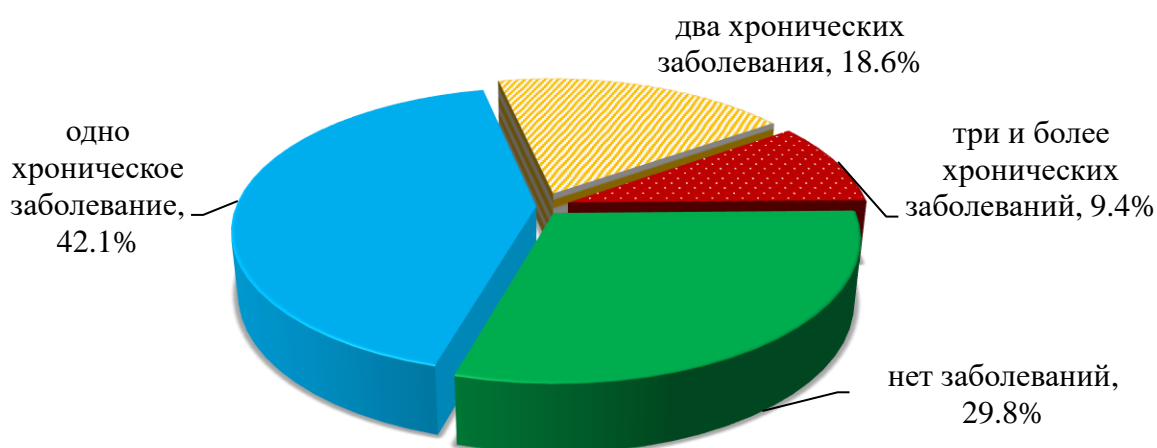


Рисунок 5 – Наличие хронической патологии у военных пенсионеров (% , n = 413, самооценка)

Согласно результатам проведенного исследования, на первом месте в структуре имеющейся хронической патологии военных пенсионеров Воронежской области стоят сердечно-сосудистые заболевания ($29,8 \pm 2,2\%$). На заболевания нервной системы и желудочно-кишечного тракта приходится по $13,1 \pm 1,7\%$ случаев соответственно. Несколько менее распространенными являются заболевания таких систем, как мочевыделительная и костно-мышечная ($11,6 \pm 1,6\%$ и $10,7 \pm 1,5\%$), эндокринная патология составляет около $8,7 \pm 1,4\%$, патология бронхолегочной системы – $6,1 \pm 1,2\%$, инфекционные и паразитарные заболевания – $4,1 \pm 1,0\%$, болезни уха, горла, носа, глаз наблюдаются у $3,9 \pm 0,9\%$ респондентов, еще у $2,7 \pm 0,8\%$ отмечены болезни кожи, заболеваниями крови

страдают $1,7 \pm 0,6\%$ опрошенных. Другие патологии были менее распространенными в выборке (Рисунок 6).



Рисунок 6 – Структура хронической патологии у военных пенсионеров, по результатам анкетирования (% , n = 413, множественный вопрос)

При этом в ситуации временной утраты трудоспособности пенсионеры готовы обращаться за листком нетрудоспособности – что может быть связано с более лояльным отношением работодателей к «сезонным» заболеваниям – тогда как хронические патологии работника могут восприниматься как нежелательные риски для работодателя (в частности, риски частого отсутствия на месте из-за заболевания и невыполнения производственного плана).

При этом основная часть в структуре заболеваний с временной утратой трудоспособности военных пенсионеров г. Воронежа приходится на болезни органов дыхания ($61,5 \pm 2,4\%$), второе место занимают болезни сердечно-сосудистой системы ($23,6 \pm 2,1\%$), третье место принадлежит заболеваниям мочеполовой системы ($4,6 \pm 1,0\%$). Другие заболевания имеют широкий спектр и частоту от 0,2% до 1% случаев по отдельным нозологиям, и составляют совокупно $10,3 \pm 1,5\%$ временных нарушения здоровья пенсионеров. Заметим, что

эта структура не совпадает со структурой хронической патологии в данной группе пациентов – что указывает на отсутствие регулярных обращений военных пенсионеров для лечения хронической патологии – и тем самым подтверждается, что состояние здоровья пенсионеров является их «зоной риска», а мотивация к профилактическим мероприятиям по укреплению здоровья у бывших военнослужащих снижена.

Одним из направлений профилактики являются санитарно-просветительные мероприятия, реализуемые в лечебно-профилактических учреждениях, например, «Школы здоровья», «Школы пациентов с хроническими заболеваниями», «Школы пациентов с сахарным диабетом, гипертонической болезнью» и другие.

В ведомственных поликлиниках г. Воронежа активно функционируют такие группы для прикрепленного контингента пациентов-военных пенсионеров. Однако изучение в рамках диссертационного исследования показателей посещаемости данных групп военными пенсионерами трудоспособного возраста ($n=413$) показало следующие результаты: лишь $4,6\pm 1,0\%$ опрошенных регулярно посещают в санитарно-просветительские программы, тогда как большинство респондентов ($82,8\pm 1,9\%$) ни разу не участвовали в образовательных мероприятиях такого рода, один из десяти военных пенсионеров ($10,7\pm 1,5\%$) посетил занятия пациентских школ лишь однажды и еще $1,9\pm 0,6\%$ указали, что с ними «редко» проводили информационную работу по таким вопросам (Рисунок 7).

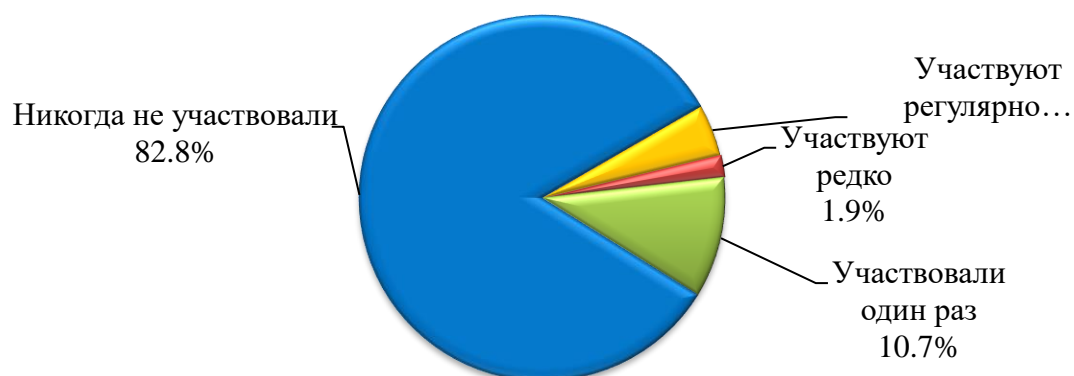


Рисунок 7 – Регулярность участия военных пенсионеров в санитарно-просветительских мероприятиях (% , $n = 413$)

Тем не менее, $31,2 \pm 2,3\%$ респондентов отметили, что врачи регулярно проводят с ними беседы по профилактике заболеваний (в том числе – инфекционных), еще треть военных пенсионеров ($35,6 \pm 2,4\%$) указали, что врачи редко беседуют с ними по указанным вопросам, а $33,2 \pm 2,4\%$ утверждают, что медицинский персонал никогда не проводил с ними информационно-профилактических бесед. Наблюдается «встречное движение» субъектов взаимодействия – с одной стороны, военные пенсионеры демонстрируют низкий уровень стремления к участию в профилактических мероприятиях, и, с другой стороны, медицинские работники недостаточно вовлечены в работу по просвещению пациентов и повышению их мотивации к профилактическому лечению заболеваний – что обуславливает низкий уровень регулярного контроля военными пенсионерами имеющейся хронической патологии и обращение в лечебно-профилактические учреждения только при возникновении или обострении заболевания.

Важным для конструирования социального портрета современного военного пенсионера является его социальная активность, прежде всего – вовлеченность в трудовые процессы. Учитывая, что одной из наиболее актуальных проблем современной России является нехватка кадров во многих отраслях народного хозяйства – при этом кадровый дефицит, во-многом, определяется сложившейся демографической ситуацией – снижение рождаемости и повышение смертности населения (особенно в период пандемии COVID-19) с учетом тенденций увеличения среднего возраста граждан и старения населения актуализируют необходимость восполнения трудовых резервов страны.

Принимая во внимание сложившиеся социально-экономические условия, военные пенсионеры трудоспособного возраста являются потенциально востребованным социальным и кадровым ресурсом, вовлечение которого в трудовые отношения может способствовать решению кадрового вопроса. При этом молодой возраст военных пенсионеров, образование, профессиональные навыки, умение ориентироваться в ситуации, дисциплинированность, желание успешной реализации в гражданском социуме дают основание полагать, что эта

социальная группа может выступать кадровым резервом в течение длительного времени после увольнения.

Опрос бывших военнослужащих ($n=413$) показал, что три четверти исследуемой группы ($77,2\pm 2,1\%$) на момент анкетирования были трудозаняты, причем $50,2\pm 2,5\%$ военных пенсионеров (преимущественно тех, кто имел техническое образование в указанной подгруппе), работали по специальности (таблица 4). Согласно полученным данным, договор найма заключили большинство ($83,5\pm 1,8\%$) трудозанятых участников опроса, самозанятые составили $9,9\pm 1,5\%$ респондентов, а $6,2\pm 1,2\%$ военных пенсионеров стали индивидуальными предпринимателями.

Таблица 4 – Распределение военных пенсионеров согласно трудовой занятости (% , человек)

Исследуемая группа	Абсолютное число (n)	Доли (%)
Всего респондентов	413	100
Трудозанятые (всего)	319	77,2
Трудозанятые по имеющейся специальности	158	50,2
Трудозанятые не по специальности	157	49,8
Работающие по договору найма	268	83,5
Индивидуальные предприниматели	20	6,2
Самозанятые	32	9,9
Неработающие	94	22,7

Как показал опрос, основной сферой профессиональной деятельности военных пенсионеров в «гражданской» жизни после завершения военной карьеры являлось обеспечение безопасности различных объектов ($26,3\pm 2,2\%$) – безусловно, доминирование охранной деятельности в структуре занятости было определено имеющимися профессиональными навыками представителей данной социальной группы.

Некоторая часть респондентов была задействована в сфере образования ($19,4\pm 1,9\%$), промышленности ($11,9\pm 1,6\%$), культуры, творческой деятельности и страхования ($7,8\pm 1,3\%$), а также в аграрном секторе ($4,4\pm 1,0\%$). Заметим, что доля занятости бывших военнослужащих в сельском хозяйстве является относительно высокой по сравнению с общероссийским показателем (Рисунок 8). Это может

быть объяснено тем, что в Воронежской области достаточно развит аграрный сектор экономики, в котором востребованы мужчины, имеющие хорошую физическую подготовку.

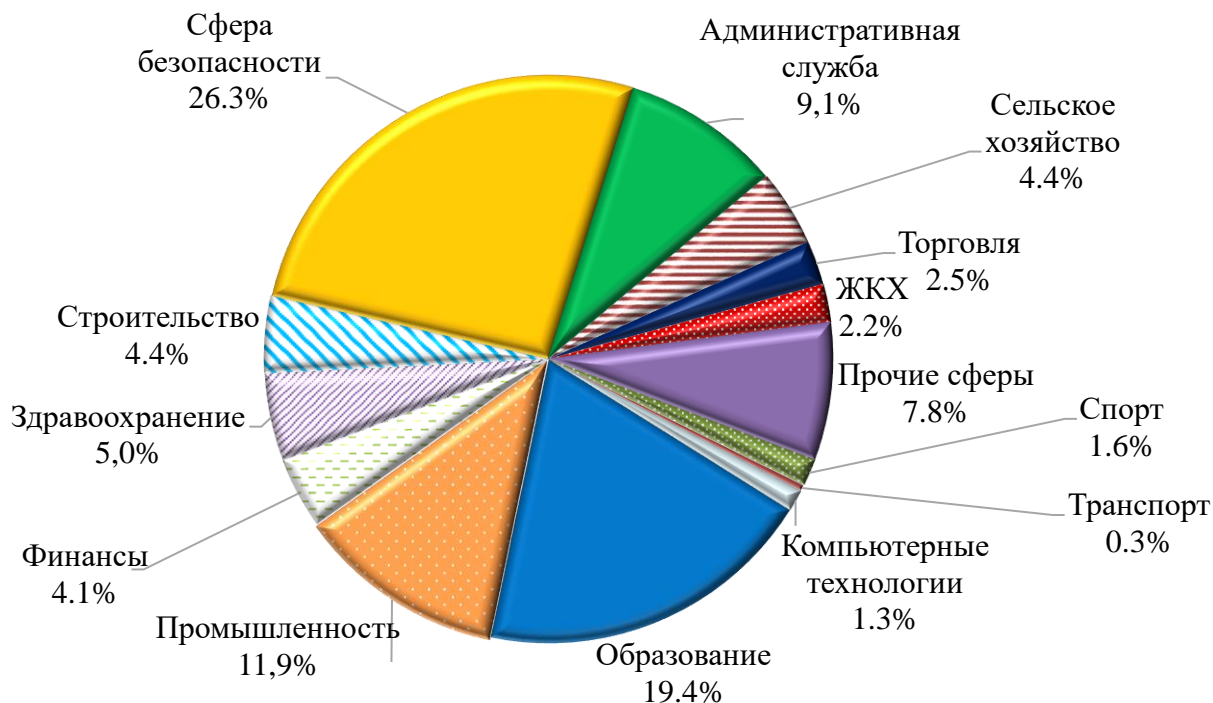


Рисунок 8 – Распределение трудовой занятости респондентов по сферам деятельности (% , n = 413)

Остальные респонденты были заняты в сферах здравоохранения, строительства, торговли, жилищно-коммунального хозяйства, финансовом секторе – то есть исследуемая социальная группа пенсионеров оказалась востребованной как трудовой ресурс во всех сферах жизни общества, но распределение по секторам экономики является неравномерным. При этом, несмотря на доминирование в структуре занятости военных пенсионеров должностей в сфере обеспечения безопасности объектов, показатели их занятости в образовательном и промышленном секторах позволяют надеяться на расширение спектра применения знаний и умений респондентов в новых для них условиях «гражданской» социальной реальности.

Основной мотивацией к продолжению трудовой деятельности у исследуемой группы респондентов является необходимость повышения уровня доходов семьи ($50,8 \pm 2,5\%$). На втором месте по частоте упоминания был вариант

ответа «работа дает жизненный тонус» ($23,8 \pm 2,1\%$), на третьем – «работа дает ощущение востребованности» ($15,0 \pm 1,8\%$), а каждый десятый респондент отметил «возможность общения с коллегами» ($10,2 \pm 1,5\%$). Таким образом, материальный мотив и совокупность мотивов социального характера в структуре мотивационных факторов военных пенсионеров распределены практически одинаково в процентном отношении.

Детальный анализ ответов, отражающих приоритет материальной мотивации для продолжения трудовой деятельности военными пенсионерами, показал, что при прохождении военной службы совокупно $57,3 \pm 2,4\%$ респондентов были «удовлетворены полностью» ($16,0 \pm 1,8\%$) и «скорее удовлетворены» ($41,3 \pm 2,4\%$) своим материальным положением, однако после выхода на пенсию произошло снижение уровня удовлетворенности участников исследования этим показателем. Так, дали ответ, что материальное положение в настоящее время «устраивает в полной мере» $4,6 \pm 1,0\%$ военных пенсионеров (в то время как при прохождении военной службы этот показатель был выше в четыре раза).

Остальные ответы представителей данной социальной группы распределились следующим образом: «в настоящее время скорее удовлетворены материальным положением» $44,8 \pm 2,4\%$ опрошенных, частично устраивает финансовое положение треть военных пенсионеров ($31,5 \pm 2,3\%$), еще $13,8 \pm 1,7\%$ респондентов указали, что «скорее не удовлетворены» имеющимся уровнем доходов и $5,3 \pm 1,1\%$ участников опроса «совсем не удовлетворены своим материальным положением».

Это также подтверждается распределением массива мнений опрошенных военных пенсионеров, отражающих их самооценку своего финансового положения после завершения военной карьеры и перехода на пенсионное обеспечение (Рисунок 9).

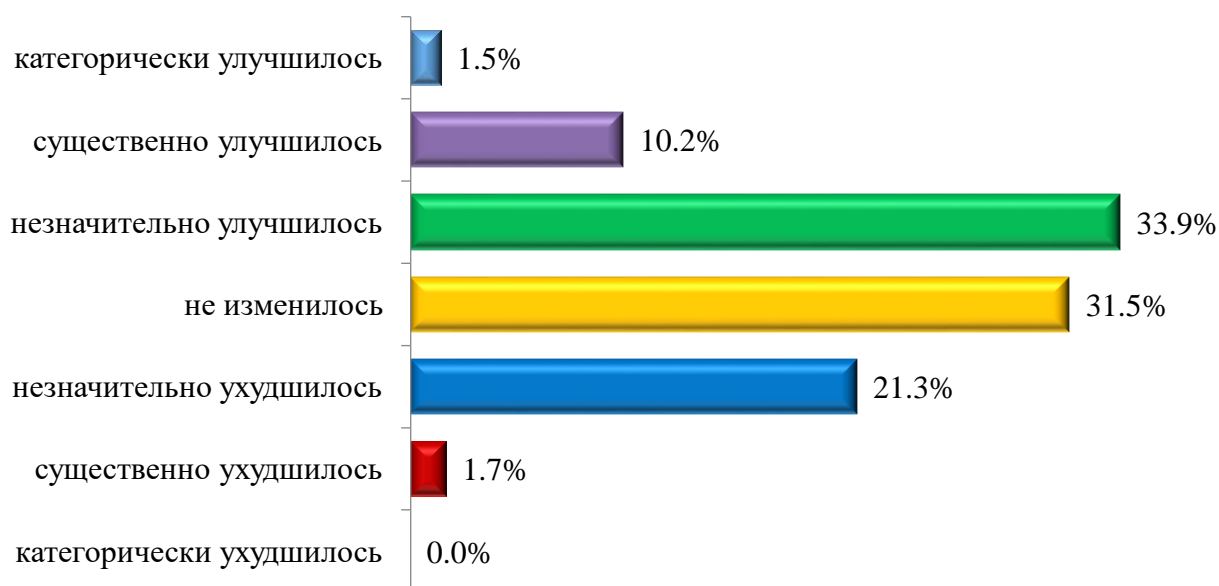


Рисунок 9 – Оценка динамики удовлетворенности респондентов своим материальным положением после выхода на пенсию (% , n = 413)

В целом, можно оценить материальное положение военных пенсионеров как удовлетворительное с некоторыми колебаниями в сторону более положительных и более отрицательных значений, и именно этот показатель мотивирует большую часть исследуемой группы к решению проблемы трудоустройства.

Значимым условием ресоциализации в сфере трудовой занятости является поиск путей трудоустройства военными пенсионерами. По результатам анкетирования, были выделены основные каналы поиска работы и трудоустройства респондентов (Рисунок 10):

1) социальные ресурсы (сети) респондентов – основную помощь в поиске работы военнослужащим после увольнения оказывают знакомые, родственники, друзья ($44,2 \pm 2,4\%$);

2) личный (внутренний) ресурс мотивации на трудовую занятость - более трети опрошенных военных пенсионеров предпочли самостоятельно обратиться по месту желаемого трудоустройства, и смогли получить рабочее место ($35,1 \pm 2,3\%$);

3) трудоустройство с помощью Центров переподготовки обеспечило работой $9,1 \pm 1,4\%$ респондентов;

3) содействие биржи труда позволило трудоустроиться $4,1 \pm 1,0\%$ респондентов;

4) объявления в газетах и Интернет-ресурсы помогли найти рабочие места $2,8 \pm 0,8\%$ и $2,5 \pm 0,7\%$ военных пенсионеров соответственно.

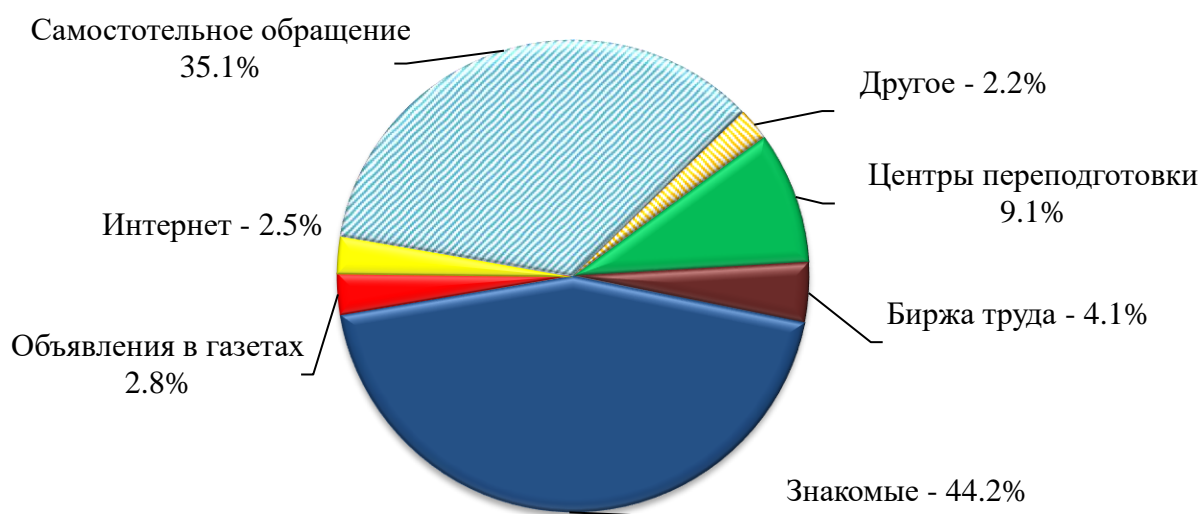


Рисунок 10 – Каналы поиска работы / трудоустройства бывшими военнослужащими (% , n = 413)

Кроме того, для успешного трудоустройства военных пенсионеров важное значение имеет возможность профессиональной переподготовки или получения новой специальности. С этой целью в г. Воронеже созданы специальные центры по переподготовке военных пенсионеров и ветеранов боевых действий, которые предлагают программу востребованного профессионального обучения [10].

Однако, данные центры в г. Воронеж предназначены только для пенсионеров министерства обороны, а для пенсионеров других ведомств подобных специализированных организаций не существует. Согласно действующим законодательным актам, перед выходом на пенсию военнослужащие могут самостоятельно выбрать организацию, оказывающую подобную помощь – при этом отмечается низкая информированность будущих пенсионеров в данном вопросе. Полученные результаты свидетельствуют о том, что большинство бывших военнослужащих вынуждены самостоятельно решать проблему трудоустройства.

Наряду с вопросами трудоустройства, одним из важных аспектов, влияющих на ресоциализацию военных пенсионеров, является уровень их медицинского обеспечения (Рисунок 11).

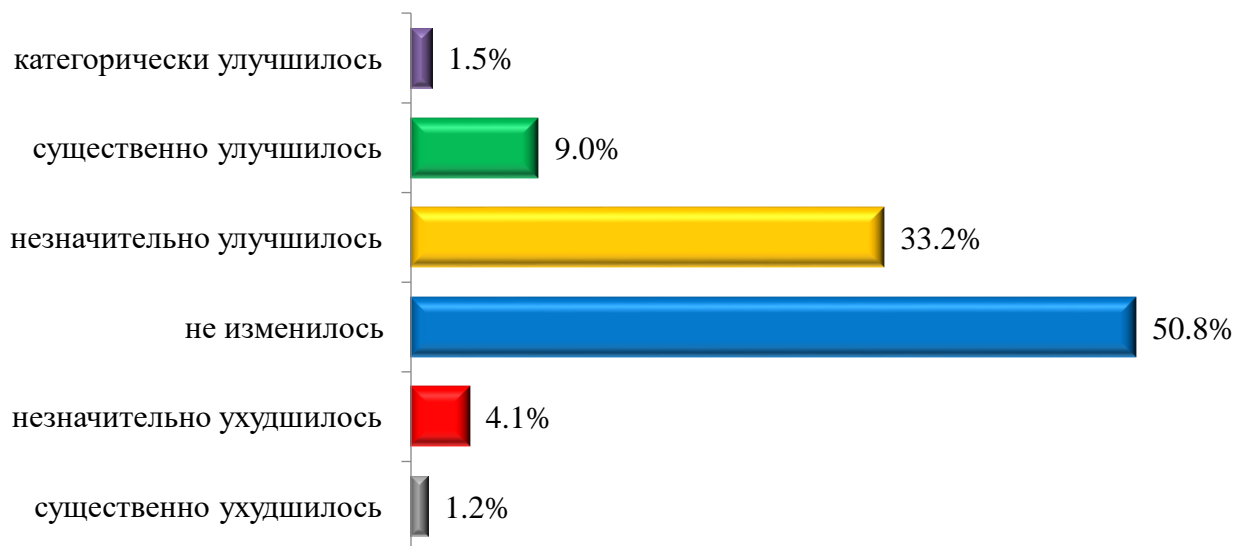


Рисунок 11 – Анализ удовлетворенности военных пенсионеров медицинским обеспечением (% , n = 413)

Анализ данных показал, что уровень удовлетворенности военных пенсионеров медицинским обеспечением после выхода на пенсию не изменился ($50,8 \pm 2,5$) или повысился ($43,7 \pm 2,4\%$ совокупно) в сравнении обеспечением, получаемым во время прохождения военной службы. При этом важно отметить, что $9,0 \pm 1,4\%$ респондентов указали, что их медицинское обеспечение существенно улучшилось после выхода на пенсию, а $1,5 \pm 0,5\%$ опрошенных – что «категорически улучшилось». Только около $5 \pm 1,1\%$ участников исследования отметили ухудшение в медицинском обеспечении после выхода на пенсию.

Согласно полученным данным, медицинское обеспечение военнослужащих после выхода на пенсию, по оценке военных пенсионеров, сохраняется на удовлетворительном уровне, что является положительным фактором поддержания здоровья представителей социальной данной группы. При этом, хорошее состояние здоровья и социальная активность выступают предпосылками успешной ресоциализации – и, прежде всего, расширяют возможности самореализации военных пенсионеров в трудовой сфере.

В целом, анализ эмпирических данных (включая возрастные, статусные, образовательные и семейные характеристики) позволил выявить характерные особенности и черты военных пенсионеров трудоспособного возраста, на основе которых был сконструирован социальный портрет представителя данной социальной группы – это состоящий в браке мужчина среднего возраста, закончивший военную службу в офицерском звании, имеющий высшее образование, ключевыми жизненными ценностями которого являются здоровье, наличие семьи и здоровье родных. Военный пенсионер имеет хроническую патологию сердечно-сосудистой системы, однако отличается низким уровнем самосохранительного поведения и мотивации к профилактической и регулярной заботе о здоровье. Работает по найму в сфере обеспечения безопасности различных объектов доминирование охранной деятельности или образования, а ключевыми факторами мотивации его трудоустройства являются стремление к укреплению материального положения семьи и совокупность мотивов социального характера.

Указанный социальный портрет подтверждает высокий уровень востребованности молодых военных пенсионеров на рынке труда, а жизненные приоритеты данной социальной группы отражают их просемейную мотивацию – что позволяет сделать вывод о том, что семья и работа являются ключевым ресурсами и факторами успешной ресоциализации бывших военнослужащих в новой социальной реальности.

3.2. Анализ социального статуса

военного пенсионера трудоспособного возраста в современной России (по материалам фокус-групповых исследований)

После завершения военной карьеры и выхода на пенсию военные пенсионеры проходят непростой путь социальной реадaptации и реинтеграции в гражданский социум в новом социальном статусе. Этот процесс сопровождается не только проблемами реорганизации жизнеустройства бывшего военнослужащего, но и затрагивает привычный бытовой уклад его семьи.

Изучение особенностей ресоциализации и реадaptации этой группы граждан, а также проблем и перспектив их реинтеграции в современный социум было реализовано методом фокус-группового исследования.

Реализация фокус-групповых исследований была выполнена в 2019-2021 гг. на базе Института социальных наук Сеченовского университета. Респондентами исследования выступили военные пенсионеры г. Воронежа ($n_1 = 9$; $n_2 = 5$). В состав фокус-групп вошли представители различных силовых структур (МВД, ФСБ, МО), в том числе ветераны боевых действий, вышедших на пенсию не более пяти лет назад (приложения А-В). Единицей наблюдения был выбран военный пенсионер мужского пола, трудоспособного возраста (от 46 до 57 лет). Обработка и анализ всего массива выполнялись совокупно. Проведение анализа массива данных фокус-групп поводилось в соответствии со стандартными требованиями к анализу качественных данных [134].

Анализ массива мнений военных пенсионеров позволил выделить несколько ключевых дискурсивных векторов. Массив мнений респондентов был тематически сгруппирован в соотнесении с выявленными проблемами согласно гайду (сценарию), который состоял из четырех основных блоков вопросов, касающихся социальной и медицинской сфер ресоциализации респондентов-военных пенсионеров. Процесс ресоциализации участников исследования был проанализирован в совокупности с изменениями ближайшего социального окружения и позволил выявить области для совершенствования мер по поддержке военнослужащих в процессе их «возвращения» в гражданский социум.

3.2.1. «Возвращение» к гражданской жизни и трансформация социального статуса бывших военнослужащих

На взгляд всех участников исследования, их социальный статус после выхода на пенсию кардинально изменился и большинство участников фокус-групп (85,7%) признают, что переход от режима военной службы к «жизни обычного человека» был весьма сложным.

Прежде всего, период «возвращения» к условиям гражданской жизни для большинства участников (85,7%) был, по их признанию, сопряжен с высоким уровнем стресса – «...первый период после увольнения, можно, наверное, назвать стрессовым – все непривычно, и вроде бы нужно что-то делать, а ты как будто школу прогуливаешь – и классно, и стыдно одновременно» (старший офицер, 50 лет). Основными факторами стресса, отмеченными респондентами, были изменения режима занятости, социальные издержки статуса пенсионера («военный пенсионер – это не старичок», «молодой и на пенсии – инвалид что ли?», «пенсионер – вроде как ... уже «с ярмарки» едешь», «не готов понизить свой социальный статус по сравнению с тем, который я занимал на военной службе»), снижение уровня дохода, ограничение круга социальных контактов, сложности трудоустройства и самореализации.

В целом, более половины (64,3%) участников исследования отметили, что первые 2-4 недели после выхода на пенсию эмоционально воспринимаются как «заслуженный отпуск», однако в течение полугода пенсионеры осознают устойчивую потребность в продуктивной социальной активности – это, прежде всего, стремление к трудовой занятости, фокусировка на хобби и самореализации в увлечениях, концентрированность на интересах семьи. При этом большинство респондентов отметили, что пребывание в «свободном» режиме не способствует адаптации в обществе, а, скорее, приводит к изоляции молодых пенсионеров – а треть участников фокус-группового исследования указали, что отсутствие трудовой занятости способствует увеличению потребления алкогольных напитков: «Больше свободного времени и ненормированный график способствуют тому, что, возможно, употребление алкоголя увеличивается по сравнению с тем, что было раньше» (старший офицер, 46 лет).

Интересно, что несколько респондентов-военных пенсионеров заранее понимали, что их ждет непростой период перехода к «гражданской» жизни и подготовили «подушку безопасности» - получили образование, договорились о трудоустройстве, укрепили отношения в рамках сообществ по интересам - «тренировался в фотографии, чтобы уже на профессиональном, а не любительском уровне развиваться» (старший офицер, 50 лет) и «Я к этому

готовился, знал, что будет непривычно на «гражданке» – поэтому заранее получал высшее образование» (старший офицер, 54 года).

Важно отметить, что большинство участников исследования подошли к вопросу интеграции в жизнь «гражданского» общества очень рационально: «Можно сказать, что была поставлена новая боевая задача – адаптироваться в обществе... Адаптировался.» (старший офицер, 47 лет). При этом, как признают сами респонденты, именно особые черты, сформированные в период карьеры в армии, в наибольшей степени способствовали их адаптации – «...Я, в принципе, как бы... адаптировался. Ну, может непривычно было, но у меня и сейчас некоторые привычки на подкорке прошиты – я иногда вместо «понял, сделаю» - говорю «есть!» *(смеется)*. Но то, что во мне воспитала армия – эти качества мне дали волю, закалку, нацеленность – это все мне и в гражданской истории пригодилось для адаптации» (прапорщик, 49 лет).

Основными стимулами для включения респондентов в активную социальную и трудовую жизнь работу стали следующие факторы (по частоте упоминания):

- желание укрепить социальные позиции, сохранить социальный статус;
- необходимость укрепления материального положения семьи;
- потребность в самореализации и наличие ресурса для активной трудовой деятельности (хорошая физическая форма, высокая мотивация к достижению целей, личностные качества).

Интересно, что в анализ массива мнений респондентов позволяет выделить типичную траекторию адаптации военных пенсионеров к гражданской жизни:

- первый этап (до двух месяцев после увольнения из армии) – «медовый» месяц / «отпуск», который характеризуется растерянностью и эмоциональной невовлеченностью в гражданскую жизнь молодых пенсионеров;
- второй этап (2-6 месяц после увольнения из армии) – «период свободы и инородности», связанный с осознанием выхода из привычного социума военнослужащих, нарастанием эмоционального ощущения «не востребованности»
- и столкновением с дисгармонией имеющихся паттернов поведения и нормативных шаблонов социального взаимодействия в современном социуме,

«несовпадением социальных карт» - то есть маргинализацией (размытостью) социального статуса;

- третий этап (6 месяцев – один год после увольнения из армии) – формирование потребности и осмысление перспектив интеграции в социум, постановка и выполнение «боевых» задач по адаптации (установление продуктивного взаимодействия, включение в социальное взаимодействие, расширение социальной сети, трудоустройство).

Важно отметить, что в первый и второй этап адаптации ключевое значение для военных пенсионеров имеют эмоциональные и социальные аспекты их жизнеустройства, а на третьем этапе в высказываниях чаще фиксируются материальные стимулы социальной активности.

3.2.2. Трудоустройство как механизм интеграции и ресоциализации военных пенсионеров в современном социуме

Увеличение пенсионного возраста гражданских пенсионеров в Российской Федерации воспринимается военными пенсионерами как фактор их «омоложения» в контексте перспектив трудоустройства еще больше омолодило военных – «В советское время 50-55 лет считалось пожилым возрастом, а сейчас в 50-55 лет человек в самом расцвете сил... Современный военный пенсионер – это уже не «старичок» или «бабушка» (старший офицер, 54 года).

Согласно полученным данным, все участники исследования считают, что трудозанятость является обязательной составляющей их жизни. При этом большинство (92,9%) участников исследования были трудоустроены, а оставшиеся 7,1% - находились в процессе поиска работы.

Заметим, что наличие пенсионных выплат позволяет пенсионерам не задумываться о базовом финансовом самообеспечении – однако снижение уровня доходов по сравнению с периодом службы отражается на материальном положении семьи пенсионеров – и это выступает доминирующим мотивирующим фактором трудоустройства в исследуемой группе – «Финансовый вопрос заставляет в первую очередь искать работу, поскольку военная пенсия не в полном объеме перекрывает расходы семьи, а я глава, должен думать, где взять»

(старший офицер, 56 лет). Однако один из участников высказал мнение, что только финансовые вопросы заставляют военных пенсионеров заниматься поиском работы: «если бы было достаточно денег, то никто работать бы не пошел» (старший офицер, 49 лет).

Наличие базового дохода в виде пенсии отражается и в запросах респондентов в отношении желаемого места работы и должности. Так, 7,1% тех, кто искал работу на момент опроса взвешенно подходили к потенциальным предложениям на рынке труда: «... подыскиваю работу, с пониманием, чем я буду заниматься и не готов понизить свой социальный статус по сравнению с тем, что я занимал на военной службе» (старший офицер, 46 лет).

Вместе с тем, бывшие военнослужащие стремятся продолжить трудовую деятельность, поскольку работа является не только источником дохода, но и способствует сохранению и расширению социальных контактов, и поддержанию ощущения востребованности: «...важна и финансовая составляющая, и социальная...» (старший офицер, 55 лет), «когда человек в самом расцвете сил, ему надо двигаться дальше, развиваться... Даже если пенсия будет полностью обеспечивать финансовые запросы, работать надо» (старший офицер, 47 лет), «...после увольнения, почувствовал себя оторванным от социума, пока не устроился на работу» (старший офицер, 57 лет), «...очень важно оставаться в обществе» (старший офицер, 46 лет).

Тем не менее, с трудностями трудоустройства столкнулись большинство пенсионеров («очень трудно найти себя после службы...» - старший офицер, 54 года) – при этом основными барьерами для устройства на работу были специфика имеющегося опыта и военного образования, не отвечающего запросам работодателей, несоответствие предлагаемых вакансий ожиданиям соискателей («А начинать с рядового, ну с низов – уже вроде как не по возрасту» - старший офицер, 48 лет), недостаточная ориентированность пенсионеров в правилах поиска работы в гражданских организациях – «Я толком и не знал, куда идти, что говорить. Мне скажут – «мы Вам позвоним», и я сажу, жду» (старший офицер, 48 лет).

Во многом, решению проблем трудоустройства способствовали качества, сформированные в процессе военной службы – целеустремленность, умение ставить и решать задачи, дисциплинированность, ответственность: «... то, что во мне воспитала армия – эти качества мне дали волю, закалку, нацеленность – это все мне и в гражданской истории пригодилось. ... Были (*проблемы* – прим. автора), но я как-то сразу поставил задачу – и решил ее. Сам себе придумал работу (*открыл ИП* – прим. автора), и сам ее работаю» (прапорщик, 49 лет).

Два участника отметили, что для устройства на высокооплачиваемую работу им пришлось получить дополнительное образование «за свой счет» – новую «гражданскую» специальность: «...поменял работу на более высокооплачиваемую после получения дополнительного образования» (старший офицер, 57 лет); «...готовился к пенсии заранее, получал дополнительное образование» (старший офицер, 54 года).

Несмотря на то, что в настоящий момент действуют центры министерства обороны по переподготовке / профессиональному обучению перед выходом на пенсию военнослужащих и ветеранов боевых действий [10] – однако респонденты недостаточно информированы по этому вопросу. Так, более половины участников фокус-группы (57,1%) отметили, что хотели бы получить дополнительное образование или пройти переподготовку еще во время военной службы или в период увольнения, но не знали, что есть такая возможность. Некоторые респонденты (14,3%) отметили, что слышали про центры по переобучению военных пенсионеров министерства обороны, но про аналогичные центры в других ведомствах никто из участников не знал: «...места (*для обучения* – прим. автора) может и есть, но в военных организациях не отработаны моменты направления» (старший офицер, 49 лет), «...возможно юридического консультирования не хватает, вот я уволился - но только недавно узнал, что имел право получить дополнительную квалификацию во время службы. Возможно бы воспользовался этой льготой» (старший офицер, 46 лет).

В настоящее время малое предпринимательство является важной частью экономической жизни государства, которая значительно влияет на макроэкономическую ситуацию и на социальную картину в стране. При этом,

данные мировой практики убедительно свидетельствует, что в ряде стран с развитой рыночной экономикой малый бизнес оказывает существенное влияние на развитие народного хозяйства, решение социальных проблем, увеличение рабочих мест. [123]. В этой связи в рамках диссертационного исследования был поставлен вопрос - есть ли конкурентные преимущества военных пенсионеров в этой сфере?

Участникам исследования был задан вопрос «Что бы Вы предпочли: работу по найму или открытие собственного «малого» бизнеса?». Большинство респондентов предпочли бы работу по найму «...если будут продолжать платить достойную зарплату, то меня все устраивает» (старший офицер, 50 лет); «...хотелось бы иметь свое дело, но пока работаю по найму...Основная часть бывших сослуживцев работает по найму, это дает ощущение стабильности» (старший офицер, 46 лет); «в перспективе хотелось бы развивать бизнес, связанный с производством продукции...есть варианты на этот счет» (старший офицер, 53 года); «в армии инициатива была наказуема, поэтому сейчас сложно перестраиваться...работа на производстве требует соблюдения технологического регламента, когда все четко выполняется, это более близко к тому, что было на службе» (старший офицер, 57 лет).

Большинство участников фокус-группового исследования отметили, что перспективы организации малого бизнеса для них достаточно ограничены, и связывают это с отсутствием «первичного капитала»: «...Если бы был первичный капитал, то можно было что-то придумать, но за время службы не удалось накопить» (старший офицер, 50 лет), «...недостаточно, специальных знаний по вопросам перспективных направлений, возможно, если бы уволился со службы раньше, то задумался о собственном бизнесе...» (старший офицер, 57 лет); «...если бы собственный бизнес приносил равнозначную прибыль, как и работа по найму, то выбрал бы собственное дело» (старший офицер, 46 лет). Один из участников беседы в настоящее время развивает свой бизнес, связанный со сферой услуг, при этом отмечает, что «достаточно сложно было начинать собственный бизнес... помог прошлый опыт руководящей работы» (старший офицер, 49 лет).

Заметим, что качества, формируемые у военнослужащих в процессе службы – дисциплинированность, ответственность, выносливость, умение принимать решения, стрессоустойчивость – могут выступать их конкурентными преимуществами в сфере малого и среднего бизнеса, однако эти же качества и опыт профессиональной деятельности в большом коллективе с руководящими установками и конкретными требованиями определяют приоритет выбора военными пенсионерами работы «по найму», а не динамично изменяющиеся и рискованные условия ведения собственного бизнес-проекта (требующего также наличия стартового капитала).

Анализ массива мнений военных пенсионеров по вопросу их трудоустройства в «гражданской» жизни показывает, что сложности их включения в трудовые отношения, во многом, могут быть нивелированы реализуемыми программами профессиональной подготовки (переобучения), а также мерами по ресоциализации и адаптации к условиям современного рынка труда – однако в социальной группе военных пенсионеров отмечается некоторая информационная «фрустрация» по этому вопросу.

3.2.3. Самооценка здоровья и здоровьесберегающее поведение военных пенсионеров

Состояние своего здоровья после выхода на пенсию участники оценивают по-разному: «лучше, чем до увольнения, поскольку появилась возможность правильно питаться, выращиваю свои овощи на даче» (старший офицер, 46 лет); «...стрессов сейчас меньше, поэтому давление не повышается» (старший офицер, 50 лет); «...проблемы со спиной уменьшились, однако старые травмы беспокоят так же, как и раньше» (старший офицер, 49 лет); «...в целом, нормальное здоровье. Разленился немного, но стараюсь форму поддерживать» (прапорщик, 49 лет).

Тем не менее, очевидно, что при сохранении хорошей формы и тренированности, военная служба не способствует сохранению здоровья – перегрузки, профессиональные травмы, неблагоприятные условия выполнения

служебных задач, стрессы после выхода военнослужащих на пенсию обуславливают формирование ряда заболеваний, многие из которых усугубляются с возрастом. Так, две трети участников опроса указали наличие заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью – язвы желудка, инфаркта, травм, хронических заболеваний легких и сердечно-сосудистой системы, заболеваний опорно-двигательного аппарата и др. – «...Но язва, нажитая на стрессах и курении – имеется. Раньше вроде молодой, и не особо обращал внимание, а теперь время от времени обостряется» (старший офицер, 49 лет) и «Нажил» хронический бронхит, спина тоже – грыжи от перегрузок» (старший офицер, 53 года).

Кроме того, военные пенсионеры (92,9%) связывают здоровье с физической активностью, делая акцент, что «нельзя расслабляться» – «Я понимаю, что стоит расслабиться – тебя «догонит» и болезнь, и стресс, и усталость. Поэтому не даю себе расслабляться лишнего – пробежка и отжимания – каждый день, лыжи зимой, плавание летом – по возможности» (старший офицер, 47 лет). Мерами для поддержания или улучшения здоровья, предпринимаемыми самостоятельно военными пенсионерами, являются занятия спортом дома и в спортивных центрах, утренняя зарядка, регулярное санаторно-курортное лечение, приобретение лечебных аппаратов и приборов для физиотерапии и использования в домашних условиях, режим питания и отдыха, контроль качества продуктов.

Однако льготное санаторно-курортное лечение, предоставляемое военным пенсионерам, востребовано не всеми участниками исследования – часть респондентов отметила, что для получения путевки «надо походить по врачам» и «кто же в работы отпустит?» - однако большинство участников придерживаются мнения, что санаторно-курортное лечение необходимо для обеспечения хорошего самочувствия и качества жизни – «...в настоящее время почти каждый год езжу в ведомственный санаторий, как ветеран боевых действий. ... если хочешь заниматься своим здоровьем, то надо заниматься» (старший офицер, 57 лет).

Парадоксально, но признавая ценность и важное значение здоровья для своего жизненного благополучия (мнение всех участников исследования) – самостоятельно ежегодное углубленное профилактическое обследование

проходит только два участника фокус-группового исследования, при этом один из которых отмечает, что его «устраивает врач», а второй – что «работодатель заинтересован, чтобы сотрудники не болели».

Абсолютное большинство (100%) респондентов отметили, что удовлетворены качеством медицинского обслуживания в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях – при этом, сравнивая возможности диагностического обследования и лечения с услугами муниципальных (городских и областных) клиник по месту жительства, участники исследования подчеркивают, что в клиниках для военнослужащих «коммунизм – все есть и все быстро доступно». Вместе с тем, даже доступность и широкий спектр медицинских услуг не являются стимулирующими факторами для регулярного и своевременного обращения военных пенсионеров за медицинской помощью.

По данным фокус-групповых исследований, одним из элементов самосохранительного поведения, а в отдельных случаях - фактором повышения медицинской активности выступает трудовая занятость. Так, большинству работающих пенсионеров работодатели предлагают проходить ежегодный профилактический осмотр, обязательное флюорографическое обследование, вакцинацию против инфекционных заболеваний: «...работодатель сам заинтересован, чтобы сотрудники не болели...» (старший офицер, 56 лет), «...Раз в год на предприятие приезжает машина, проводят флюорографию» (старший офицер, 54 года).

Однако в процессе групповой дискуссии отмечено недостаточно внимательное отношение участников к своему здоровью: «...нет времени ходить к врачам: то работа, то некогда» (старший офицер, 56 лет); «..Никто не будет ходить в поликлинику «просто так», только если «прижмет». Пока не начнет нога отниматься, никто не пойдет» (старший офицер, 49 лет); «...не хожу в поликлинику, поскольку на работе никто не требует заключения медицинского осмотра» (прапорщик, 49 лет). Кроме того, было высказано мнение, что частое отсутствие на работе, в связи с листами нетрудоспособности, может быть предпосылкой к увольнению – «...лишний раз на больничный не пойдешь, Работодатель скажет... за год Вы проболели три месяца, нас это не устраивает,

поэтому либо Вы прекращаете болеть, либо ищем человека на ваше место» (старший офицер, 54 года) и «... работа такая: болен-не болен – выходи и работай, если не хочешь потерять место» (старший офицер, 56 лет).

При этом на вопрос о мерах, необходимых для сохранения здоровья, которые могли бы быть включены в арсенал ведомственных лечебно-профилактических учреждений, многие участники фокус-группового исследования затрудняются ответить. Часть респондентов видят перспективным для улучшения своего здоровья выписку современных медикаментов по льготным рецептам – «...больше хороших, качественных лекарств» (старший офицер, 49 лет), «...включение в арсенал ... новых методов диагностики и лечения, современные методы лечения и диспансеризация» (прапорщик, 49 лет), «предоставление возможности бесплатных занятий в спортивных залах...» (старший офицер, 46 лет).

В целом, анализ мнений военных пенсионеров позволяет выделить некоторые характерные особенности их отношения к здоровью: все респонденты признают здоровье ключевой ценностью, однако уровень готовности представителей этой группы к обращению за профилактической медицинской помощью / консультированием крайне низкий – при этом наблюдается «перенос» ключевого фокуса внимания с витальной потребности в сохранении здоровья (как основы качества жизни) на внешние характеристики «хорошей физической формы» и работу (как материальной «гарантии» уровня жизни семьи). Следовательно, это позволяет отметить сдвиг вектора мотивации с необходимости сохранения здоровья на необходимость сохранения работы в данной группе.

3.2.4. Самооценка качества своей жизни военными пенсионерами

Качество жизни выступает интегральным показателем удовлетворенности человека своими материальными, эмоционально-духовными, социальными компонентами жизнеустройства, физическими и интеллектуальными показателями развития, соотносимым с его социальным статусом на момент

оценки [117]. Актуальность изучения качества жизни в его медико-социологическом понимании у представителей социальной группы военных пенсионеров трудоспособного возраста обусловлена детерминированностью процесса их ресоциализации ключевыми составляющими качества их жизни.

Отдельным вектором групповой дискуссии стало обсуждение качества жизни респондентов после выхода на пенсию. Все участники исследования характеризуют качество своей жизни как «нормальное» и «хорошее» – «Все нормально, живем» (старший офицер, 57 лет); «...работаем, общаемся, жизнь идет» (старший офицер, 49 лет). При этом, на взгляд участников исследования, качество их жизни зависит, прежде всего, от трех ключевых факторов – материального благополучия (наличия работы / дохода), семьи и показателей здоровья (медицинским обслуживанием).

Тем не менее, большинство респондентов считают, что качество их жизни после выхода на пенсию снизилось – и связывают это, прежде всего, со снижением уровня дохода. Однако, признавая, что пенсия обеспечивает их базовые финансовые потребности, и что они «удовлетворены своим уровнем пенсионного довольствия», военные пенсионеры чувствуют ответственность за материальное обеспечение и уровень жизни семьи и при снижении привычного уровня дохода ищут возможности дополнительного заработка. При этом стремление выйти на работу и высказывания респондентов о приоритете материального фактора в структуре их мотивации к трудоустройству детерминированы именно социальной ролью главы семьи, отвечающего за благополучие родных, качество жизни семьи. Так, участники исследования подчеркивают: «У меня хорошая пенсия, не у всех такие зарплаты» (старший офицер, 46 лет), «... если честно, всегда хочется больше и больше – но у нас пенсия достаточно хорошая. И мне главное – что есть семья и работа, остальное решим» (старший офицер, 57 лет) «Финансы? Ну как, нормально. Пенсия есть как база, а дальше – хочешь больше – крутись, нет – лежи на диване» (старший офицер, 53 года). Вместе с тем, было высказано мнение, что пенсии военнослужащих, проходивших службу в «горячих точках», регионах со сложной

оперативной обстановкой должны быть выше, поскольку возможны дальнейшие затраты на поддержание утраченного здоровья.

Интересно, что респонденты не склонны перекладывать ответственность за свое благополучие и качество жизни на государство или общество и считают, что нужно «...работать, семью содержать, о своем здоровье заботиться – вот и будет жизнь качеством выше» (старший офицер, 49 лет). Ответственность за собственное благополучие также прослеживается в мотивах трудоустройства, описании семейных отношений, высказываниях о необходимости самостоятельно нести ответственность за сохранение своего здоровья и физической формы, сохранении социальной активности.

Респонденты осознают, что здоровье является основой качества их жизни и считают, что мерами, способствующими улучшению их качества жизни, могут быть предоставление санаторно-курортного лечения в ведомственных здравницах, выписка медикаментов по льготным рецептам «...больше хороших, качественных лекарств» (старший офицер, 47 лет), а также «внедрение новых методов диагностики и лечения в арсенал ведомственных лечебно-профилактических учреждений» (старший офицер, 49 лет).

Кроме того, военные пенсионеры считают, что потенциально будет способствовать улучшению их социального самочувствия и повышению качества жизни фактическое выполнение закрепленных в законодательных актах мер социальной поддержки военных пенсионеров в части получения дополнительного образования с учетом перспективных и востребованных в регионе специальностей. Большинство участников исследования подчеркивает, что «...потенциал военных пенсионеров большой, но надо его направлять в нужное русло» (старший офицер, 55 лет).

3.2.5. Роль семьи и социального окружения в ресоциализации военных пенсионеров

Интересно, что респонденты практически единогласно отмечают, что семья является главной составляющей их жизненного мира, а хорошие семейные

отношения выступают ключевым условием повышения качества их жизни – тогда как отношения с друзьями отмечают лишь отдельные участники исследования «Положительные эмоции получаю от общения с друзьями и путешествий...» (старший офицер, 53 года).

Увольнение в запас, преимущественно, положительно повлияло на семейные отношения военных пенсионеров. Так, большинство (64,3%) участников исследования считают, что отношения с супругой стали более крепкими – «Появилось больше времени, чтобы проводить его с женой и детьми» (старший офицер, 49 лет). При этом респонденты отмечают, что семейная атмосфера стала существенно спокойнее: «Тут многие бывали в «горячих точках», поэтому, когда увольняются, в семье спадает напряженность, дети радуются, что папа приехал, жена - что муж на месте» (старший офицер, 57 лет). На пользу отношениям в семье идет и вовлеченность молодого пенсионера в воспитание детей и, зачастую, внуков – «Выход на пенсию улучшил взаимоотношение в семье. У меня трое детей, стали больше общаться, больше времени проводить с семьей» (старший офицер, 48 лет).

Тем не менее, пенсионеры признают, что «если до пенсии были проблемы, то они остаются и после увольнения» (старший офицер, 49 лет). Кроме того, в отдельных случаях нахождение молодого мужчины без работы (даже с учетом дохода в виде пенсии) может негативно повлиять на супружеские отношения – «В моем случае это отрицательно сказалось. Наверное, тот баланс, когда я был на работе сместился» (старший офицер, 46 лет).

Одним из распространенных сценариев гармоничного жизнеустройства военных пенсионеров является их активное «переключение» с тягот военной службы на семейные задачи - «Внучка занимается танцами, приходится ходить к ней на выступления» (старший офицер, 57 лет) и «Внуки не дают скучать, выходные заняты. (улыбается) Помогаем детям, они молодые, им хочется куда-то сходить... (старший офицер, 57 лет). Также на семейные отношения, на взгляд респондентов, влияет наличие у молодых пенсионеров стремление к социальной активности, развитию, активной жизни: «считаю важно иметь собственное увлечение или работу, чтобы было, о чем поговорить с женой» (старший офицер,

53 года). Анализ мнений респондентов показывает, что семья выступает для военных пенсионеров ресурсом поддержки в сложный период «возвращения» к «гражданской» жизни, дает ощущение востребованности, обеспечивает вовлеченность в социальные отношения, мотивирует на развитие и достижения в новом статусе «молодого пенсионера» - то есть выступает ключевым ресурсом ресоциализации для граждан, завершивших военную карьеру.

Заметим, что после увольнения с военной службы большинство военных пенсионеров получают возможность реализации в своих увлечениях, хобби, направления имеющегося потенциала сил и времени в «мирные цели» - «давно мечтал заняться фотосъемкой, теперь на это появилось время...» (старший офицер, 50 лет); «появилось больше времени, которым можно распоряжаться самостоятельно, поэтому больше времени провожу в спортивном зале...» (старший офицер, 49 лет); «занимаюсь разведением собак, общение с питомцами повышает настроение.... Супруга интересуется современным искусством, поэтому выбираю спектакли и выставки в соответствии с ее предпочтением» (старший офицер, 53 года). Принимая во внимание, что увлечения, интересы, хобби позволяют не только реализовать свои потенциальные способности, интегрироваться и адаптироваться в новых сообществах и объединениях, но и расширить круг социальных контактов – что также способствует ресоциализации военных пенсионеров.

Важным представляется и стремление военных пенсионеров к поддержанию дружеских отношений, сложившихся в процессе профессиональной деятельности. Так, большинство участников дискуссии являются членами региональных ветеранских организаций. Интересно, что участие в собраниях таких организаций военные пенсионеры оценивают по-разному: «если есть возможность лишней раз встретиться с сослуживцами и обсудить актуальные вопросы, то почему-бы не воспользоваться этим правом?» (старший офицер, 57 лет). Более половины респондентов отметили, что «иногда есть необходимость найти бывшего коллегу, в этом помогают такие организации» (старший офицер, 50 лет) и «Общение в ветеранских организациях помогает обмену опытом и информацией, дает возможность появлению перспектив поиска лучшего места

работы» (старший офицер, 53 года). Однако отдельные респонденты указали, что воспринимают посещение ветеранских организаций как признание в необходимости помощи или поддержки в ситуации одиночества: «Ветеранские организации не посещаю, поскольку считаю, это для тех, кому нужны какие-то льготы или есть недостаток общения» (старший офицер, 46 лет). В целом, ветеранские организации можно оценить как сеть дружеской поддержки для военных пенсионеров, и в ситуации «возвращения» в гражданский социум такие объединения могут стать одним из каналов реализации мер социальной поддержки и информирования для представителей сообщества.

3.2.6. Потребность военных пенсионеров в мерах по ресоциализации и адаптации в современном российском социуме

В групповой дискуссии был также затронут вопрос оказания социальной поддержки военным пенсионерам для обеспечения их ресоциализации в «гражданском» социуме и включения в социальные (включая трудовые) отношения. На взгляд респондентов, наиболее актуальными мерами являются:

- повышение правовой грамотности военнослужащих и предоставление юридической поддержки военным пенсионерам для получения законодательно предусмотренных льгот и мер по социальной поддержке, направленных на повышение адаптированности военных пенсионеров в условиях современного социума – «...оповещать и разъяснять пенсионерам об их правах» (прапорщик, 49 лет) и «...чтобы были бесплатные услуги юристов, чтобы могли рассказать нюансы получения положенных льгот» (старший офицер, 49 лет), «юридического консультирования не хватает» (старший офицер, 46 лет);

- совершенствование информационной работы и оповещения о возможностях обращения военнослужащих и ветеранов боевых действий перед выходом на пенсию в центры министерства обороны для переподготовки / профессионального обучения востребованной «гражданской» специальности [10] – «только недавно узнал, что имел право получить дополнительную

квалификацию, но во время службы не знал. Возможно бы воспользовался этой льготой» (старший офицер, 46 лет);

- повышение пенсионных выплат с позиции интегративного подхода и учета стажа службы в «горячих точках», количества полученных боевых травм, тяжести нарушения здоровья и имеющихся заболеваний у военных пенсионеров: «Человек, который прослужил двадцать лет на Северном Кавказе, где сложная оперативная обстановка, постоянно рисковал жизнью, должен рассчитывать на более высокую пенсию, поскольку неизвестно, как отреагирует его организм на длительные стрессовые нагрузки. Здоровье будет «лопаться по швам», медикаментов в аптеке может не быть, и вся пенсия будет уходить на лекарства» (старший офицер, 57 лет);

- обеспечение темпов модернизации ведомственных медицинских организаций в соответствии с развитием современных медицинских технологий для обеспечения высокого качества медицинских услуг военнослужащим и военным пенсионерам – «...чтобы в ведомственных поликлиниках были современные методы лечения и диспансеризация ... Сейчас нормально, но ...чтобы шли в ногу с новыми технологиями» (прапорщик, 49 лет);

- создание спортивных центров / залов для военных пенсионеров или обеспечение им доступа в спортивные залы при воинских частях для укрепления здоровья, поддержания хорошей физической формы, ведения здорового образа жизни – «... чтобы для военных пенсионеров обустроивали спортзалы, мы бы занимались спортом и улучшали здоровье. При воинских частях есть такие залы, но допуск военных пенсионеров туда ограничен. Можно выделить часы для военных пенсионеров?» (старший офицер, 46 лет).

Анализ высказываний респондентов показывает, что, в целом, представители этой социальной группы испытывают потребность в информационной, правовой, медицинской, организационной поддержке – при этом ни один участник исследования не упомянул, что нуждается в поддержке психолога, группах / клубах поддержки – что может указывать, что эмоциональный и социально-коммуникативный аспект ресоциализации военные

пенсионеры обеспечивают за счет внутренних личностных резервов и семейных и дружеских сетей поддержки.

Результаты реализованного фокус-группового исследования позволили сформулировать следующие выводы:

1. «Возвращение» в «гражданский» социум для военных пенсионеров сопряжено с высоким уровнем стресса и требует адаптации к новому статусу «молодого пенсионера», условиям жизнеустройства, нормам и правилам взаимодействия в обществе.

2. Ключевыми ресурсами и механизмами ресоциализации военных пенсионеров в «гражданском» социуме является семья и социальное окружение, которые обеспечивают социальную, эмоционально-психологическую, материальную поддержку на первом «остром» этапе ресоциализации и способствуют формированию мотивации военных пенсионеров к развитию, трудоустройству, социальной активности.

3. Мотивация военных пенсионеров к трудоустройству связана, прежде всего, со стремлением сохранить социальный статус и уровень социальной активности, необходимостью укрепления материального положения семьи (в связи со снижением уровня доходов), потребностью в самореализации в рамках современного социума – и в этом контексте трудоустройство можно рассматривать как один из ведущих механизмов ресоциализации представителей данной социальной группы.

4. Основными барьерами при трудоустройстве военных пенсионеров являются специфика имеющегося профессионального опыта и военного образования, не отвечающего запросам работодателей, отсутствие дополнительного образования по «гражданским» специальностям, несоответствие предлагаемых вакансий ожиданиям соискателей, недостаточная ориентированность пенсионеров в правилах поиска работы в гражданских организациях.

5. Трудности интеграции в жизнь «гражданского» общества (в части трудоустройства, расширения социальных контактов) военные пенсионеры воспринимают как «боевую задачу», и трансформация объективных проблем в

источник мотивации определяет перспективы их интеграции в новую социальную и трудовую деятельность. Этот рациональный подход подкрепляется специфическими характерными качествами, сформировавшимися в период службы в армии – ответственностью, целеустремленностью, волей к достижению результата, дисциплинированностью, стрессоустойчивостью – что позволяет большинству представителей этой группы в период от двух месяцев до года реорганизовать свое жизнеустройство с учетом изменившихся социальных условий.

6. Отмечается низкая информированность военных пенсионеров в вопросах, касающихся переподготовки / профессионального обучения перед выходом на пенсию или законодательно закрепленных льгот на дополнительное образование, что актуализирует необходимость совершенствования информационной работы с личным составом в период прохождения ими службы с целью нивелирования будущих трудностей ресоциализации военных пенсионеров в рамках современного социума.

7. Вариант развития собственного малого бизнеса, для военных пенсионеров затруднителен из-за отсутствия первичного капитала и необходимого образования. Несмотря на наличие у военных пенсионеров личностных качеств, необходимых для ведения бизнеса, приоритет отдается работе по найму. Возможным вариантом расширения перспектив интеграции военных пенсионеров в сферу индивидуального предпринимательства может быть обучение основам ведения бизнеса, эффективному менеджменту на базе ведомственных центров переподготовки.

8. Завершение военной карьеры способствует улучшению взаимоотношений в семье военных пенсионеров – и, прежде всего, это связано с увеличением ресурса времени для общения с близкими – и проявляется в устойчивых просемейных установках бывших военнослужащих и их вовлеченностью в выполнение семейно-бытовых обязанностей после выхода на пенсию. Одновременно наличие свободного времени является фактором риска формирования у отдельных военных пенсионеров вредных привычек (в частности, регулярного употребления алкоголя). В этой связи трудовая занятость

бывших военнослужащих выступает не только механизмом повышения уровня их доходов, но и фактором снижения риска алкоголизации и десоциализации представителей данной социальной группы.

9. Ключевыми составляющими качества жизни военных пенсионеров является здоровье, наличие семьи и здоровье родных. Однако, признавая, что чувствуют себя удовлетворенными качеством, доступностью и широким спектром медицинских услуг в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях, военные пенсионеры демонстрируют низкий уровень заинтересованности в вопросах лечения, укрепления и сохранения собственного здоровья – при этом одним из ведущих факторов повышения медицинской активности выступает трудозанятость военных пенсионеров. Одновременно с этим представители социальной группы военных пенсионеров вовлечены в спорт и воспринимают внешние характеристики «хорошей физической формы» как показатели удовлетворительного состояния здоровья.

10. Благополучие и качество жизни своей семьи военные пенсионеры рассматривают, преимущественно, как зону личной ответственности, не рассматривая государство или общество в качестве источника постоянных мер социальной поддержки. Это проявляется в мотивации трудоустройства, системе семейных отношений, стремлении военных пенсионеров сохранить социальную активность и самостоятельность в самообеспечении.

11. Учитывая, что военные пенсионеры отличаются высоким уровнем социальной активности, приверженностью к спорту и здоровому образу жизни, привлечение их к патриотическому воспитанию молодежи, педагогической и социальной работе, может также положительно влиять на процесс их ресоциализации.

Полученные в результате фокус-группового исследования данные позволяют дополнить социальный портрет современного военного пенсионера трудоспособного возраста. Так, характерными чертами современного военного пенсионера являются: особые личностные качества, мотивированность на сохранение трудовой и социальной активности, наличие просемейных установок и высокого уровня ответственности за собственное благополучие и благополучие

своей семьи, низкая активность в профилактических мероприятиях и обращении за медицинской помощью, приверженность спорту. Основными ресурсами ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста являются семья (социальное окружение) и работа, а барьерами – низкий уровень информированности о законодательно закрепленных мерах социальной поддержки (возможностях переобучения / получения дополнительного образования, санаторно-курортного лечения, ряда льгот).

Основные выводы по материалам Главы 3:

Завершение профессиональной военной карьеры в армии и «возвращение» в «гражданский» социум на современном этапе ставит ряд вызовов для представителей социальной группы военных пенсионеров – и, прежде всего, это проблемы ресоциализации, то есть усвоения норм, правил, шаблонов социального взаимодействия в социальном пространстве российского общества – включая трудовые, медико-социальные, культурные, и зачастую – семейные интеракции.

Существует ряд факторов, которые влияют на процесс ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста: «молодой» пенсионный возраст, удовлетворительное состояние здоровья, особые черты «военного» характера (дисциплинированность, ответственность, стрессоустойчивость, целеустремленность, умение принимать решения и др.), мотивация на сохранение социальной, трудовой, физической активности – что способствует пролонгированию периода трудовой занятости представителей данной социальной группы, их вовлеченности в социальные процессы, реализации их интересов в семейной, творческой и спортивной сфере.

Тем не менее, анализ особенностей ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста в современном российском социуме показывает, что наиболее значимыми проблемами для этой группы являются маргинализация (размытость) социального статуса после завершения карьеры в армии, изменение уровня доходов (переход на пенсионное обеспечение), узкая направленность предложений о работе (деятельность в сфере безопасности объектов производства и организаций), недостаточная информированность о комплексе законодательно

закрепленных льгот и возможностей профессиональной переподготовки и обучения, наличие хронических заболеваний (последствий боевых травм). Основными ресурсами ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста являются семья (социальное окружение) и работа, а барьерами – низкий уровень информированности о законодательно закрепленных мерах социальной поддержки (возможностях переобучения / получения дополнительного образования, санаторно-курортного лечения, ряда льгот).

По результатам эмпирического исследования был сконструирован социальный портрет современного военного пенсионера трудоспособного возраста – это состоящий в браке мужчина среднего возраста, закончивший военную службу в офицерском звании, имеющий высшее образование, ключевыми жизненными ценностями которого являются здоровье, наличие семьи и здоровье родных. Отличается особыми личностными качествами, сформированными в период службы в армии (дисциплинированностью, ответственностью, стрессоустойчивостью), наличием просемейных установок и высоким уровнем ответственности за благополучие своей семьи. Работает в сфере обеспечения безопасности различных объектов или образования, ключевыми факторами мотивации его трудоустройства являются стремление к укреплению материального положения семьи и совокупность мотивов социального характера. Военный пенсионер имеет хроническую патологию сердечно-сосудистой системы, однако отличается низким уровнем самосохранительного поведения, недостаточной мотивацией к профилактической и регулярной заботе о своем здоровье и обращению за медицинской помощью.

Конструирование социального портрета военного пенсионера трудоспособного возраста позволило выявить характерные особенности изучаемой социальной группы, что способствует концентрации усилий по последовательной и адресной реализации мер социальной поддержки бывших военнослужащих и членов их семей, совершенствованию информационной работы с военнослужащими, и, в целом, оптимизации процесса ресоциализации и интеграции военных пенсионеров в социальную и трудовую сферу современного российского общества.

ГЛАВА 4. ВОЕННЫЕ ПЕНСИОНЕРЫ КАК ОСОБАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА ПАЦИЕНТОВ

4.1. Особенности отношения пациентов-военных пенсионеров трудоспособного возраста к лечению и профилактике респираторных заболеваний

Пандемии COVID-19 обусловила кардинальное изменение структуры и статистики заболеваемости инфекционными заболеваниями в мире на протяжении последних двух лет, и ожидается, будет определять картину заболеваемости и смертности на перспективу до 2023 года [252]. По оценкам Института Johns Hopkins на 30 марта 2022 года, за период эпидемии было официально зафиксировано 489 131 396 случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19, 6145883 из которых привели к смерти пациента. При этом показатели смертности от COVID-19 выше у пациентов старших возрастных групп: около 5% в возрастной когорте 65-74 лет, от 4% до 11% в диапазоне 75-84 лет и до 27% - в группе пациентов старше 85 лет [174].

Принимая во внимание, что диссертационное исследование было реализовано в перспективе 2017-2021 года, зона исследовательского интереса затрагивала особенности отношения пациентов-военных пенсионеров трудоспособного возраста к лечению и профилактике респираторных заболеваний. Так, до пандемии COVID-19 среди заболеваний органов дыхания лидирующие места занимали грипп и острые респираторные инфекции, опасность которых признана во всём мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила, что во время эпидемического роста гриппа отмечается 3-5 млн. случаев тяжелых форм гриппа, на которые приходится 250-500 тысяч смертельных исходов. Отметим, что осложнения фиксируются не только у пожилых пациентов, но и у здоровых молодых людей. Кроме того, при эпидемии гриппа заболеваемость и смертность населения от гриппа различаются в зависимости от года. Особенно заметным было это различие в 2009 и 2016 годы. В 2009 году смертность от гриппа была более заметна у молодого населения, а в 2016 году – у пациентов старшей

пожилой возрастных групп. Отмечено, что за период 2015-2016 гг. среди умерших от гриппа в Российской Федерации большую часть (71,3%) составили люди в возрастной группе от 32 до 64 лет. В 2018 г. максимальный уровень смертности от гриппа был зарегистрирован в возрастных группах до одного года и 65-69 лет и составил 0,4 на 100 тыс. населения, при этом средний возраст умерших от гриппа в 2018 г. составил 48 лет [50;72; 174].

Объяснимо, что риск осложнений гриппа выше у лиц, имеющих хроническую соматическую патологию, и наиболее высокий риск неблагоприятного развития заболевания фиксируется при сочетании у пациента нескольких соматических патологий. Согласно официальным данным, было зафиксировано 104 смертельных случая на 100 тысяч заболеваний гриппом в группе пациентов с сочетанными болезнями сердца; при сопутствующих бронхолегочных заболеваниях – 240 случаев на 100 тысяч; на фоне сахарного диабета и ишемической болезни сердца – 481 случай на 100 тысяч; при сочетании сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии – 870 случаев на 100 тысяч населения [200; 235].

Ввиду того, что при гриппе происходит повреждение эндотелия сосудов, возможно развитие у пациентов таких сердечно-сосудистых осложнений, как инсульт и инфаркт миокарда [39; 173]. Отмечается также влияние сезонной заболеваемости гриппом на рост смертности от злокачественной патологии (особенно среди лиц старше 50 лет), аутоиммунных заболеваний, менингитов, болезни Паркинсона [197].

Заболевание гриппом является одним из ведущих факторов риска осложнений (вплоть до смерти) сердечно-сосудистых заболеваний – в частности, инфаркта миокарда – пациентов в трудоспособном возрасте. В научной литературе отмечается, что воздействие на течение и прогрессирование ишемической болезни сердца у пациента вирусы гриппа оказывают опосредованно, через аутоиммунные механизмы [232; 233].

Имеющиеся на сегодняшний день исследования продемонстрировали достоверную взаимосвязь эпидемий гриппа и ОРВИ с уровнем смертности от сердечно-сосудистой патологии у мужчин старше 50 лет, то есть у возрастной

группы, представляющей интерес для нашего диссертационного исследования [213; 243].

В связи с этим, автором в 2019 году на базе поликлиники медико-санитарной части 02526 города Воронежа и поликлиники №1 федерального государственного казенного учреждения министерств обороны было проведено пилотажное исследование, направленное на изучение влияния вирусов гриппа на сердечно-сосудистую систему в группе пациентов-военных пенсионеров, средний возраст которых составил $52,7 \pm 4,7$ лет. Исследование включало анализ показателей ЭКГ-мониторинга военных пенсионеров, у которых был установлен диагноз «грипп» (и подтверждено выявление вируса гриппа А или В).

Факт заболевания гриппом участников исследования был верифицирован стандартным диагностическим комплексом (ПЦР-диагностика). Исследование проводилось на третий день от начала заболевания. Выборку составили пациенты с подтвержденным гриппом А – 43 человека, с подтвержденным гриппом В – 21 человек, контрольную группу (здоровые лица) составили 32 человека, которые на момент обследования не болели никакими респираторными заболеваниями, но были сопоставимы по полу и возрасту с исследуемой группой. Во всех случаях заболевание гриппом у представителей исследуемых когорт протекало в легкой или среднетяжелой форме, все пациенты-военные пенсионеры проходили терапию амбулаторно.

В результате проведенного пилотажного клинического исследования получены следующие результаты: в период заболевания гриппом были зафиксированы изменения на ЭКГ у 34,3% военных пенсионеров, при этом 23,4% случаев были связаны с изменениями ритма и проводимости, а 10,9% составили изменения ЭКГ, соответствующие ишемии миокарда. В период заболевания обследуемые пациенты ($n = 64$) жаловались на «учащенное сердцебиение» (7,8%), «дискомфорт в грудной клетке» (9,3%), «одышку при ходьбе» (4,6%). В контрольной группе ($n = 32$) отмечалось изменения ритма и проводимости у 3,1% участников исследования (таблица 5).

Таблица 5 – Оценка изменения ЭКГ у респондентов, больных гриппом (третий день от начала болезни, сравнение с контрольной группой здоровых пациентов)

Изменения ЭКГ	Грипп А (n = 43)	Грипп В (n = 21)	Контрольная группа (n = 32)
Снижение вольтажа зубца R	1	2	0
Эктопия водителя ритма	1	2	0
Сглаженный зубец Т в одном отведении	2	1	0
Сглаженный зубец Т в 2х, 3х отведениях	1	0	0
Синоатриальная блокада 1 степени	2	1	1
Атриовентрикулярная блокада 1 степени	1	0	0
Атриовентрикулярная блокада 2 степени	0	1	0
Изолированные суправентрикулярные блокады	1	2	0
Синусовая тахикардия	2	2	0

Представленные результаты свидетельствуют о нарушении сердечной проводимости под воздействием вирусов гриппа. В этом случае рациональная противовирусная и дезинтоксикационная терапия, как правило, дает положительный эффект через 5-7 дней от начала лечения (таблица 6).

Таблица 6 – Оценка изменения ЭКГ у реконвалесцентов гриппа (десятый день от начала болезни, сравнение с контрольной группой здоровых пациентов)

Изменения ЭКГ	Грипп А (n=43)	Грипп В (n=21)	Контрольная группа (n= 32)
Снижение вольтажа зубца R	1	0	0
Эктопия водителя ритма	1	1	0
Сглаженный зубец Т в одном отведении	0	1	0
Сглаженный зубец Т в 2, 3 отведениях	0	0	0
Синоатриальная блокада 1 степени	0	1	0

Продолжение Таблицы 6

Изменения ЭКГ	Грипп А (n=43)	Грипп В (n=21)	Контрольная группа (n=32)
Атриовентрикулярная блокада 1 степени	1	0	1
Атриовентрикулярная блокада 2 степени	0	0	0
Изолированные суправентрикулярные блокады	0	0	0
Синусовая тахикардия	1	1	0

Однако обращает внимание сохраняющиеся изменения ЭКГ в период реконвалесценции гриппа у части пациентов (10,9%), при этом 6,2% случаев составили изменения ритма и проводимости, а 4,6% – изменения ЭКГ, соответствующие ишемии миокарда (n = 64). В контрольной группе (n = 32) динамики показателей ЭКГ не отмечалось. Учитывая полученные данные, существует необходимость рекомендовать реконвалесцентам, с сохраняющимися изменениями на ЭКГ адресное диспансерное наблюдение и дообследование у кардиолога.

Одним из направлений диссертационного исследования выступил опрос пациентов-военных пенсионеров, направленный на изучение их отношения к лечению и профилактике респираторных заболеваний. Опрос был реализован с помощью авторского инструментария (анкеты) в 2019 году на базе поликлиники медико-санитарной части 02526 города Воронежа и поликлиника №1 федерального государственного казенного учреждения министерства обороны. Участие в исследовании приняли 150 военных пенсионеров, обратившихся за медицинской помощью в связи с заболеванием респираторной инфекцией.

Исследование показало, что практически все респонденты (92,0±2,2%) хотя бы раз в год переносят грипп или острое респираторное заболевание. Половина участников опроса указала, что более сезонными ОРВИ один раз в год, треть респондентов (35,9±3,9%) переносят грипп / респираторные инфекции два раза в год, и еще 6,1±1,9% военных пенсионеров сталкиваются с такими нарушениями здоровья три и более раза в год.

Заметим, что чуть более половины ($54,0\pm 4,1\%$) респондентов воспринимают грипп как тяжелое заболевание, еще $23,8\pm 3,5\%$ думают, что грипп протекает тяжело только в отдельных случаях (например, при наличии сочетанной соматической патологии у заболевшего), а каждый пятый участник опроса ($22,2\pm 3,4\%$) ответил, что заболевание гриппом не представляет опасности.

Информированность пациентов о мерах профилактики гриппа и респираторных инфекций является определяющим для формирования здоровьесберегающего поведения в группе военных пенсионеров. Сведения о гриппе и его осложнениях, а также других респираторных заболеваниях большинство респондентов получает из нескольких источников – так, $42,3\pm 4,0\%$ участников опроса получили развернутую информацию по этому вопросу из непосредственной беседы с медицинским работником, $18,0\pm 3,1\%$ почерпнули сведения по профилактике гриппа и респираторных заболеваний из интернет-ресурсов. Еще $15,7\pm 2,9\%$ опрошенных указали, что советы по предотвращению заболевания ОРВИ и гриппом поступают к ним от знакомых, родственников и соседей, для $14,4\pm 2,8\%$ пациентов-военных пенсионеров основным каналом информирования является телевидение, для $8\pm 2,2\%$ – печатные издания (газеты, информационные брошюры), из других источников получают информацию $6,8\pm 2,0\%$ респондентов.

Потенциальная опасность гриппа связана, прежде всего с риском широкого спектра осложнений (пневмонии, миокардита, перикардита, гайморита, менингита, полиневрита, нарушения работы почек, сердечно-сосудистой системы и др.). В группе опрошенных военных пенсионеров $22,0\pm 3,4\%$ отметили, что сталкивались с обострением имеющейся хронической патологии после перенесенного гриппа. Анализ амбулаторных карт, переболевших ($n=150$) показал, что в ближайший постинфекционный период (в течение месяца после перенесенного гриппа) до $34,0\pm 3,9\%$ участников исследования обращались к лечащему врачу по поводу обострения хронического заболевания – таких, как хронический риносинусит, тонзиллит, бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, гипертоническая болезнь, пиелонефрит, и ряд других заболеваний.

Тем не менее, в группе работающих военных пенсионеров была выявлена следующую особенность: $61,7 \pm 4,0\%$ участников опроса не берут листок нетрудоспособности, несмотря на рекомендации врача и возможное развитие осложнений, треть опрошенных ($30,5 \pm 3,8\%$) берут больничный в случае выраженных проявлений заболевания, и только $5,5 \pm 1,8\%$ респондентов – при каждом эпизоде заболевания. Большинство работающих пациентов-военных пенсионеров объясняют нежелание брать листок нетрудоспособности опасениями потерять работу.

Учитывая изменение статуса военнослужащих (выход на пенсию), необходимость снижения тревожности из-за опасения потери работы на «гражданских» должностях – проведение сезонной специфической профилактики гриппа представляется не менее важным, чем лечение гриппа и связанных с ним осложнений. Во время прохождения военной службы ежегодные медицинские осмотры и профилактическая вакцинация (включая вакцинацию от гриппа) являются обязательными. Заметим, что после увольнения, значительная часть военнослужащих перестает уделять внимание собственному здоровью, в частности, профилактическим мероприятиям, что может привести к возникновению острых состояний и летальных исходов [55, 185].

Опрос военных пенсионеров ($n = 150$) показал неоднозначное отношение представителей этой социальной группы к специфической профилактике гриппа – ежегодной вакцинации: $39,3 \pm 4,0\%$ опрошенных считали вакцинацию достаточно эффективной мерой для предотвращения инфицирования в течение года, чуть более половины респондентов ($55,3 \pm 4,1\%$) затруднились ответить на вопрос об эффективности вакцинации, еще $5,3 \pm 1,7\%$ опрошенных сомневались в ее эффективности. Такое скептическое восприятие мероприятий по профилактике гриппа участниками опроса не способствует сохранению их здоровья и может повысить риск заболевания респираторными инфекциями.

Во-многом, готовность военных пенсионеров к вакцинации определяется информированностью респондентов о возможностях специфической профилактики, рисках осложнений имеющейся хронической патологии при заболевании гриппом, имеющимся опытом вакцинации. Источниками

информации о вакцинации против гриппа для $44,0 \pm 4,0\%$ опрошенных военных пенсионеров является лечащий врач, четверть респондентов ($24,0 \pm 3,5\%$) получают информацию из телевизионных передач, еще $24,0 \pm 3,5\%$ участников исследования указывают, что о вакцинации узнают из других источников, а для $8,0 \pm 2,2\%$ основными каналами получения сведений о профилактических вакцинах против гриппа являются печатные средства массовой информации (газеты, журналы).

При этом на практике $32,7 \pm 3,8\%$ респондентов указали, что регулярно (ежегодно) вакцинировались перед началом эпидемии гриппа, еще треть ($34,7 \pm 3,9\%$) представителей социальной группы военных пенсионеров прививались от гриппа не каждый год, и $32,6 \pm 3,8\%$ признались, что не вакцинировались вообще.

Кроме того, исследование показало, что показатели охвата профилактической вакцинацией против гриппа отличаются в группах военных пенсионеров, продолжающих трудовую деятельность (108 человек), и среди неработающих представителей данной группы (42 человека). Среди неработающих военных пенсионеров более половины ($52,3 \pm 7,7\%$) вакцинируется нерегулярно, еще $38,1 \pm 7,5\%$ принципиально отказываются от профилактических прививок, и только один из десяти опрошенных респондентов ($9,5 \pm 4,5\%$) ежегодно делают прививку против гриппа. Отношение к вакцинации у военных пенсионеров, продолжающих трудовую деятельность, кардинально отличалось от неработающих: указали, что проходят ежегодную вакцинацию от гриппа $40,7 \pm 4,7\%$ трудоустроенных респондентов, еще треть ($30,5 \pm 4,4\%$) представителей данной группы прививаются, однако делают это не каждый год, а $28,7 \pm 4,3\%$ работающих опрошенных дали ответ «не вакцинируюсь против гриппа».

Такое распределение ответов указывает на тот факт, что трудовая занятость выступает одним из факторов, влияющих на повышение внимания к собственному здоровью у военных пенсионеров, стремление повысить уровень защиты от сезонной заболеваемости гриппом в условиях социальной активности (большой круг контактов в коллективе, транспорте, с внешними агентами / поставщиками / клиентами и др.). Кроме того, возможным объяснением

представленного распределения показателей может быть наличие условий, способствующих участию работающих военных пенсионеров в диспансерных и профилактических мероприятиях – таких, как требования работодателя в отношении ежегодной диспансеризации и вакцинации, организации мероприятий такого рода непосредственно на рабочем месте и др.

Так, в настоящее время на многих предприятиях организуется ежегодная кампания по вакцинации против гриппа, в рамках которой предусматривается выезд прививочных бригад и проведение мероприятий по вакцинации среди сотрудников [54, 72]. Кроме того, в крупных городах функционируют мобильные пункты вакцинации против гриппа для населения, которые начинают работать в начале осени, заблаговременно до сезонного распространения инфекции в стране [78, 148] – которые работающие пенсионеры, пользующиеся транспортом, могут посещать по пути на работу (с работы).

В вопросе лечения и профилактики гриппа и острых респираторных инфекций актуальным является вопрос об оценке эффективности респондентами отечественных противовирусных препаратов. Согласно полученным данным, значительная часть опрошенных ($54,0 \pm 4,1\%$) считают отечественные противовирусные препараты эффективными, еще $40,0 \pm 4,0\%$ военных пенсионеров доверяют лишь отдельным лекарственным препаратам российского производства, а $6,0 \pm 1,9\%$ респондентов испытывают сомнения в том, что данные препараты эффективны против гриппа [24].

Участники опроса отметили, что в случае заболевания применяют «уже проверенные» препараты и средства, которые ранее применяли в аналогичных ситуациях. Так, при первых симптомах острой респираторной инфекции около половины респондентов ($51,3 \pm 4,0\%$) применяют противовирусные средства, треть участников опроса ($36,0 \pm 3,9\%$) используют жаропонижающие препараты, еще треть ($34,0 \pm 3,9\%$) военных пенсионеров предпочитает лечение «народными» средствами (травы, мед, полоскания, обильное питье с малиной, брусникой и др.), $12,0 \pm 2,6\%$ считает наиболее правильным в случае инфицирования прием витаминов для укрепления иммунитета, $12,0 \pm 2,6\%$ опрошенных считает

необходимым использование антибиотиков, и $3,5 \pm 1,5\%$ предпочитают применять гомеопатические препараты для облегчения своего состояния (Рисунок 12).

Такое распределение ответов отражает, преимущественно, рациональный подход к лечению с помощью адекватных клиническим проявлениям заболевания лекарственных препаратов, однако очевидным является необходимость дополнительной информационно-просветительской работы с пациентами, ответившими, что принимают антибиотики и гомеопатические средства при вирусном заболевании.

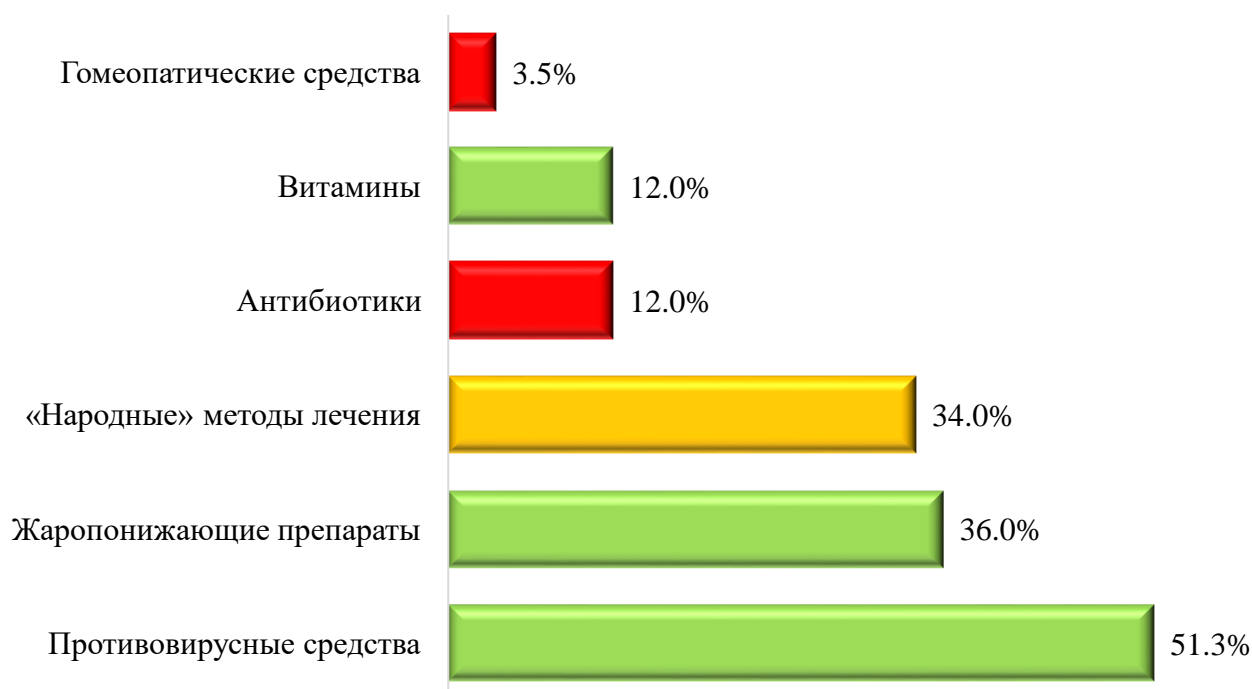


Рисунок 12 – Препараты, применяемые респондентами при первых симптомах гриппа и острых респираторных инфекций (% , n = 150, множественный вопрос)

Эффективными мерами для снижения риска инфицирования гриппом и сезонными респираторными заболеваниями является регулярное оздоровление, контроль за имеющимися хроническими заболеваниями, укрепление иммунитета пациентов. Комплексный подход к реализации указанных мер включает санаторно-курортное лечение, которое предоставляется бывшим военнослужащим и ветеранам. Доступность санаторно-курортного лечения, предоставляемого с условием льготной оплаты путевок, а также бесплатного проезда к месту лечения / профилактики / оздоровления, способствует востребованности такого вида социальной поддержки здоровья военных

пенсионеров – так, $82,0 \pm 3,1\%$ респондентов регулярно проходят лечение в ведомственных здравницах. При этом большинство участников опроса, получающих санаторно-курортное лечение ($76,0 \pm 3,8\%$), отметили положительное влияние на свое самочувствие и снижение частоты заболеваемости респираторными заболеваниями, в том числе гриппом.

Кроме того, в социальной группе военных пенсионеров наблюдается неоднозначное отношение к лечебно-профилактическим мероприятиям, включая вакцинацию и информационно-просветительские беседы с медицинскими работниками. Отсюда следует необходимость расширения профилактической работы с фиксацией доказательств её положительных результатов на практических примерах пациентов, не заболевших во время эпидемии гриппа в результате вакцинации и привлечения таких пациентов к информационной работе.

Преодолению скептического отношения к профилактической вакцинации против гриппа может способствовать формирование и укрепление партнерских взаимоотношений врача и пациента из числа военных пенсионеров, основанное на доверии. Указанная модель взаимоотношений признана оптимальной для повышения приверженности пациента профилактическим мероприятиям и лечению, и способствующей повышению качества оказания медицинской помощи населению [60].

В целом, в процессе проведенного исследования, отмечены как негативные, так и позитивные тенденции, влияющие на здоровье военных пенсионеров.

К негативным факторам можно отнести:

- отказ от пребывания на листке нетрудоспособности в период заболевания острой респираторной инфекцией, который связан с опасениями потерять работу;
- распространенность практик самолечения в группе военных пенсионеров, включая бесконтрольный прием антибиотиков без назначения врача, а также прием гомеопатических препаратов – эффективность которых не имеет достоверного подтверждения;

- снижение охвата социальной группы бывших военнослужащих профилактической вакцинацией по сравнению с периодом их пребывания на военной службе, когда вакцинация проводилась ежегодно.

К позитивным факторам можно отнести:

- вовлеченность военных пенсионеров в трудовую деятельность, что способствует поддержанию их здоровья (в группе трудозанятых охват регулярной сезонной вакцинацией выше);

- доступность санаторно-курортного лечения бывшим военнослужащим, предоставляемого с условием льготной оплаты путевок, а также бесплатного проезда к месту лечения / профилактики / оздоровления;

- «качественную» информированность о гриппе и его осложнениях: значительная часть военных пенсионеров получают сведения из компетентных источников – от медицинских работников (42,3±4,0%).

4.2. Прогнозирование степени комплаентности военных пенсионеров при амбулаторном лечении острых респираторных заболеваний (включая грипп и новую коронавирусную инфекцию COVID-19)

Интерес к проблеме прогнозирования степени комплаентности во многом обусловлен снижением медицинской активности военных пенсионеров в течение пяти лет после выхода на пенсию [185]. После завершения военной карьеры и ухода из-под требований обязательного регулярного медицинского обследования в ведомственной организации – меняется и структура обращения в лечебно-профилактические учреждения военных пенсионеров. Так, основными причинами обращения представителей данной социальной группы за медицинской помощью являются обострение имеющихся хронических заболеваний (травм), острые сезонные заболевания, необходимость оформления санаторно-курортных карт, получение необходимых справок [185].

Профилактическое обращение в медицинскую организацию в данной социальной группе является скорее исключением – при этом успех в сохранении и восстановлении здоровья, во многом, зависит от реализации профилактических

мероприятий (ежегодных медицинских осмотров, вакцинации), особенностей личности пациента (прежде всего – приверженности самосохранительному поведению), его отношения к рекомендациям врача. При этом дисциплинированность в выполнении медицинских назначений – комплаентность – подразумевает, прежде всего, соблюдение режима и длительности приема назначенных врачом лекарственных средств и препаратов, выполнения рекомендаций по диете и организации питания, соблюдения ограничений в физической активности и употреблении ряда продуктов. Именно комплаентность выступает ключевым фактором эффективности терапии острых и хронических заболеваний пациента [60; 63].

Этот фактор также имеет значение в случае лечения в амбулаторных условиях гриппа и других острых респираторных инфекций, включая новую коронавирусную инфекцию COVID-19. В качестве ведущего условия благополучного исхода заболевания и профилактики обострения патологии неинфекционного генеза, выступает четкое соблюдение пациентом назначений врача [60; 63; 217].

В настоящее время существует несколько способов определения комплаентности (таблица 7):

Таблица 7 – Способы определения комплаентности пациентов

Метод определения комплаентности	Содержание метода	Недостатки
Опрос пациента на приеме у врача или по телефону	Комплаентность оценивается по результатам беседы с пациентом в рамках амбулаторного приема, данных телефонного опроса и анализа дневников самонаблюдения	Возможны ложные ответы
Подсчёт таблеток [197; 217]	Проводится подсчет остающихся у пациента таблеток	Затруднения с использованием в амбулаторных условиях; нет полной информации о соблюдении режима приема и фактическом приеме препаратов

Продолжение Таблицы 7

Метод определения комплаентности	Содержание метода	Недостатки
Шкала медикаментозного комплаенса [60]	Шкалу при беседе с пациентом заполняет врач-психиатр	Возможны недостоверные ответы на вопросы
Шкала Мориски-Грина [231]	Метод определения приверженности к терапии включает четыре вопроса	Ответы могут не соответствовать критерию достоверности
Опросник Drug Attitude Inventory (DAI) [211]	Опросник из 30 вопросов применяется для определения комплаенса, в основном, у пациентов с шизофренией. Пациент самостоятельно заполняет опросник.	Метод учитывает особенности, присущие лицам с психиатрическими заболеваниями. Используются лишь результаты самоотчета
Электронные устройства MEMS (Medication Event Monitoring System) и eDEM (Electronic Drug Exposure Monitor) [198]	Приборы содержат микросхему, размещенную в крышке контейнера с лекарственными препаратами, и обеспечивают возможность точной оценки комплаентности. Прибор реагирует на каждый случай открывания контейнера.	Отсутствуют доказательства фактического приема - открытие контейнера может не сопровождаться приемом препарата. Имеются сложности технического характера и метод является дорогостоящим.
Определение концентрации препаратов и их метаболитов в крови, моче [149; 227]	Обеспечивает возможность выявлять концентрацию препаратов, препаратов в биологических жидкостях организма.	Высокая стоимость, не дает информацию о регулярности приёма, технические сложности, не подходят для препаратов, принимаемых несколько раз в сутки
Опросник «Уровень комплаентности» [77]	Существуют формы опросника для лиц с хроническими заболеваниями и здоровых лиц. Оценивается общая, социальная, поведенческая, эмоциональная комплаентность. Возможен низкий, средний или высокий уровень комплаентности.	Широкое применение затруднено, поскольку для заполнения бланка необходимо продолжительное время

Данные методики оценки комплаенса актуальны для пациентов с хроническими заболеваниями, при которых больной длительно принимает поддерживающую терапию.

В случае острой инфекционной патологии важно заранее спрогнозировать комплаентность, так как позднее начало лечения, недооценка пациентом тяжести заболевания, несоблюдение рекомендаций врача, может привести к тяжелым осложнениям и даже летальному исходу в короткие сроки.

Автором представлена модель формирования прогноза комплаентности при лечении острых респираторных инфекций, в том числе новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также гриппа, применительно к военным пенсионерам. Одним из перспективных для повышения приверженности лечению направлений деятельности врачей амбулаторных лечебных учреждений является проведение дополнительной информационно-просветительской работы с пациентами, показатель комплаентности которых находится на низком уровне. Данная деятельность может включать, в том числе, разъяснения возможных рисков неблагоприятного исхода заболевания в случае нарушения врачебных предписаний, а также представления подробных сведений о рисках осложнений имеющихся у пациента заболеваний в ситуации заражения гриппом / респираторной инфекцией [19].

Представленная модель проста в применении, что обеспечивает возможность оперативного формирования в амбулаторных условиях прогноза точности соблюдения пациентом рекомендаций врача, прежде всего - продолжительности и режима приема назначенных лекарственных препаратов. На основе отражающих комплаентность показателей возможно определение категорий пациентов, в отношении которых целесообразна дальнейшая индивидуальная работа с целью повышения приверженности лечению, назначенному врачом.

В рамках медико-социологического исследования по формированию прогноза степени комплаентности при амбулаторном лечении у военных пенсионеров острых респираторных заболеваний и гриппа участвовали пятьдесят

военных пенсионеров-мужчин г. Воронежа (возраст в среднем $57,3 \pm 3,5$ лет), сохраняющих активность в трудовом и социальном отношениях.

В ходе исследования особое внимание отводилось анализу взаимоотношений врачей с данной группой пациентов, особенностей и характере их общения (доверительный, патерналистский, конструктивный) по вопросам здоровья. На вопрос «достаточно ли информации о профилактике и лечении гриппа и сезонных респираторных инфекций Вам предоставляет лечащий врач?» – $82,0 \pm 5,4\%$ опрошенных ответили, что в период подъема сезонной заболеваемости врач предоставляет полную информацию и по профилактике, и по лечению заболевания. При этом $18,0 \pm 5,4\%$ военных пенсионеров отметили, что врачи отвечают на заданные вопросы, не проявляя инициативы в ведении санитарно-просветительских бесед.

Участники исследования отметили, что в ситуации возникновения у них симптомов гриппа или острого респираторного заболевания чаще всего (до $56,6 \pm 7,0\%$) предпочли бы обратиться / обращаются за консультацией к «узкому» специалисту-инфекционисту, еще $38,6 \pm 6,9\%$ респондентов указали, что обращаются к участковому терапевту, и еще $4,6 \pm 2,9\%$ военных пенсионеров предпочитают обращаться к врачу-гомеопату.

Привлечение в период ухудшения эпидемической ситуации по острым респираторным инфекциям и гриппу узких специалистов-инфекционистов к лечению военных пенсионеров повышает приверженность данной группы пациентов выполнению назначению врача, поскольку «добавляет авторитетности» вирусной инфекции – если заболевание лечит «узкий» специалист, а не врач первичного звена, это воспринимается получателем медицинских услуг как более «серьезное» заболевание, к лечению которого целесообразно подходить более ответственно.

При этом не отмечено статистически значимой взаимосвязи показателей комплаентности с мнением пациентов о летальности гриппа – ответы пациентов распределились следующим образом: $32,6 \pm 6,6\%$ опрошенных военных пенсионеров высказали мнение, что респираторные инфекции могут приводить к летальному исходу, каждый пятый представитель данной социальной группы

(21,3±5,8%) считал, что летальный исход возможен только в редких случаях, а 46,0±7,0% участников исследования дали ответ «считаю, что грипп не может привести к смерти».

По итогам корреляционного анализа эмпирической совокупности данных было установлено, что статистически значимыми коэффициентами корреляции обладают параметры: «специальность врача», «льготное лекарственное обеспечение», «информированность пациента о заболевании». Поэтому именно они были выбраны в качестве показателей для получения формулы расчета комплаентности. В дальнейшем, с помощью математического моделирования (метода наименьших квадратов по заданному объему статистической совокупности) были найдены значения параметров формулы, которые и являются искомыми параметрами для исследуемой задачи в рамках диссертационного исследования.

Оценка взаимодействия между врачом и пациентом осуществлялась на основе определения пациентом степени детализации предоставленных врачом сведений в отношении заболевания, а также разъяснения рисков осложнений, связанных с данным заболеванием. Взаимодействие врача и пациента определялось следующим образом: пациент оценивал, насколько подробно врач предоставляет информацию о заболевании: разъясняет ли он риски и осложнения инфекции заболевшему либо коротко отвечает на вопросы пациента или отсылает к другим источникам информации. Имела значение и специальность врача, назначившего лечение: узкий специалист - инфекционист; врач-терапевт; гомеопат (по предпочтению пациента).

Авторская анкета включала вопросы, связанные с:

- медицинским статусом (наличием или отсутствием трудовой занятости, регулярностью физических нагрузок, вакцинацией, наличием соматических заболеваний с хроническим течением);
- социальным положением (бытовыми условиями, возрастом, наличием детей, внуков, семейным положением);

– источниками сведений в отношении гриппа (получением сведений от медработников, из телепередач, периодических изданий, ресурсов в сети Интернет).

Комплаенс пациентов определялся следующими вариантами ответов: «совсем не придерживаюсь рекомендаций врача» (данный вариант ответа не был выбран ни одним из респондентов), «при улучшении состояния самостоятельно бросаю прием препаратов», «соблюдаю режим и длительность приема препаратов согласно предписанию врача».

Ответы были переведены в цифровые значения от одного до трех (закодированы в соответствии с выбранными вариантами ответов).

Полученная модель представлена формулой (9), исходя из заданного объема статистических данных опроса определенной референтной группы:

$$K = 0.42X_1 + 0.24X_2 + 0.27X_3 \quad (9)$$

Переменные X получены из ответов на вопросы анкеты. Результаты анкетирования были переведены в числовые значения от 1 до 3 (закодированы).

X_1 – объем информации, представляемый лечащим врачом, которая может быть выражена в цифрах 1 или 2. По мнению пациента, лечащий врач: 1 – не предоставляет подробную информацию о заболевании и его рисках; 2 – дает подробную информацию о течении, рисках и осложнениях болезни.

X_2 – специальность врача, назначившего терапию. Рекомендации дает: 1 – врач-гомеопат, 2 – врач общей практики, терапевт, 3 – узкий специалист (инфекционист).

За X_3 лекарственное обеспечение: пациент покупает препараты «за свой счет» – 1, частичное лекарственное обеспечение льготными препаратами – 2, полное лекарственное обеспечение в ведомственной аптеке – 3.

Таким образом, получив краткий ответ на заданные вопросы, можно спрогнозировать комплаентность пациентов в данной социальной группе [19].

Оценка диапазона значений:

Относящиеся к диапазону К, в диапазоне от 0,5 до 1,44, свидетельствуют о низкой комплаентности, то есть режим и длительность приема препаратов не будут соблюдены.

Относящиеся к диапазону К, в диапазоне от 1,45 до 2,5, свидетельствуют о высоких показателях комплаентности, то есть режим и длительность приема препаратов будут соблюдены. При этом, чем ближе показатели к 1 и 2 - тем точнее полученная оценка комплаентности [19].

Результаты расчетов представлены в таблицах 8, 9.

Таблица 8 – Коэффициенты детерминации для регрессионного уравнения расчета модели оценки комплаентности

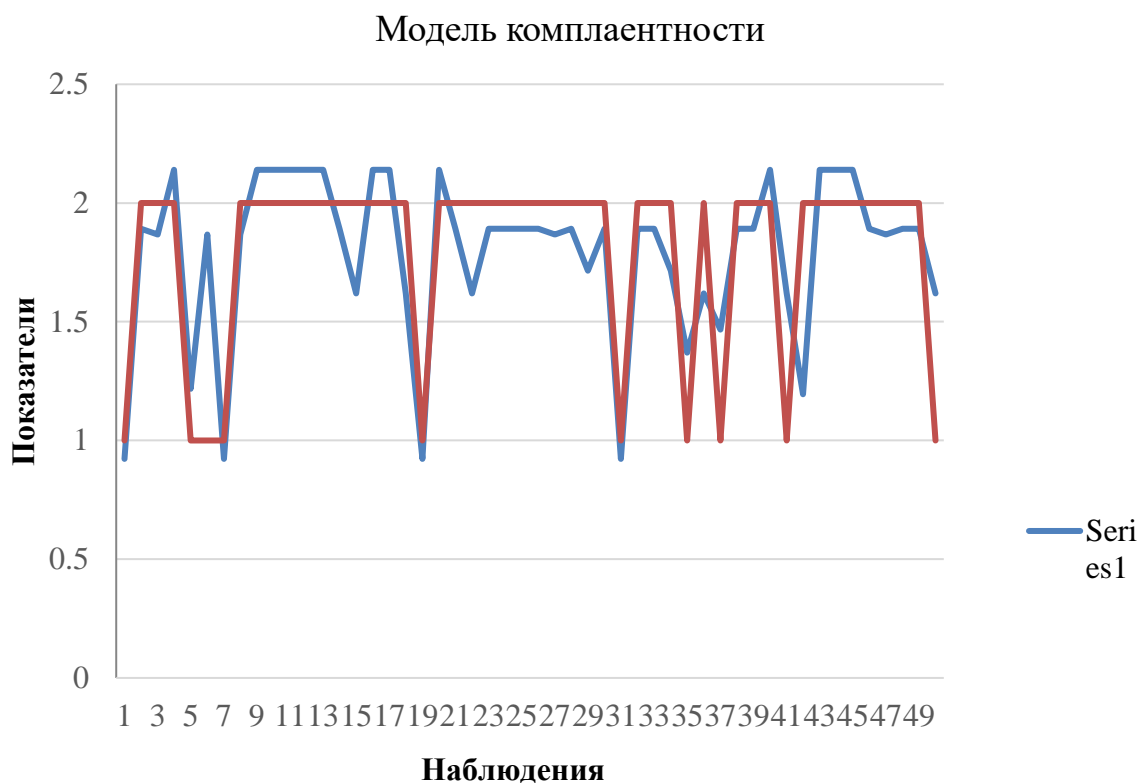
Регрессионная статистика	Значение
Множественный R	0,9886070242
R-квадрат	0,9773438483
Нормированный R-квадрат	0,955103161
Стандартная ошибка	0,2862652313

Таблица 9 – Результаты дисперсионного анализа адекватности модели оценки комплаентности

Показатель	Число степеней свободы	Сумма квадратов отклонений	Дисперсия	Отношения Фишера	P-уровень
Регрессия	3	166,1484	55,38281	675,8305	0,00058
Остаток	47	3,8515	0,08194	-	-
Итого	50	170	-	-	-

Подробный расчёт и вывод итогов приведен в Приложении Ж.

Визуальный анализ также показал хорошее совпадение модельных и реальных результатов (Рисунок 13). Смоделированные значения представлены графиком «ряд 2», реальные результаты исследования представлены в виде графика «ряд 1». На графике наглядно отображены точки совпадения и близкие данным модельного ряда реальные результаты – что свидетельствует о надежности полученной модели комплаентности пациентов при лечении острых респираторных инфекций.



Ряд 1- показатели реальных данных; **Ряд 2-** показатели смоделированных значений

Рисунок 13 – Визуальный анализ модели комплаентности пациентов при лечении острых респираторных инфекций (случаи / модельные значения)

Модель была апробирована в ситуации фактического обращения за медицинской помощью военного пенсионера в связи с респираторным заболеванием:

Пример 1. Пациент С., является военным пенсионером (вышел на пенсию два года назад), возраст - пятьдесят пять лет. При обращении в ведомственную поликлинику ($X_2=2$) ко врачу-терапевту пациент жаловался на наличие сухого кашля, легкой одышки, озноба, высокой температуры (до $38,0^0$ C), потерю обоняния. После осмотра специалистом был поставлен предварительный диагноз «новая коронавирусная инфекция COVID-19 (вероятная)». Вариант обеспечения препаратом - полное обеспечение препаратами ($X_3=3$). При этом сам пациент отметил, что терапевт не разъяснил связанные с заболеванием риски ($X_1=1$).

На основе разработанной формы возможно определение комплаентности, формирование прогноза лечения. Необходимо использовать значения $K=0,42X_1+0,24X_2+0,27X_3$, $K=1,71$. Результат отражает, что комплаентность пациента находится на уровне выше среднего, что может указывать на то, что

прием пациентом назначенных препаратов будет осуществляться согласно представленным врачом рекомендациям [19].

Основные выводы по материалам Главы 4:

Результаты исследования показали, что большинство военных пенсионеров имеют одно и более хроническое заболевание, чаще всего связанных с характером службы – при этом преобладающей патологией у пациентов этой группы являются заболевания сердечно-сосудистой системы. Учитывая данный факт, частые острые респираторные инфекции (включая новую коронавирусную инфекцию COVID-19) и грипп представляют опасность для пациентов исследуемой социальной группы, поскольку, согласно исследованиям, эти заболевания у мужчин старше 50 лет протекают с широким спектром осложнений.

Анализ ЭКГ-мониторинга военных пенсионеров ($n = 96$), продемонстрировал наличие изменений на электрокардиограммах у части военных пенсионеров в период заболевания гриппом. В большинстве случаев данные изменения купировались после стандартной противовирусной терапии, однако в ряде случаев сохраняющиеся изменения на ЭКГ свидетельствуют о необходимости дообследования и коррекции нарушений сердечной деятельности врачом-кардиологом, с дальнейшим проведением диспансерного наблюдения за пациентом.

По результатам проведенного исследования выявлен ряд негативных факторов, отрицательно влияющих на здоровье бывших военнослужащих: нежелание пребывать на листке нетрудоспособности во время эпизодов острого респираторного заболевания, связанное с тревогой в отношении рисков потери работы; приверженность представителей данной социальной группы самолечению (включая прием антибиотиков без назначения врача); снижение охвата военных пенсионеров профилактической вакцинацией по сравнению с периодом военной службы.

Можно отметить, что большинство военных пенсионеров информированы о возможностях специфической профилактики гриппа. При этом, трудозанятые военные пенсионеры с большей регулярностью проходят сезонную вакцинацию

против гриппа – что связано, прежде всего, с требованиями работодателей, а также логистической доступностью процедуры (проводятся выезды вакцинальных бригад на предприятия) – то есть трудовая занятость выступает одним из опосредованных факторов сохранения здоровья. При этом информационно-профилактические мероприятия (лекции, беседы), организованные в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях, не привлекают пациентов из числа военных пенсионеров (83% никогда не принимали участие в таких мероприятиях).

Проведенное медико-социологическое исследование «Прогнозирование степени комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных заболеваний у военных пенсионеров», позволило определить показатели приверженности исследуемой группы к лечебным и профилактическим мероприятиям при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных инфекций, включая новую коронавирусную инфекцию COVID-19. Совпадение модельных и реальных результатов построенной математической модели позволяет оценить её как адекватную и использовать на практике для прогнозирования комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных инфекций у военных пенсионеров.

ГЛАВА 5. РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ВОЕННЫХ ПЕНСИОНЕРОВ: НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ

5.1. Качество жизни военных пенсионеров как показатель социальной ресоциализации (по материалам г. Воронежа)

Качество жизни – это общепринятое понятие, которое затрагивает многие грани жизни человека: экономические, экологические, медицинские (включая доступность и качество медицинской помощи), личной и национальной безопасности – с основой на характеристики его социального статуса, и удовлетворенность индивида ими.

Впервые исследование феномена качества жизни в медицине предложил американский ученый D.A. Karnovsky, который изучал особенности восприятия болезни онкологическими больными еще в 1947 году [218]. В своих исследованиях D.A. Karnovsky обосновал важность изучения не только соматического состояния и общемедицинских показателей пациентов, но и психологических и социальных последствий болезни. Эта работа стала отправной точкой для дальнейшего изучения качества жизни больных с различными нозологиями [218].

В настоящее время в научных публикациях понятие «качество жизни», связанное со здоровьем, получило большое распространение и рассматривается при различных нозологических единицах [58]. Так, динамику качества жизни населения нашей страны в условиях пандемии COVID-19 рассматривают Ю.Л. Шевченко, Т.И. Ионова, В.Я. Мельниченко [178]. На вопросах качества жизни людей пожилого и старческого возраста фиксирует внимание А.В. Смирнов, который проанализировал показатели качества жизни пациентов, пребывающих в условиях гериатрической клиники [152]. О.Е. Коновалов, А.В. Попов, М.Д. Васильев рассматривают показатели качества жизни как информативные критерии при мониторинге состояния здоровья военных пенсионеров [90]. Медицинские аспекты качества жизни при гипертонической

болезни рассматривают С.В. Давыдов [58], Е.А. Титей [166], анализ показателей у пациентов с полиморбидной патологией проводится Е.В. Севостьяновой [147].

По определению А.А. Новик «качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии» [117]. В современной концепции оценка качества жизни включает следующие составляющие: многомерность (отражает все основные сферы жизни); возможность временной изменчивости (мониторинг показателей во временном промежутке); участие самого пациента в оценке состояния (оценку должен проводить пациент самостоятельно). Данная методика интересна не только для медицинских работников, но является и надежным методом оценки благополучия людей.

Данный концептуальный подход позволил нам комплексно проанализировать особенности качества жизни в период ресоциализации военных пенсионеров и его динамику после выхода на пенсию.

Разработка стандартного опросника для определения качества жизни SF-36 определила развитие новых перспектив в развитии современной медицины. Данный метод определения качества жизни основан на относительно легком, точном и информативном приеме фиксирования основных параметров, являющихся частью благополучия больного человека в формате специальных опросников, заполняемых пациентом самостоятельно. Тем не менее, критика данного подхода сосредоточена на субъективной составляющей этого метода опроса, поскольку в некоторых случаях при улучшении состояния здоровья пациента не отмечается повышения показателей качества его жизни [171].

В целом, современные опросники для изучения качества жизни можно разделить на общие, предназначенные для оценки качества жизни в целом и, специальные, разработанные для уточнения заданных параметров. В 1993 г. в США на основе *General Psychological Well-Being* и *Health perceptions Questionnaire* был разработан опросник SF-36 [117]. В конце 1990-х гг. в России в Межнациональном центре исследования качества жизни (г. Санкт-Петербург) была разработана и валидизирована русская версия опросника, которая показала

высокую согласованность с показателями качества жизни, исследуемыми в других странах, и подходит для определения популяционных показателей (Рисунок 14).

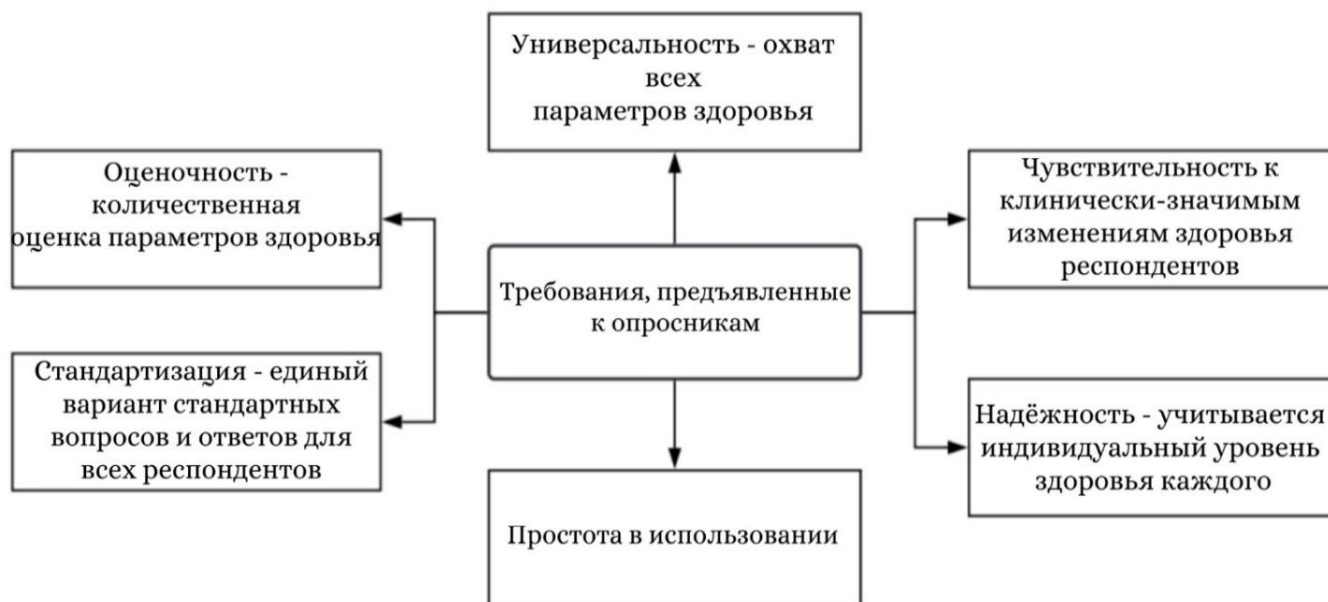


Рисунок 14 – Перечень требований к современным опросникам

Интерес автора к феномену качества жизни в его медико-социологическом понимании обусловлен зависимостью процесса ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста от характеристик, составляющих это понятие [46; 61; 147; 155]. С целью их всестороннего изучения было проведено исследование «Определение качества жизни военных пенсионеров г. Воронежа» (2015-2018 гг.) с использованием стандартной анкеты качества жизни SF-36. В анкету включены вопросы, касающиеся физического, ролевого и социального функционирования, интенсивности боли, жизненной активности, психического здоровья и общего состояния здоровья респондента.

Анализ результатов опроса военных пенсионеров всех возрастных групп (n=413) показал, что средние показатели физического функционирования респондентов сохраняется на относительно высоком уровне ($83,6 \pm 17,4$), что говорит о достаточных физических резервах. При этом ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, имеет средние

величины ($66,7 \pm 16,3$), а собственная оценка своего состояния здоровья имеет показания ближе к низким ($57,5 \pm 18,6$). Параметры психического здоровья ($65,5 \pm 15,5$) и социального функционирования ($74,8 \pm 11,1$) можно отнести к средним.

Сгруппировав полученные данные в шкалы, можно отметить, что средние значения показателей психологического ($51,2 \pm 7,7$) и физического ($46,3 \pm 9,7$) компонентов здоровья у военных пенсионеров имеют невысокие величины (Рисунок 15).

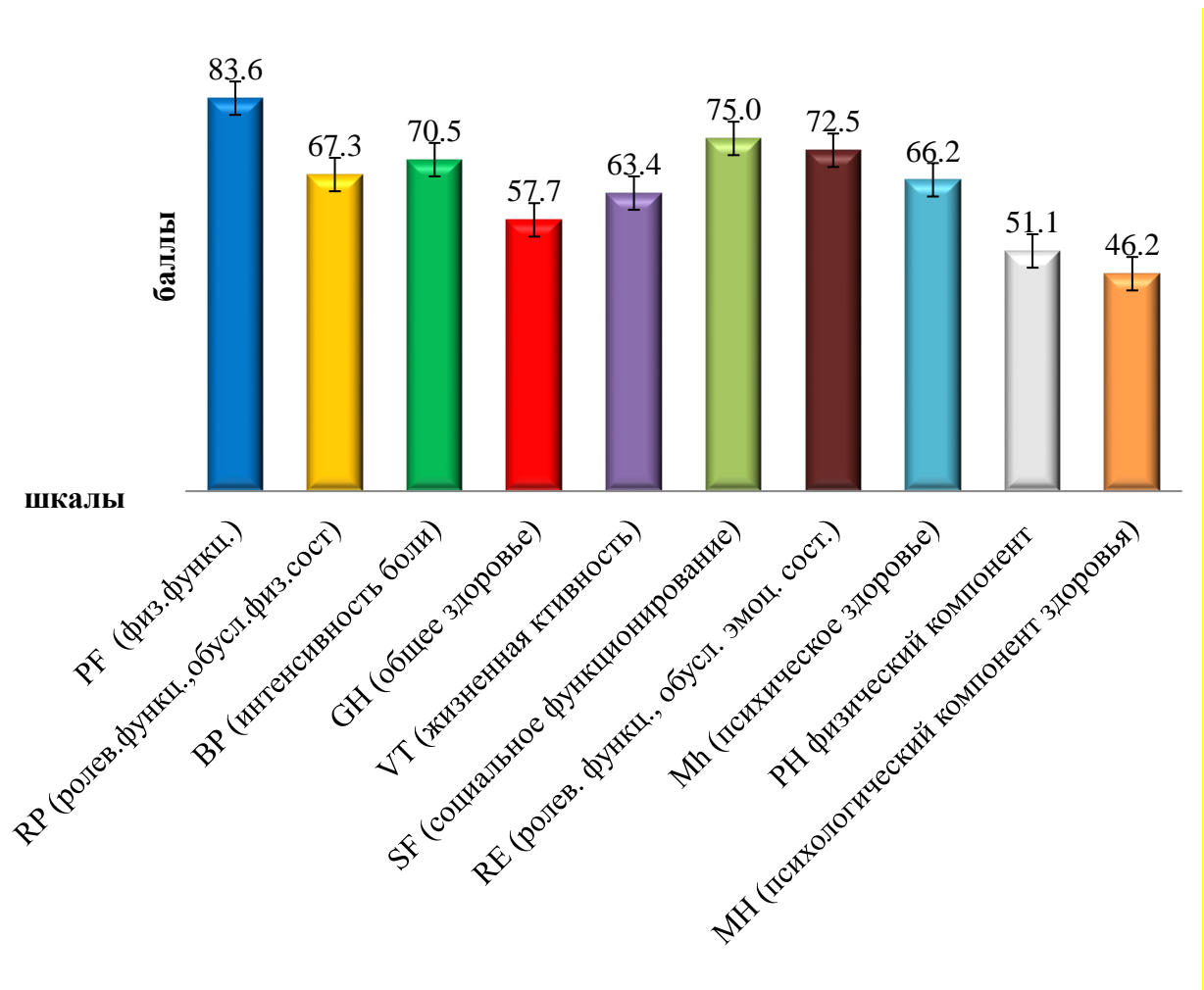
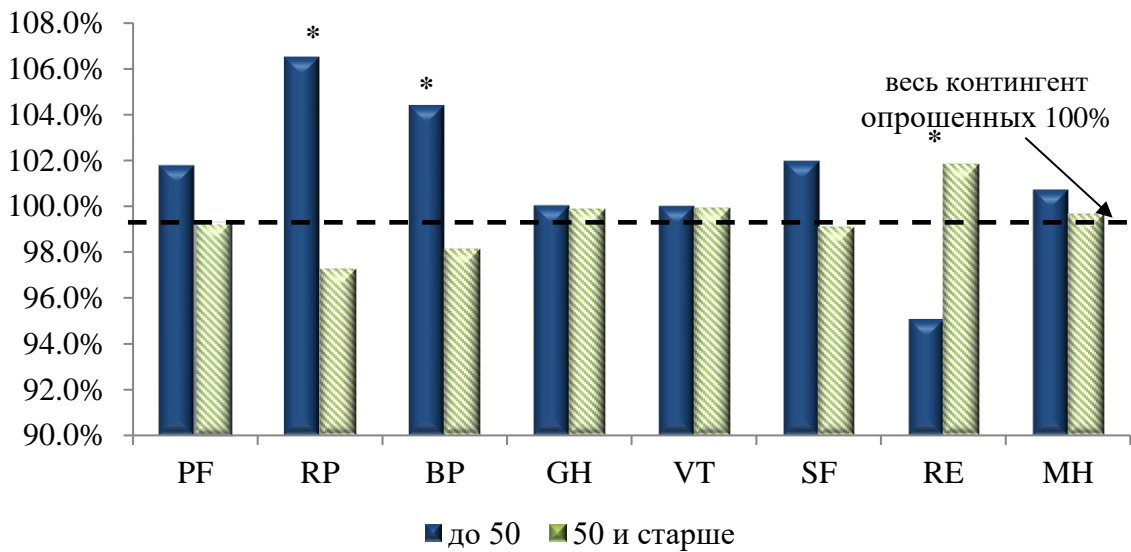


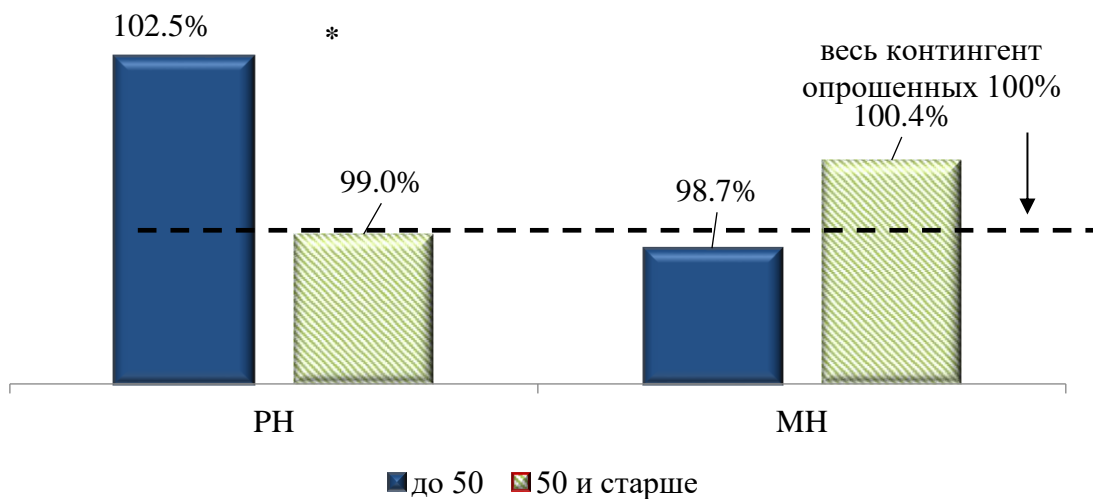
Рисунок 15 – Средние показатели качества жизни военных пенсионеров, уволенных с военной службы не более пяти лет назад ($n = 413$, %)

Динамика показателей качества жизни в возрастных группах до 50 лет и старше 50 лет представлена на Рисунке 17-А. Интерес представляют данные обобщенного показателя физического компонента здоровья (PH), которые заметно выше в возрасте до 50 лет, что особенно прослеживается в шкалах

«ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP) и «интенсивность боли» (BP).



А



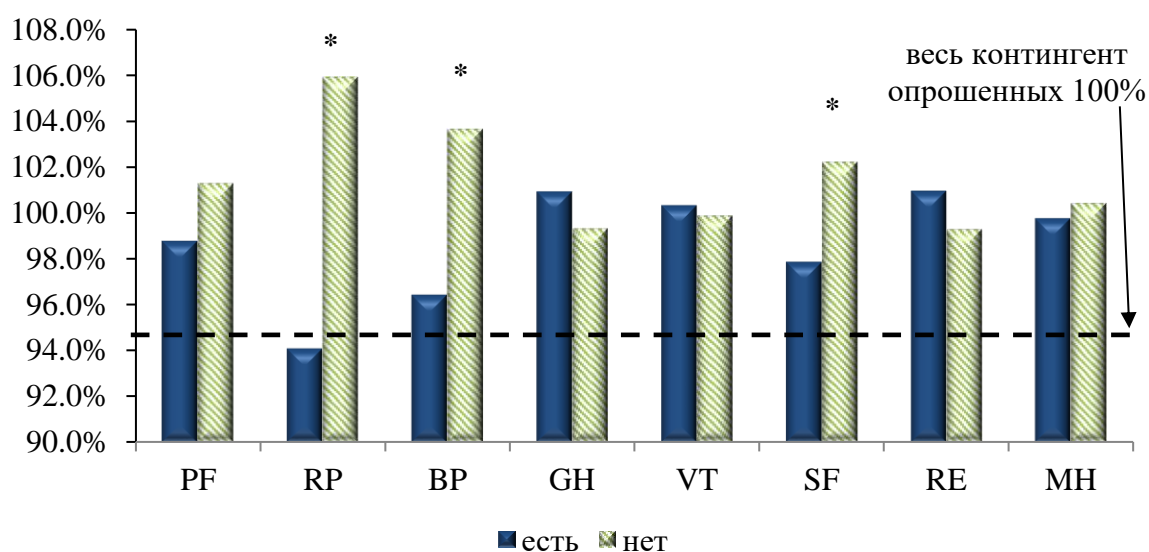
Б

Рисунок 16 – Различия в параметрах качества жизни в зависимости от возраста военных пенсионеров (n = 413, %, А– отдельные шкалы; Б – обобщённые показатели)

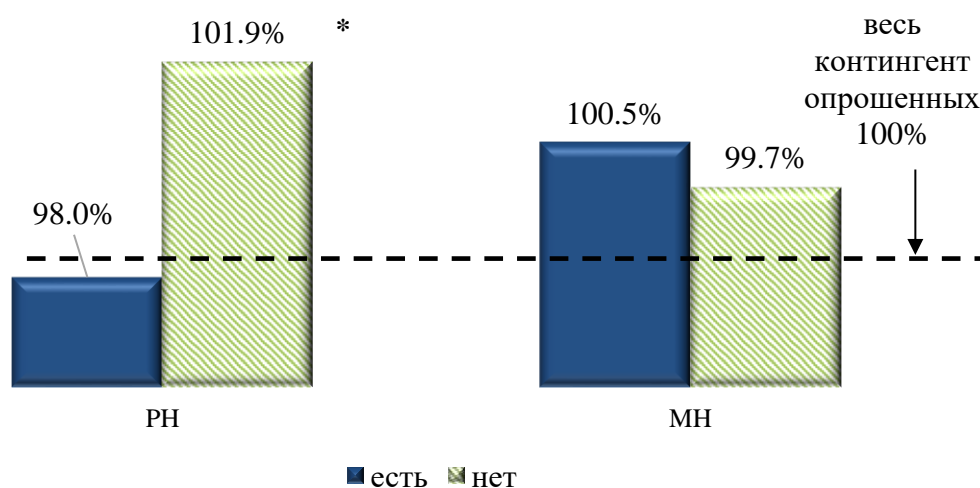
Однако показатели психологического компонента выше в группе, где возраст превышает 50 лет - что заметно по обобщенному показателю психологического здоровья (MH), а также по показателю ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE). Эти данные могут свидетельствовать о трудностях психологической адаптации военных пенсионеров в возрасте 40-49 лет к новым условиям жизни, так как ресоциализация совпадает с «кризисом среднего возраста», феномен которого был впервые замечен К. Юнгом. Это также соотносится с представлениями социолога

И.С. Кона, определившим возраст 40-50 лет как «трудный возраст» жизни человека [82].

Можно проследить связь показателей шкал качества жизни с параметром «наличие внуков» (Рисунок 17 А, Б). Помощь в воспитании внуков способствует формированию ощущения востребованности, морального удовлетворения, но при этом, появляется дополнительная физическая нагрузка, двигательная активность, что отражается на обобщенном показателе физического компонента здоровья (PH) (Рисунок 18 Б).



А



Б

Рисунок 17 – Различия в параметрах качества жизни в зависимости от наличия внуков у военных пенсионеров (n = 413, %, А – отдельные шкалы; Б – обобщённые показатели)

Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) выше в группе военных пенсионеров имеющих внуков, что может

свидетельствовать о значимости преемственности поколений, возможности передачи жизненного опыта и знаний (Рисунок 18 А). Кроме того, при анализе обобщенных показателей компонентов психологического компонента здоровья (МН), при наличии внуков прослеживается более высокие показатели (Рисунок 17 Б).

С помощью метода множественного корреляционного анализа в шкалах «физический компонент» и «психологический компонент» здоровья были определены факторы социальной адаптации, имеющие взаимосвязь с показателями качества жизни (таблица 10).

Таблица 10 – Результаты множественного корреляционного анализа взаимосвязи показателей «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья» с факторами социальной адаптации военных пенсионеров

Параметр	Физический компонент здоровья	Психологический компонент здоровья
Воинское звание перед выходом на пенсию	-0,11459*	0,00034
Наличие внуков	0,157027*	-0,01873
Посещение поликлиники	0,201824*	-0,20576*
Беседы врачей	0,111607*	-0,03806
Нозологическая принадлежность имеющегося хронического заболевания	-0,14739*	0,06238
Удовлетворённость семейным положением	0,135728*	-0,00368
Изменение удовлетворенности медицинским обеспечением	-0,10066*	-0,05781

Примечание: Знаками отмечено: ** – достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); * – достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$)

Обратную зависимость можно отметить между воинским званием на момент выхода на пенсию и физическим компонентом здоровья. Этот факт можно объяснить различным предельным возрастом выхода на пенсию, который повышается в зависимости от воинского звания, а также длительностью пребывания на воинской службе.

Отмечена отрицательная связь физического компонента с регулярностью посещения поликлиники с профилактической целью: чем он ниже, тем чаще

военные пенсионеры проходят профилактические осмотры. В то же время отмечена положительная связь посещаемости поликлиники с психологическим компонентом здоровья (МН). Таким образом, можно предположить, что военные пенсионеры, регулярно посещающие ведомственную поликлинику с профилактической целью, имеют более низкий уровень тревоги.

В рамках исследования медицинских аспектов ресоциализации, интересным представляются данные обратной зависимости физического компонента здоровья и частоты проведения профилактических бесед врачей с пациентами – военными пенсионерами. Очевидно, что медицинские работники чаще проводят беседы такого рода с пациентами с низкими показателями физического компонента здоровья; пациенты с высокими показателями физического компонента получают недостаточную информацию, что, в свою очередь, может привести к снижению данного показателя и в этой относительно благополучной группе.

С целью установления статистически значимой зависимости параметров качества жизни от изученных в работе факторов социальной адаптации военных пенсионеров был выполнен множественный дисперсионный анализ, результаты которого представлены в таблицах 11-17.

Таблица 11 – Результаты анализа зависимости компонента «физическое функционирование» качества жизни по опроснику SF-36 от некоторых факторов социальной адаптации

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
<i>от состояния параметра в настоящее время</i>					
Возраст	5274,35	25	210,974	0,69	0,8626
Наличие внуков	82,2226	1	82,2226	0,27	0,6032
Трудовая занятость	288,005	1	288,005	0,95	0,3308
Условия жизни	1419,16	2	709,578	2,34	0,0982*
Удовлетворенность финансовым состоянием	1349,47	4	337,367	1,11	0,3512
Наличие хронических заболеваний	149,493	2	74,7467	0,25	0,7820

Продолжение Таблицы 11

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
<i>от изменения параметра после отставки (выхода на пенсию)</i>					
Изменение условий жизни после выхода на пенсию	3224,92	5	644,985	2,12	0,0422*
Изменение соответствия жилья требованиям гигиенических нормативов	809,494	1	809,494	2,67	0,1035
Изменение удовлетворенностью финансовым положением	2252,36	6	375,394	1,24	0,2872
Изменение частоты занятий физкультурой	2016,84	5	403,368	1,33	0,2517
Изменение причин занятий физкультурой	1583,67	8	197,959	0,65	0,7338
Изменение отношения к курению	3086,87	5	617,374	2,03	0,0736*
Изменение удовлетворенности медицинским обеспечением	1479,83	5	295,967	0,97	0,4333
Изменение удовлетворенности семейной жизнью	981,398	6	163,566	0,54	0,7788

Примечание. Знаками отмечено: ** – достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); * – достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$)

Статистически значимо, при уровне достоверности более 90-95% ($p < 0,1$) вероятности параметр «физическое функционирование» имеет зависимость от условий проживания в настоящее время ($p = 0,0982$), изменения их после выхода на пенсию ($p = 0,0422$) и изменения отношения к табакокурению ($p = 0,0736$). Физическое функционирование улучшается при условии хороших жилищных условий или изменения их в лучшую сторону после выхода на пенсию, а также в случае отказа от или снижения дозы курения табака (таблица 12).

Таблица 12 – Результаты анализа зависимости компонента «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» качества жизни по опроснику SF-36 от некоторых факторов социальной адаптации

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
<i>от состояния параметра в настоящее время</i>					
Возраст	36479,5	25	1459,18	1,15	0,2844
Наличие внуков	9,35099	1	9,35099	0,01	0,9316
Трудовая занятость	6500,27	1	6500,27	5,12	0,0242**
Условия жизни	10082,8	2	5041,41	3,97	0,0197**
Удовлетворенность финансовым состоянием	4218,09	4	1054,52	0,83	0,5060
Наличие хронических заболеваний	2310,92	2	1155,46	0,91	0,4032
<i>от изменения параметра после отставки (выхода на пенсию)</i>					
Изменение условий жизни после выхода на пенсию	6307,04	5	1261,41	0,99	0,4211
Изменение соответствия жилья требованиям гигиенических нормативов	3692,11	1	3692,11	2,91	0,0889*
Изменение удовлетворенностью финансовым положением	3312,93	6	552,155	0,44	0,8552
Изменение частоты занятий физкультурой	5487,74	5	1097,55	0,87	0,5047
Изменение причин занятий физкультурой	5943,3	8	742,912	0,59	0,7897
Изменение отношения к курению	1895,67	5	379,134	0,30	0,9133
Изменение удовлетворенности медицинским обеспечением	7911,52	5	1582,3	1,25	0,2866
Изменение удовлетворенности семейной жизнью	12688,9	6	2114,82	1,67	0,1283

Примечание. Знаками отмечено: ** – достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); * – достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$)

Отмечена связь показателя шкалы «влияние физического состояния на выполнение повседневных дел, работу» (RP) и наличием трудовой занятости ($p=0,0242$), достоверность влияния более 95% вероятности ($p<0,05$). Возможно, что именно состояние здоровья является ограничивающим фактором в поиске работы части военных пенсионеров.

Кроме того, изменение после выхода на пенсию параметра «соответствие жилья гигиеническим нормативам» имеет прямую связь с величиной шкалы RP ($p=0,0889$), достоверность влияния более 90% вероятности ($p<0,1$). Таким образом, улучшение гигиенических норм положительно отражается на данном показателе.

Таблица 13 – Результаты анализа зависимости компонента «интенсивность боли» качества жизни по опроснику SF-36 от некоторых факторов социальной адаптации

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	P-значение
<i>от состояния параметра в настоящее время</i>					
Возраст	7038,59	25	281,544	0,46	0,9883
Наличие внуков	76,5424	1	76,5424	0,13	0,7228
Трудовая занятость	0,485547	1	0,485547	0,00	0,9775
Условия жизни	3100,7	2	1550,35	2,55	0,0794*
Удовлетворенность финансовым состоянием	2174,59	4	543,647	0,90	0,4670
Наличие хронических заболеваний	1266,61	2	633,305	1,04	0,3537
<i>от изменения параметра после отставки (выхода на пенсию)</i>					
Изменение условий жизни после выхода на пенсию	3614,12	5	722,823	1,19	0,3137
Изменение соответствия жилья требованиям гигиенических нормативов	731,235	1	731,235	1,20	0,2733
Изменение удовлетворенностью финансовым положением	1848,95	6	308,158	0,51	0,8027

Продолжение Таблицы 13

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
Изменение частоты занятий физкультурой	3967,46	5	793,492	1,31	0,2607
Изменение причин занятий физкультурой	5450,04	8	681,255	1,12	0,3479
Изменение отношения к курению	2723,57	5	544,713	0,90	0,4833
Изменение удовлетворенности медицинским обеспечением	787,129	5	157,426	0,26	0,9350
Изменение удовлетворенности семейной жизнью	874,538	6	145,756	0,24	0,9630

Примечание. Знаками отмечено: ** – достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); * – достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$)

Условия проживания имеют связь с показателем «интенсивность боли» ($p = 0,0794$) достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$). Данный факт можно объяснить тем, что наличие частного дома предполагает больший объем физической работы, которую может ограничивать наличие заболеваний, поэтому военные пенсионеры имеющие такие заболевания возможно предпочитают проживать в квартире.

Согласно опроснику SF-36, большинство респондентов – 61,7% – считают свое здоровье хорошим; более 9,8% расценили свое здоровье, как «плохое» или «очень плохое». При этом, на момент исследования до 1/3 (27,6%) считают, что их здоровье ухудшится (Рисунок 18).

В данном случае трудно определить соответствие ответов реальному состоянию здоровья пациента – военного пенсионера, так как не все представители исследуемой группы вовремя обращаются к врачу и проходят профилактическое обследование.

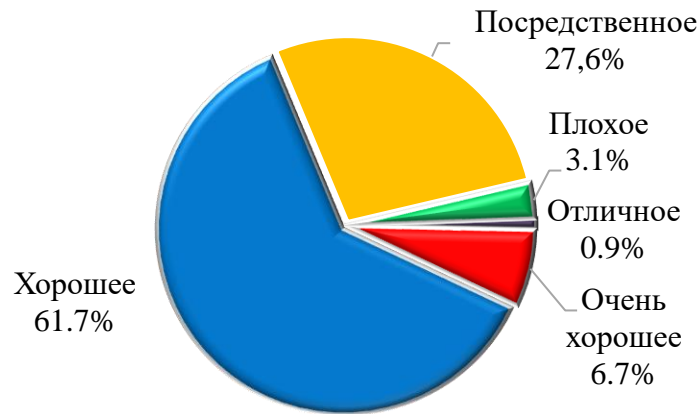


Рисунок 18 – Самооценка респондентами состояния своего здоровья (n = 413, %)

Шкала общего состояния здоровья (GH) характеризует самооценку больным своего состояния здоровья на момент анкетирования и перспектив терапии заболеваний.

Таблица 14 – Результаты анализа зависимости компонента «общее состояние здоровья» качества жизни по опроснику SF-36 от некоторых факторов социальной адаптации

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
<i>от состояния параметра в настоящее время</i>					
Возраст	8708,59	25	348,344	1,04	0,4084
Трудовая занятость	1023,05	1	1023,05	3,07	0,0909*
Условия жизни	1087,88	2	543,94	1,63	0,1974
Удовлетворенность финансовым состоянием	1203,1	4	300,775	0,90	0,4633
Наличие хронических заболеваний	2099,06	2	1049,53	3,15	0,0443**
<i>от изменения параметра после отставки (выхода на пенсию)</i>					
Изменение условий жизни после выхода на пенсию	3007,93	5	601,586	1,80	0,1117
Изменение соответствия жилья требованиям гигиенических нормативов	154,428	1	154,428	0,46	0,4968

Продолжение таблицы 14

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
Изменение удовлетворенностью финансовым положением	1736,71	6	289,452	0,87	0,5190
от состояния параметра в настоящее время	3930,58	5	786,116	2,36	0,0402**
Изменение причин занятий физкультурой	2530,78	8	316,347	0,95	0,4769
Изменение отношения к курению	2255,08	5	451,015	1,35	0,2422
Изменение удовлетворенности медицинским обеспечением	1254,73	5	250,945	0,75	0,5850
Изменение удовлетворенности семейной жизнью	1670,38	6	278,397	0,83	0,5440

Примечание. Знаками отмечено: ** – достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); * – достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$)

По результатам исследования, на показатели шкалы «общее состояние здоровья» влияет факт наличия или отсутствия хронических заболеваний ($p = 0,0443$), достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$). Интересным представляется зависимость компонента «общее состояние здоровья», от динамики параметра изменение частоты физических нагрузок после входа на пенсию ($p = 0,0402$), достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$), то есть изменение показателей «общего здоровья» после выхода на пенсию, может стимулировать регулярность физических нагрузок.

Кроме того, самооценка своего здоровья военными пенсионерами зависит от наличия трудовой занятости ($p = 0,0909$), достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$). При наличии трудовой занятости, повышается самооценка собственного здоровья.

Шкала «жизненная активность» (VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или напротив низкие показатели свидетельствуют о чувстве утомления, нехватки жизненных сил.

Таблица 15 – Результаты анализа зависимости компонента «жизненная активность» качества жизни по опроснику SF-36 от некоторых факторов социальной адаптации

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	P-значение
<i>от состояния параметра в настоящее время</i>					
Возраст	6617,0	25	264,68	0,99	0,4757
Наличие внуков	85,7201	1	85,7201	0,32	0,5710
Трудовая занятость	808,827	1	808,827	3,03	0,0824*
Условия жизни	1357,56	2	678,779	2,55	0,0798*
Удовлетворенность финансовым состоянием	2447,91	4	611,977	2,30	0,0389**
Наличие хронических заболеваний	54,3592	2	27,1796	0,10	0,9031
<i>от изменения параметра после отставки (выхода на пенсию)</i>					
Изменение условий жизни после выхода на пенсию	54,3592	2	27,1796	0,10	0,9031
Изменение соответствия жилья требованиям гигиенических нормативов	1232,77	5	246,553	0,93	0,4647
Изменение удовлетворенностью финансовым положением	294,741	1	294,741	1,11	0,2937
Изменение частоты занятий физкультурой	1366,29	6	227,716	0,85	0,5288
<i>от изменения параметра после отставки (выхода на пенсию)</i>					
Изменение причин занятий физкультурой	1363,87	5	272,774	1,02	0,4036
Изменение отношения к курению	1954,18	8	244,273	0,92	0,5027
Изменение удовлетворенности медицинским обеспечением	2549,39	5	509,879	1,91	0,0916*

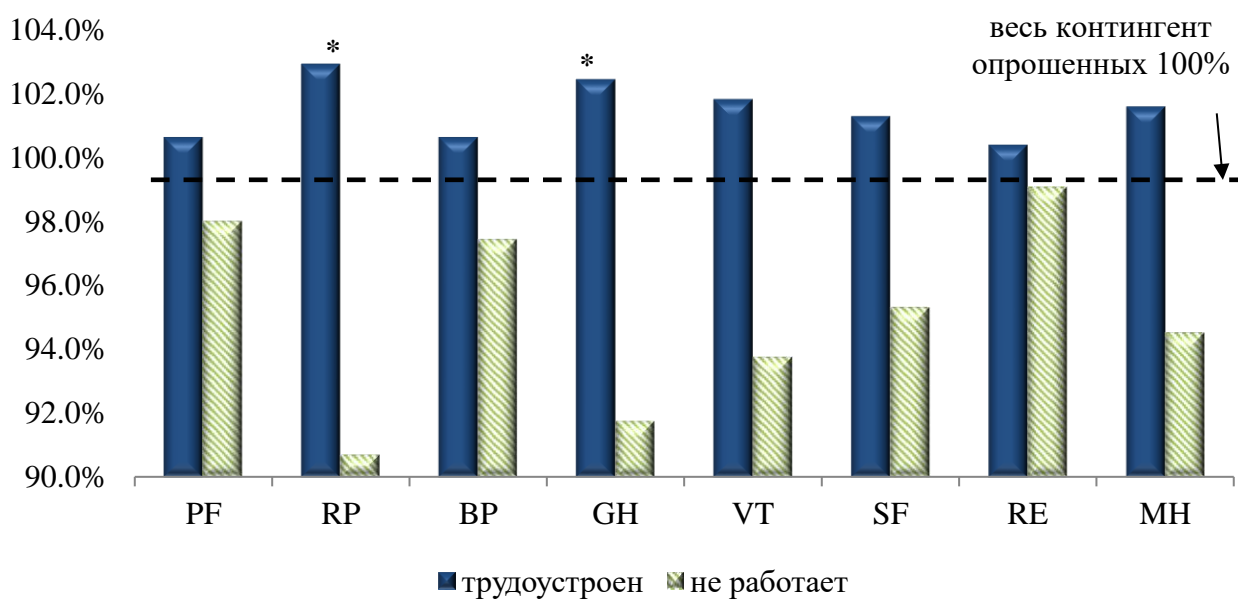
Продолжение таблицы 15

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
Изменение удовлетворенности семейной жизнью	531,102	5	106,22	0,40	0,8497

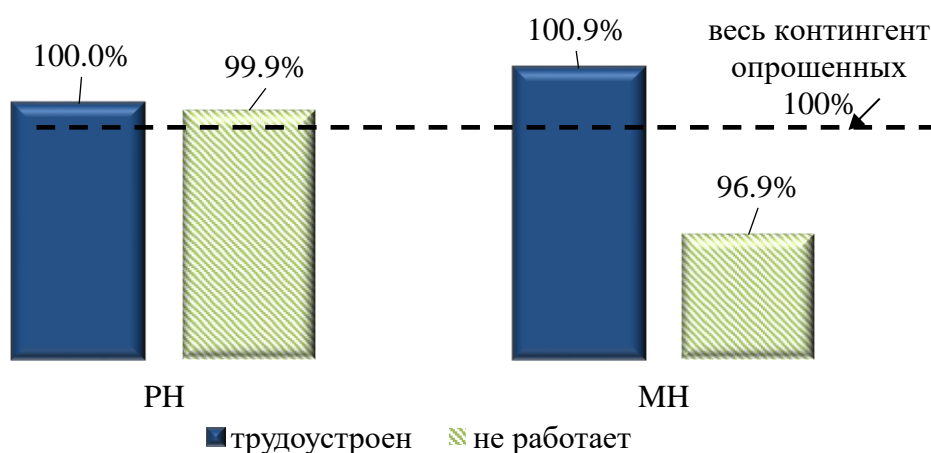
Примечание. Знаками отмечено: ** – достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); * – достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$)

На величину шкалы жизненной активности отмечено значимое влияние факта наличия трудовой занятости, условий жизни ($p = 0,0824$), достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); удовлетворённости финансовым состоянием ($p = 0,0389$), достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$). Прослеживается влияние параметра «изменение удовлетворенности медицинским обеспечением» после выхода на пенсию ($p = 0,0916$), с достоверностью влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$)

По результатам анализа средних показателей в группах трудозанятых и неработающих, у бывших военнослужащих, имеющих работу, прослеживается более высокая оценка по всем шкалам как физического, так и психологического функционирования (Рисунок 19-А). Что особенно заметно в графах общего здоровья (GH), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), психологического функционирования (MH). При группировке результатов в обобщенные шкалы, можно отметить, что у трудозанятых военных пенсионеров значительно выше показатели психологического компонента здоровья (Рисунок 19-Б).



А



Б

Рисунок 19 – Различия в параметрах качества жизни в зависимости от трудоустройства военных пенсионеров ($n = 413$, %, А – отдельные шкалы; Б – обобщённые показатели)

Дисперсионный анализ показателей компонента «психологическое здоровье» демонстрирует статистически-значимую зависимость от изменения отношения к курению после выхода на пенсию ($p=0,0885$): снижение потребления табака или отказ от курения способствует повышению общего благоприятного психологического фона в исследуемой группе. На параметр «психологическое здоровье» влияет степень удовлетворенности медицинским обеспечением после выхода на пенсию ($p=0,09816$), достоверность влияния более 90% вероятности ($p<0,1$) (таблица 16).

Таблица 16 – Результаты анализа зависимости компонента «психическое здоровье» качества жизни по опроснику SF-36 от некоторых факторов социальной адаптации

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
<i>от состояния параметра в настоящее время</i>					
Возраст	6829,68	25	273,187	1,09	0,3490
Наличие внуков	6,45852	1	6,45852	0,03	0,8724
Трудовая занятость	118,715	1	118,715	0,47	0,4913
Условия жизни	890,946	2	445,473	1,78	0,1701
Удовлетворенность финансовым состоянием	1397,93	4	349,484	1,40	0,2346
Наличие хронических заболеваний	24,6801	2	12,3401	0,05	0,9519
<i>от изменения параметра после отставки (выхода на пенсию)</i>					
Изменение условий жизни после выхода на пенсию	442,824	5	88,5649	0,35	0,8795
Изменение соответствия жилья требованиям гигиенических нормативов	50,1326	1	50,1326	0,20	0,6547
Изменение удовлетворенностью финансовым положением	1603,97	6	267,329	1,07	0,3810
Изменение частоты занятий физкультурой	1069,54	5	213,908	0,86	0,5115
Изменение причин занятий физкультурой	1932,47	8	241,559	0,97	0,4627
Изменение отношения к курению	2416,51	5	483,302	1,93	0,0885*
Изменение удовлетворенности медицинским обеспечением	1955,6	5	391,12	1,56	0,09816*
Изменение удовлетворенности семейной жизнью	1674,74	6	279,123	1,12	0,3525

Примечание. Знаками отмечено: ** – достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); * – достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$).

Дисперсионный анализ обобщенных показателей физического здоровья демонстрирует статистически-значимую зависимость изменения параметров показателя от условий жизни ($p=0,0761$), достоверность влияния более 90% вероятности ($p<0,1$); их изменений после выхода на пенсию, а также от изменения соответствия жилья требованиям гигиенических нормативов ($p=0,0222$), достоверность влияния более 95% вероятности ($p<0,05$) (таблица 17).

Таблица 17 – Результаты анализа зависимости от обобщенного показателя «физический компонент здоровья» качества жизни по опроснику SF-36 от некоторых факторов социальной адаптации

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
<i>от состояния параметра в настоящее время</i>					
Возраст	620,634	25	24,8254	0,61	0,9337
Трудовая занятость	38,8901	1	38,8901	0,95	0,3307
Условия жизни	212,696	2	106,348	2,59	0,0761*
Удовлетворенность финансовым состоянием	94,4514	4	23,6128	0,58	0,6801
Наличие хронических заболеваний	26,3253	2	13,1627	0,32	0,7255
<i>от изменения параметра после отставки (выхода на пенсию)</i>					
Изменение условий жизни после выхода на пенсию	406,59	5	81,318	1,98	0,0805*
Изменение соответствия жилья требованиям гигиенических нормативов	216,273	1	216,273	5,28	0,0222**
Изменение удовлетворенностью финансовым положением	159,686	6	26,6144	0,65	0,6906
Изменение частоты занятий физкультурой	226,56	5	45,312	1,11	0,3571
Изменение причин занятий физкультурой	511,327	8	63,9159	1,56	0,1359

Продолжение Таблицы 17

Параметр	Сумма квадратов	Число степеней свободы	Дисперсия	Отношение дисперсий	Р-значение
Изменение отношения к курению	34,5617	5	6,91233	0,17	0,9740
Изменение удовлетворенности медицинским обеспечением	130,473	5	26,0946	0,64	0,6718
Изменение удовлетворенности семейной жизнью	159,741	6	26,6235	0,65	0,6904

Примечание. Знаками отмечено: ** – достоверность влияния более 95% вероятности ($p < 0,05$); * – достоверность влияния более 90% вероятности ($p < 0,1$).

Проведенное медико-социологическое исследование «Определение качества жизни военных пенсионеров г. Воронежа» позволило сделать ряд выводов:

1. Анализ обобщенных показателей при расчёте средних величин составил $51,2 \pm 7,7$ баллов психологического и $46,3 \pm 9,7$ баллов физического компонентов здоровья (согласно шкалам SF-36 максимальные баллы физического и психологического компонента составляет 100 баллов), что говорит о необходимости повышения настороженности медицинских работников в отношении состояния физического здоровья и эмоционально-психологического состояния представителей данной социальной группы.

2. Полученные в исследовании данные показывают необходимость проведения адресной психологической помощи военным пенсионерам в возрасте 40-49 лет, поскольку выход на пенсию (в большинстве случаев являющийся стрессовым периодом статусного перехода и трансформации идентификационных характеристик личности) в данной возрастной группе может совпадать с периодом «кризиса среднего возраста».

3. Военные пенсионеры с высокими показателями физического компонента (согласно шкалам SF-36) получают меньший объем информации от медицинских работников о возможностях вакцинации и других мерах

профилактики, что актуализирует необходимость оптимизации работы с указанной когортой военных пенсионеров.

4. На показатели шкалы жизненной активности SF-36 значимое влияние оказал факт наличия трудовой занятости у представителей социальной группы военных пенсионеров, условия их жизни, показатели удовлетворённости бывших военнослужащих финансовым состоянием.

5. На улучшение показателей качества жизни военных пенсионеров трудоспособного возраста повлияло изменение ряда факторов, зависящих от самих респондентов – отказ от курения, улучшение гигиенических характеристик жилья, трудоустройство.

5.2. Влияние факторов приверженности к самосохранительному поведению на процесс ресоциализации военных пенсионеров

Понятие «самосохранительное поведение» характеризует особенности поведения человека в области охраны и улучшения индивидуального и общественного здоровья, продолжительности жизни индивида – при этом специфика применения терминологии самосохранительного поведения включает конкретизацию мотивационных факторов поведения человека (векторов, модулей направленности) в сфере здоровья. Данное понятие логически корреспондирует со структурно-содержательным наполнением дефиниции «качество жизни».

Элементами самосохранительного поведения, как части общей культуры человека, являются: внимание к своему здоровью, способность обеспечить индивидуальную профилактику его нарушений, отказ от вредных привычек, ориентация на здоровый образ жизни [138].

Приверженность к самосохранительному поведению имеет большое значение для военных пенсионеров в период ресоциализации, так как меняются условия жизни в целом и, в частности, элементы гигиенического поведения. Динамику данного процесса можно рассмотреть, анализируя такие параметры, как соответствие жилищных условий рекомендуемым нормативам; регулярность физических нагрузок; наличие вредных привычек; своевременность

профилактических осмотров и специфической профилактики заболеваний (вакцинации) и др.

Сравнение жилищных условий исследуемой группы до выхода на пенсию и после показывают, что во время военной службы $2,4 \pm 0,6\%$ проживали в общежитии, $32,5 \pm 2,3\%$ – на съемной или служебной квартире, $53,8 \pm 2,4\%$ – в собственной отдельной квартире, $11,4 \pm 1,6\%$ – в частном доме.

После выхода на пенсию у большинства респондентов улучшились условия проживания (Рисунок 20). Более чем в два раза увеличилось количество проживающих в частном доме ($28,6 \pm 2,2\%$); увеличилось число имеющих отдельную квартиру (до $64,4 \pm 2,4\%$); отсутствуют проживающие в комнате в общежитии (0%) и снизилось число проживающих на съемной квартире ($7,0 \pm 1,2\%$).



Рисунок 20 – Условия проживания респондентов во время военной службы и после увольнения (n = 413, человек)

Однако $4,2 \pm 1,0\%$ опрошенных указали, что параметры их жилья не соответствуют данным нормативам - в то же время, до выхода на пенсию таких военнослужащих было в 4,5 раза больше ($19,6 \pm 2,0\%$) (Рисунок 21).

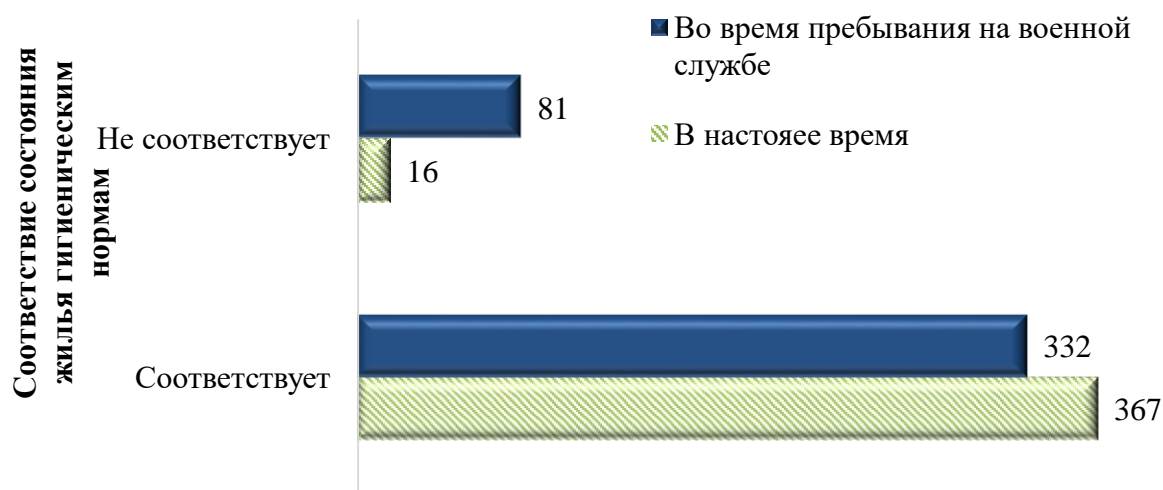


Рисунок 21 – Соответствие состояния жилья рекомендуемым гигиеническим нормам в исследуемой группе военных пенсионеров (n = 413, человек)

Следующий параметр самосохранительного поведения – регулярность физических нагрузок – является неотъемлемой частью профилактики заболеваний, что научно доказано. Регулярная физическая активность играет роль в снижении заболеваемости не только сердечно-сосудистыми и эндокринными, но и бронхолегочными, онкологическими заболеваниями, болезнями желудочно-кишечного тракта; благотворно влияет на общее состояние иммунной системы; повышают общий тонус и сопротивляемость организма к инфекционным болезням [100; 199; 204].

Необходимость физической подготовки во время военной службы продиктована не только элементом самосохранительного поведения личности военнослужащего, но и требованиями правовых актов, регламентирующими порядок сдачи нормативов. Физические тренировки являются обязательным условием военной службы, от их результатов зависит не только здоровье, но и материальная составляющая.

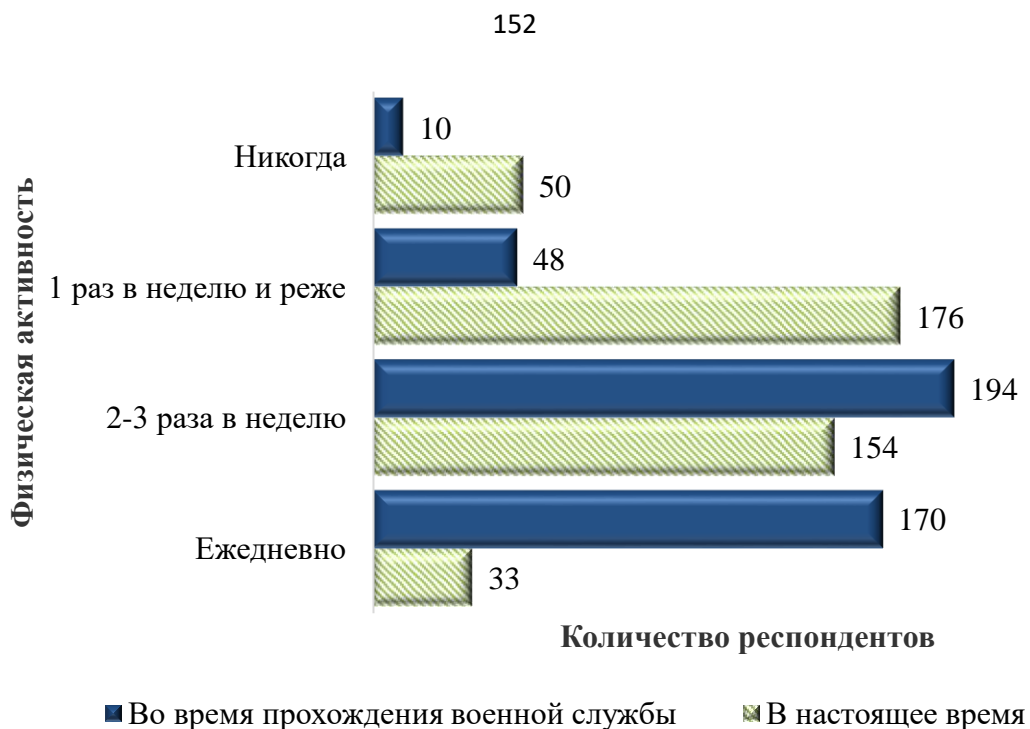


Рисунок 22 – Регулярность физических нагрузок респондентов во время нахождения на военной службе и после увольнения (n = 413, человек)

По результатам проведенного исследования, в период службы до $41,2 \pm 2,4\%$ респондентов ежедневно занимались физкультурой, но уже в первые пять лет после выхода на пенсию доля физически активных военных пенсионеров значительно снизилась (Рисунок 22). Это подтверждают следующие данные: в пять раз уменьшилось число ежедневно делающих упражнения; на $9,7\%$ стало меньше респондентов, занимающихся тренировками два-три раза в неделю; количество занимающихся не регулярно (раз в неделю и реже) или «никогда» значительно выросло и составило $12,1 \pm 1,6\%$.

Данные опроса показали, что основным мотивом регулярной физической активности до выхода на пенсию было требование военной службы (по ответам $89,7 \pm 1,5\%$); $3,9 \pm 0,9\%$ военнослужащих занимались физкультурой по совету врача; для $5,4 \pm 1,1\%$ регулярные тренировки были результатом собственного выбора.

После выхода на пенсию факторами мотивации к физической активности, по мнению респондентов, являются: советы врача ($32,6 \pm 2,3\%$); наличие работы ($27,9 \pm 2,2\%$); телевизионные передачи ($8,1 \pm 1,3\%$); Интернет-ресурсы ($3,7 \pm 0,9\%$); советы родственников ($9,7 \pm 1,4\%$); печатные издания ($2,6 \pm 0,8\%$). Роль средств массовой информации и родственников военнослужащих в этом процессе была незначительна.



Рисунок 23 – Факторы, способствующие физической активности во время прохождения военной службе и после увольнения (n = 413, человек)

В то же время можно отметить, что после выхода на пенсию выросла доля тех, для кого занятия физической культурой являются собственным выбором ($15,4 \pm 1,8\%$), что в три раза больше, чем при прохождении военной службы (Рисунок 23). Из приведенных выше цифр видно, что в приверженности к физическим нагрузкам повысилась мотивационная роль медицинских работников.

Наличие или отсутствие вредных привычек также является параметром самосохранительного поведения. Безусловно, одной из вредных привычек, которые могут привести к преждевременному развитию сразу нескольких групп заболеваний и повышению смертности, относится табакокурение [80; 171]. Заметим, что несмотря на законодательно-обусловленные механизмы, направленные на снижение количества потребителей табака, более половины мужского населения РФ привержены к курению [18; 209]. В то же время намечается положительная тенденция: по данным ВОЗ, распространенность курения среди российских мужчин должно составить в 2020 г. около 56,8%, что примерно на 10,4% меньше, чем в 2000 г., и на 4,4% ниже, чем в 2010 г. [18; 53].

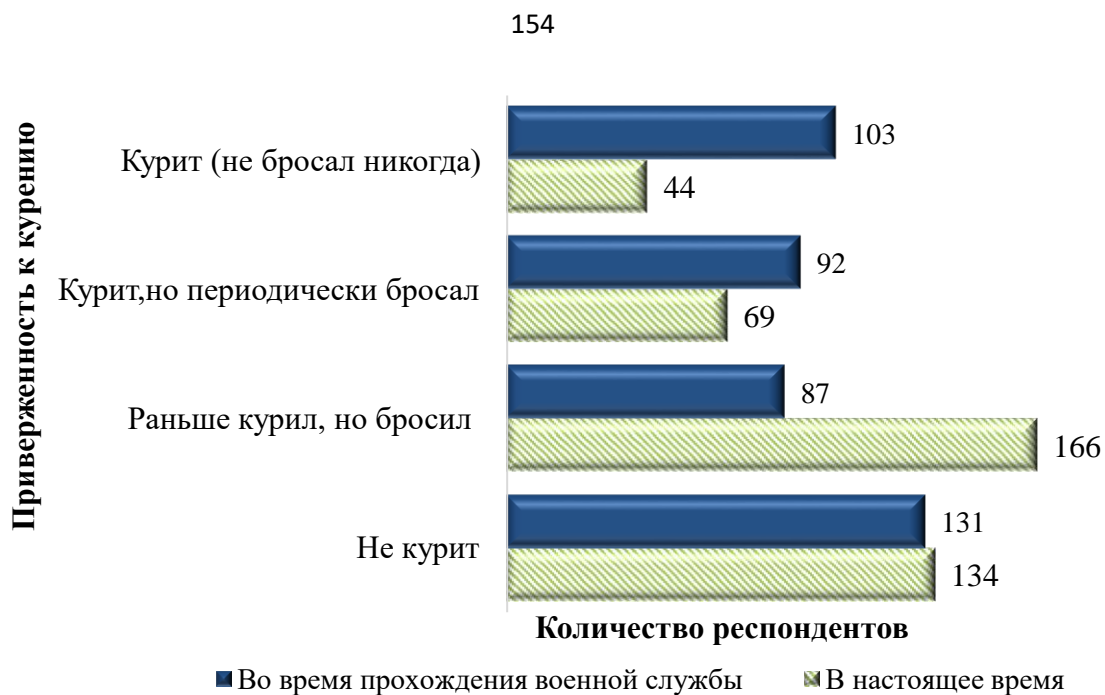


Рисунок 24 – Отношение респондентов к табакокурению во время прохождения военной службе и после увольнения (n = 413, человек)

Проведенный автором сравнительный анализ приверженности курению военных пенсионеров показали: до выхода на пенсию доля курящих респондентов составляла $47,2 \pm 2,5\%$, после выхода на пенсию – $27,3 \pm 2,2\%$, то есть уменьшилась почти в два раза; соответственно бросили курить – $21,1 \pm 2,0\%$ и $40,2 \pm 2,4\%$, что составляет примерно ту же разницу в пользу здорового образа жизни после выхода на пенсию. Доля тех, кто никогда не курил и не курит в настоящее время, составляет около $32,0 \pm 2,1\%$; пробовали избавиться от вредной привычки периодически $16,7 \pm 1,8\%$ бывших военнослужащих (Рисунок 24).

Суммируя ответы, можно сделать вывод, что более $67,5 \pm 2,3\%$ военнослужащих и военных пенсионеров являлись потребителями табачных изделий, что превышает общероссийские показатели среди лиц мужского пола. Респондентам был задан вопрос: «что способствовало отказу от вредной привычки?» – большинство ($42,9 \pm 2,4\%$) ответили, что бросили курить по совету родственников; $31,7 \pm 2,3\%$ самостоятельно приняли решение; $16,7 \pm 1,8\%$ – по совету врача; на $4,8 \pm 1,0\%$, $1,2\%$ и $0,4\%$ военных пенсионеров повлияли информационные и литературные ресурсы – телевизионные передачи, Интернет-ресурсы и печатные издания соответственно; наличие работы не позволило курить $2,4\%$ респондентов (Рисунок 25).

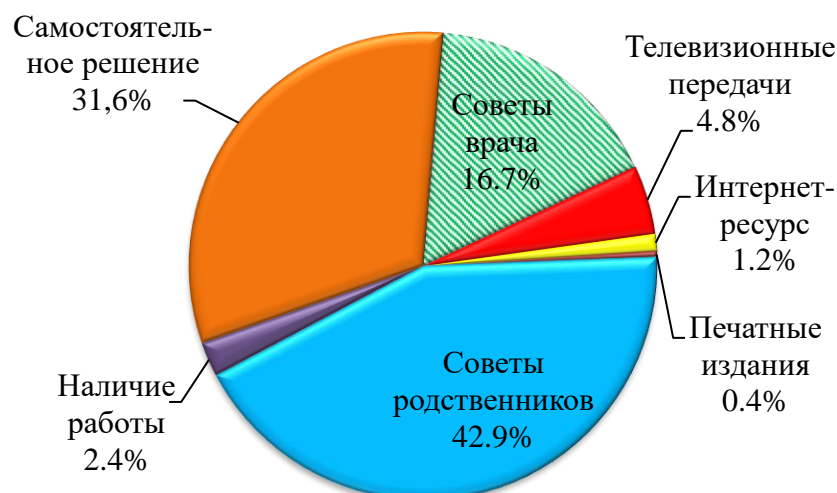


Рисунок 25 – Факторы, способствующие отказу от курения представителей группы военных пенсионеров (n = 413, %)

Результаты исследования показали, как меняется один из важных параметров самосохранительного поведения – «медицинская активность» после выхода на пенсию. Во время службы ежегодные профилактические медицинские осмотры являются обязательными, но после выхода респондентов на пенсию их медицинская активность снижается почти в два раза: только $51,8 \pm 2,4\%$ бывших военных проходят ежегодную диспансеризацию; $24,7 \pm 2,1\%$ проходят осмотры один раз в несколько лет; $23,5 \pm 2,1\%$ приходят в поликлинику только при возникновении острого или обострении симптомов хронического заболевания.

По результатам опроса, были выявлены основные стимулирующие факторы внимательного отношения к собственному здоровью. Ответы респондентов распределились следующим образом: у $38,6 \pm 2,4\%$ заключение медицинского осмотра требуют на работе; $30,4 \pm 2,3\%$ ответили, что имеют хроническое заболевание, в связи с которым есть необходимость в регулярном наблюдении; $10,8 \pm 1,5\%$ проходят осмотры по совету врача; $3,2 \pm 0,7\%$ – по совету родственников; $11,1 \pm 1,5\%$ называют другие причины, например, оформление справок для санаторно-курортного лечения.

Роль средств массовой информации в популяризации медицинских осмотров, по мнению военных пенсионеров, невелика: телевизионные передачи

имели значение для 3,8% респондентов; печатные издания – для 1,2%; Интернет-ресурсы – для 0,9% (Рисунок 26).

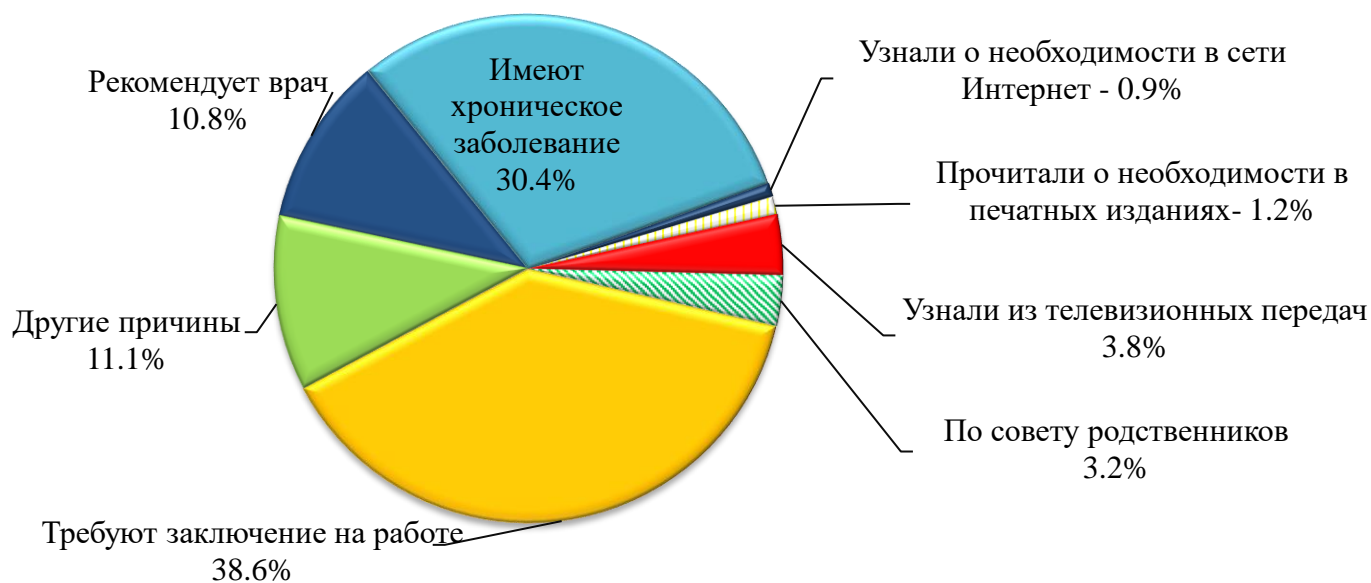


Рисунок 26 – Факторы, влияющие на регулярность прохождения медицинских осмотров военными пенсионерами (n = 413, %)

Корреляционный анализ позволил выделить значимые коэффициенты корреляции между определенными факторами и показателями, составляющими понятие «самосохранительное поведение». В случае нашего исследования (для объема выборки $n = 413$) корреляционная связь может быть признана существенной для коэффициентов корреляции $r > 0,098$ (с вероятностью $p < 0,05$). В результате был выявлен, например, ряд зависимостей между наличием внуков и такими показателями, как:

- регулярность прохождения медицинских осмотров $r = 0,28$ ($p < 0,05$);
- участие в профилактических беседах $r = 0,12$ ($p < 0,05$);
- отказ от курения $r = 0,22$ ($p < 0,05$);

Одной из наиболее эффективных профилактических мер в борьбе с инфекционными заболеваниями является вакцинация. Во время прохождения военной службы $84,3 \pm 1,8\%$ респондентов вакцинировались согласно календарю профилактических прививок, однако, после увольнения доля их снизилась почти в два раза и составила $48,2 \pm 2,4\%$.

О необходимости профилактической вакцинации бывшие военнослужащие узнают из различных источников (Рисунок 27).

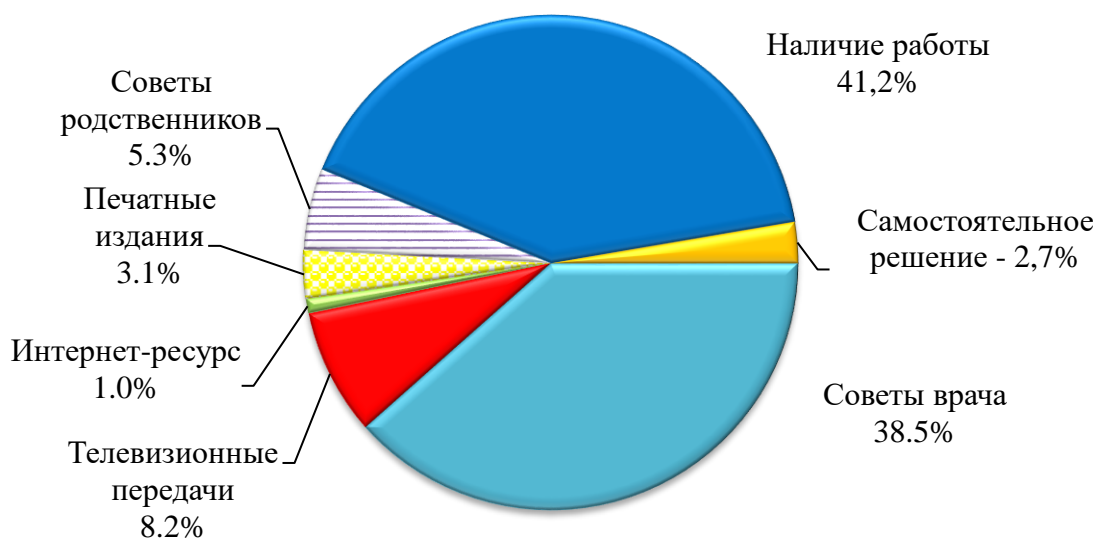


Рисунок 27 – Факторы, влияющие на профилактическую вакцинацию военных пенсионеров трудоспособного возраста (n = 413, %)

Ответы на вопрос анкеты о получении информации о вакцинопрофилактике, были условно разделены (по значимости):

- на первом месте оказалось проявление заботы близкого окружения – родственников, знакомых соседей, которые посоветовали пройти вакцинацию;
- на втором месте – желание соответствовать требованиям работодателя, так как на работе требуют наличие данных о вакцинации;
- на третьем месте – забота о своём здоровье, поиск квалифицированной помощи (советы врача);
- на четвертом – хаотичное следование советам информационных ресурсов, к которым можно отнести телевидение, Интернет-ресурсы, печатные издания.

Методом корреляционного анализа получены данные о статистически-значимой зависимости (коэффициент Спирмена) показателя «регулярность вакцинации» военных пенсионеров от следующих факторов:

- частоты профилактических медицинских осмотров $r=0,36$ ($p<0,05$);
- регулярности проведения профилактических бесед с врачами $r=0,24$ ($p<0,05$);

— источников информации о необходимости проведения прививок $r=0,11$ ($p<0,05$).

Таким образом, факторы приверженности к самосохранительному поведению безусловно влияют на процесс ресоциализации военных пенсионеров, так как, чем лучше условия проживания, активнее физические нагрузки, меньше вредных привычек, своевременнее профилактические осмотры и вакцинация, тем легче исследуемой группе адаптироваться к гражданскому социуму.

Регулярные физические нагрузки и отказ от вредных привычек также позволяют респондентам поддерживать себя в активной рабочей форме и предлагать свои умения и навыки на рынке труда. В целом, приверженность самосохранительному поведению дает больше шансов для трудоустройства, что является одним из значимых условий успешной ресоциализации военных пенсионеров. В свою очередь, анализ анкетирования военных пенсионеров ($n = 413$) отражает, что большинство работодателей заинтересованы в кадрах, ориентированных на своё здоровье, поддержание которого зависит, в том числе, от медицинских профилактических осмотров и вакцинации – что стимулирует военных пенсионеров проходить диспансеризацию, вакцинацию, профилактические мероприятия. Тем не менее, показатели приобщенности бывших военнослужащих к такого рода мероприятиям ниже, чем в период службы – что указывает на приверженность представителей данной группы патерналистскому подходу в заботе о здоровье. Личная мотивация военных пенсионеров трудоспособного возраста в данном вопросе невысока.

5.3 Направления совершенствования ресоциализации военных пенсионеров

Результаты проведенного исследования позволили определить и сгруппировать основные направления ресоциализации бывших военнослужащих в условиях современного российского социума. Анализ полученных данных показывает, что возможности ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста, в первую очередь, зависят от нормативно-правового и

информационного обеспечения процесса их «возвращения» в «гражданское» общество. Кроме этого, ключевыми ресурсами для ресоциализации бывших военнослужащих выступает трудовая активность, показатели здоровья и семейные отношения.

Направления совершенствования ресоциализации военных пенсионеров в трудовой сфере:

1. В трудовой сфере ведущим фактором ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста является полнота практической реализации нормативных актов, регулирующих льготное право по следующим направлениям:

- **профессиональная переподготовка** перед увольнением в запас; выбор организации, оказывающей помощь в получении дополнительного образования, обучения специальности и повышения квалификации в новых условиях гражданской жизни. Материальный ресурс семьи военнослужащих можно повысить при введении и реализации программ, бесплатного переобучения или получения новой специальности членов семей военных пенсионеров;

- трудоустройство, при котором граждане, уволенные с военной службы, и члены их семей получают **право на первоочередное занятие вакансий** при постановке на учет на рынке труда, право на первоочередное предоставление рабочего места с учетом имеющейся специальности в государственных организациях и право на сохранения рабочего места при сокращении штата.

Перечень специальностей, рекомендуемых для освоения, укомплектованность групп и ежегодное количество курсов регламентируются приказами Министерства обороны РФ, однако дипломы данные специальности не всегда востребованы в конкретных регионах. В результате уволенные военнослужащие при поступлении на работу вынуждены решать эти вопросы самостоятельно и, нередко, за свой счет. В связи с этим, особый акцент информационные ресурсы должны сделать на получении гражданских специальностей в военно-образовательных и гражданских учебных заведениях;

размещении перечня вакансий, профессионально подходящих военным пенсионерам или близких к ним.

2. Расширение реальной системы профессиональной переподготовки с целью повышения уровня образования, квалификации и обучения новым востребованным специальностям военнослужащих, включая бесплатную переподготовку по одной из гражданских профессий уже в период прохождения военной службы. После её окончания необходимо продолжение данного процесса с опорой на государственные программы, предусматривающие создание специальных центров обучения бывших военнослужащих, вышедших на пенсию, на базе учебных организаций, районных военкоматов, военных вузов.

3. Включение в перечень образовательных программ для военнослужащих запаса обучающих курсов по основам ведения собственного малого бизнеса, маркетинга, тренингов по повышению инициативности может дать позитивные предпосылки развития индивидуального предпринимательства представителями данной социальной группы.

4. Внедрение на региональном уровне поощрения работодателей (в том числе налогового), принимающих на работу военных пенсионеров, и оплата расходов последних на переезд к новому месту жительства, в связи с новой должностью или специальностью, может способствовать снижению дефицита кадров в различных регионах Российской Федерации.

5. Также необходимо использование позитивного зарубежного опыта, предусматривающего поощрение работодателей, помогающих в трудоустройстве военных пенсионеров, и оплату расходов последних на переезд к новому месту жительства в связи с новой должностью или специальностью.

Направления совершенствования ресоциализации военных пенсионеров в сфере семьи:

Результаты исследования демонстрируют значимую роль семьи в жизни бывших военнослужащих – большинство военных пенсионеров считает главной жизненной ценностью благополучие и здоровье членов семьи. Важна роль семьи

в вопросах самосохранительного поведения, например, советы родственников, способствуют отказу от потребления табака, наличие внуков стимулирует медицинскую активность. Поэтому сохранение и укрепление семьи является важным звеном процесса ресоциализации.

Ресоциализация в сфере семьи имеет определенные сложности. С одной стороны, отмечено снижение психологической напряженности, связанное с тем, что снизилось беспокойство членов семьи из-за командировок в «горячие точки», частыми переездами по гарнизонам, однако при этом прослеживается неудовлетворенность из-за длительного поиска работы супругом, в некоторых случаях – усугублением вредных привычек (повышение частоты приёма алкогольных напитков). Поэтому, более действенной психологической помощи семьям уволенных офицеров, так как у военнослужащих, прошедших военные конфликты, и уволенных в запас отмечается повышенный уровень психологического дискомфорта, склонность к конфликтным проявлениям, тревожность. Наличие психосоматических заболеваний, психических травм, боевых ранений ведет к длительному ухудшению психологического состояния, негативно сказывается на возможности адаптации к социальной действительности, на процессе вхождения в гражданскую жизнь.

1. С целью преодоления военными пенсионерами стрессовой ситуации и эмоционального напряжения в связи с потерей прежнего статуса и решения / профилактики семейных конфликтов, необходимо создавать службы психологического семейного консультирования, психологической реабилитации и социальной поддержки на базе лечебно-профилактических учреждений. Работники, занятые в сфере психологической поддержки, должны обладать соответствующей квалификацией, способствующей эффективной социальной адаптации исследуемой группы.

2. Введение должности семейного врача в штат ведомственных лечебно-профилактических учреждений или проведение занятий с участковыми терапевтами, где акцентируется внимание на необходимости работы не только с отдельным пациентом-военным пенсионером, но и с членами его семьи, может

способствовать выявлению рисков вредных привычек и их адресной профилактике.

Направления ресоциализации военных пенсионеров в сфере здоровья:

1. Информационное обеспечение в медицинской сфере должно быть направлено на оптимизацию лечебно-профилактической работы с военными пенсионерами, имеющими хронические заболевания, с помощью усиления информационных потоков об обязательных медицинских осмотрах, о возможности получения бесплатных лекарств и льготного санаторно-курортного лечения. Всё это вместе с новыми методами своевременной диагностики и психотерапевтической помощью представителям исследуемой группы, а также привлечением врачей-гериатров, позволит снизить уровень заболеваемости хронической патологией, уменьшить частоту обострений, а также минимизировать осложнения после заболевания и число летальных исходов.

2. Целенаправленные санитарно-просветительные мероприятия, проводимые медицинскими работниками с привлечением военных пенсионеров («Школы здоровья», «Школы пациентов с хроническими заболеваниями» и др.) позволят получать качественную информацию о профилактике заболеваний.

3. Особое внимание следует уделять пропаганде профилактики инфекционных заболеваний, включая сезонную специфическую профилактику (вакцинацию) гриппа и новой коронавирусной инфекции COVID-19, поскольку эти инфекции вызывают большое количество осложнений. Во время прохождения военной службы ежегодные медицинские осмотры и профилактическая вакцинация являются обязательными. Учитывая сформировавшиеся патерналистские отношения с врачами, после увольнения, значительная часть военнослужащих запаса перестает уделять внимание собственному здоровью, что может приводить к осложненному течению заболеваний и возникновению осложнений. С этой целью работники ведомственных лечебно-профилактических учреждений должны информировать пациентов-военных пенсионеров о современных вакцинах отечественного производства, имеющих хороший профиль

эффективности и безопасности, с аргументацией и доказательством положительных результатов их применения на практических примерах пациентов, не заболевших во время эпидемии гриппа и COVID-19 в результате вакцинации.

4. Для перераспределения нагрузки на врачей во время эпидемического роста гриппа и острых респираторных инфекций (в том числе новой коронавирусной инфекции COVID-19), необходимо увеличить временной промежуток на прием пациента, привлечь к приему больных большее количество терапевтов, а также узких специалистов-инфекционистов, введение должности врача-инфекциониста в штат ведомственных лечебно-профилактических учреждений. В период реконвалесценции гриппа и новой коронавирусной инфекции COVID-19, пациентам со стойкими изменениями на ЭКГ необходимо адресное диспансерное наблюдение терапевтов и кардиологов.

5. Кроме того, рекомендуется использовать предложенную автором модель расчета комплаентности при лечении гриппа и острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей пациентов-военных пенсионеров. Её применение даст возможность в амбулаторных условиях быстро просчитать, насколько точно пациент будет придерживаться рекомендаций врача, режима и длительности приема лекарственных препаратов. Полученные показатели комплаентности позволят проводить персонифицированную работу по улучшению приверженности пациентов к назначенному лечению, что в итоге приведет к успешной терапии данных заболеваний.

6. Материальная компенсация расходов за приобретение лекарственных средств для военных пенсионеров, живущих в районах, значительно удаленных от ведомственных аптек, может способствовать улучшению показателей здоровья и общего позитивного настроения в социальной группе.

7. Решению проблемы успешной ресоциализации военных пенсионеров может способствовать формирование партнерства врача и пациента-военного пенсионера, основанного на доверии. Врачи-специалисты могут изучать психологические и социально-демографические особенности данной группы на обучающих семинарах, что позволит, в том числе, повысить качество жизни

военных пенсионеров и их приверженность к самосохранительному поведению: медицинской и физической активности, отказу от вредных привычек. Всё это играет роль в снижении заболеваемости не только сердечно-сосудистыми и эндокринными, но и бронхолегочными, онкологическими заболеваниями, болезнями желудочно-кишечного тракта; благотворно влияет на общее состояние иммунной системы; повышают общий тонус и сопротивляемость организма к инфекционным болезням.

Исследование продемонстрировало, что все сферы ресоциализации тесно взаимосвязаны: состояние здоровья является значимым фактором при трудоустройстве. В тоже время, наличие трудовой занятости, выступает, как дисциплинирующий фактор для сохранения здоровья (по требованию работодателя военные пенсионеры проходят ежегодную флюорографию, вакцинацию, медицинские осмотры). Отсутствие вредных привычек, наличие трудовой занятости является предпосылками для благоприятных семейных отношений.

8. Внедрение психотерапевтической помощи представителям исследуемой группы, что позволит снизить уровень заболеваемости хронической патологией, уменьшить частоту обострений, а также минимизировать осложнения после заболевания и число летальных исходов.

9. Проведение обучающих семинаров с медицинскими работниками с информированием о психологических особенностях пациентов-военных пенсионеров, в дальнейшем позволит проводить адресную профилактическую работу.

Основные выводы по материалам Главы 5:

Повышению показателей качества жизни способствуют:

1. Наличие внуков - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) выше в группе бывших военнослужащих имеющих внуков;

2. Посещающие ведомственную поликлинику с профилактической целью - имеют более низкий уровень тревоги - отмечена положительная связь посещаемости поликлиники с психологическим компонентом здоровья (МН).

3. При наличии хороших жилищных условий физическое функционирование улучшается.

4. Отказ или снижения дозы курения табака приводит к повышению показателей физического функционирования.

5. У трудозанятых военных пенсионеров показатели физического, так и психологического функционирования выше по всем шкалам.

При группировке результатов в обобщенные шкалы, можно отметить, что у трудозанятых военных пенсионеров значительно выше показатели психологического компонента здоровья.

6. Оптимальное медицинское обеспечение после выхода на пенсию влияет на показатель «психологическое здоровье».

После выхода на пенсию меняются элементы самосохранительного поведения:

1. После выхода на пенсию факторами мотивации к физической активности, по мнению респондентов, являются: советы врача ($32,6 \pm 2,3\%$); наличие работы ($27,9 \pm 2,2\%$); телевизионные передачи ($8,1 \pm 1,3\%$); Интернет-ресурсы ($3,7 \pm 0,9\%$); советы родственников ($9,7 \pm 1,4\%$); печатные издания ($2,6 \pm 0,8\%$).

2. После выхода на пенсию у большинства респондентов улучшились условия проживания. В настоящее время у большинства респондентов-военных пенсионеров ($95,8 \pm 1,0\%$) состояние их жилья (метраж из расчёта на одного человека, наличие санузлов, экологическая безопасность и другие показатели) соответствует рекомендуемым гигиеническим нормам.

3. Суммируя ответы, можно сделать вывод, что более $67,5 \pm 2,3\%$ военнослужащих и военных пенсионеров являлись потребителями табачных изделий, что превышает общероссийские показатели среди лиц мужского пола.

4. Во время службы ежегодные профилактические медицинские осмотры являются обязательными, но после выхода респондентов на пенсию их медицинская активность снижается почти в два раза: только $51,8 \pm 2,4\%$ бывших военных проходят ежегодную диспансеризацию; $24,7 \pm 2,1\%$ проходят осмотры

один раз в несколько лет; $23,5 \pm 2,1\%$ приходят в поликлинику только при возникновении острого или обострении симптомов хронического заболевания.

5. Одной из наиболее эффективных профилактических мер в борьбе с инфекционными заболеваниями является вакцинация. Во время прохождения военной службы $84,3 \pm 1,8\%$ респондентов вакцинировались согласно календарю профилактических прививок, однако, после увольнения доля их снизилась почти в два раза и составила $48,2 \pm 2,4\%$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современная демографическая ситуация в России, связанная с дефицитом трудовых ресурсов в различных отраслях народного хозяйства, актуализирует оптимизацию процессов ресоциализации военных пенсионеров в современном российском социуме, как перспективного трудового ресурса. Для оптимизации этого процесса государством предусматривается реализация комплекс мер социально-правовой поддержке бывших военнослужащих. Сформированный в результате диссертационного исследования социально-конструированный портрет современного военного пенсионера трудоспособного возраста дает основания для адресной точности предоставления указанных мер изучаемой социальной группе создает позитивные предпосылки для совершенствования процесса ресоциализации бывших военнослужащих в новой социальной реальности.

Несмотря на «молодой» возраст, профессиональные навыки, особые характеристики личности «военного» типа, мотивированность на продолжение трудовой активности, наличие социальных (включая семейные), личностных и физических ресурсов для развития и социальной самореализации в гражданском социуме, военные пенсионеры сталкиваются с рядом проблем в процессе «возвращения» в гражданский социум – прежде всего, связанных со стрессом перехода из социального института армии (и необходимости коррекции групповой- и самоидентификации) в новые условия с неопределенным социальным статусом «молодого пенсионера» (маргинализацией), трудоустройством и включением в социальные процессы современного социума.

Так, большинство представителей исследуемой группы после выхода на пенсию ориентировано на продолжение трудовой деятельности, которая решает вопросы материального обеспечения и психологического комфорта, дает ощущение собственной социальной значимости. Однако, препятствием в трудоустройстве выступает узкая направленность предложений работодателей (обеспечение безопасности) и ограниченный выбор специальностей в ведомственных центрах профессиональной переподготовки. В данном вопросе

можно использовать зарубежный опыт, когда военнослужащие имеют возможность получения востребованной профессии или переподготовки по специальности ещё в период службы, причем с учетом их предпочтений.

Фактором, также влияющим на процесс ресоциализации, является состояние здоровья представителей данной социальной группы – так, отмечается, что большинство военных пенсионеров имеют хроническую патологию, чаще всего – сердечно-сосудистой системы. При этом, бывшие военнослужащие отличаются низким уровнем самосохранительного поведения, недостаточной осведомленностью о состоянии собственного здоровья, приверженностью самолечению (включая прием антибиотиков без назначения врача), низкой мотивацией к профилактической и регулярной заботе о своем здоровье и обращению за медицинской помощью. При этом наблюдается «перенос» ключевого фокуса внимания с витальной потребности в сохранении здоровья (как основы качества жизни) на внешние характеристики «хорошей физической формы» и работу (как материальной «гарантии» уровня жизни семьи).

Затянувшийся период ресоциализации также может негативно влиять на состояние здоровья военных пенсионеров: неопределенность социального статуса (зачастую сопряженная с хроническим стрессом), низкая медицинская активность и недостаточный контроль хронических заболеваний обуславливают увеличение частоты обострений хронической патологии и снижение иммунитета. В периоды сложной эпидемиологической обстановки такое поведение является рисковым и требует мер, направленных на формирование самосохранительных установок и повышения внимания военных пенсионеров к своему здоровью.

Большое значение имеет взаимосвязь эпидемий гриппа и острых респираторных вирусных инфекций, в том числе, новой коронавирусной инфекции COVID-19, с уровнем смертности от сердечно-сосудистой хронической патологии. Построенная и апробированная модель прогнозирования степени комплаентности военных пенсионеров при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных заболеваний, включая новую коронавирусную инфекцию COVID-19, позволяет оптимизировать работу медицинских специалистов с представителями данной группы пациентов.

При этом изучение качества жизни военных пенсионеров с применением стандартного опросника SF-36 показало связь показателей шкал с рядом социальных и медицинских факторов. В частности, отмечена положительная связь посещаемости поликлиники с психологическим компонентом здоровья (MH); наличия хороших жилищных условий с показателем «физическое функционирование» ($p=0,0982$); отказ или снижение случаев курения табака сопровождается повышением показателей «физического функционирования» ($p=0,0736$); при трудовой занятости военных пенсионеров - показатели «физического» и «психологического функционирования» объективно выше ($p=0,0242$), нежели при отсутствии работы у бывших военнослужащих; медицинское обеспечение после выхода на пенсию влияет на показатель «психологическое здоровье»; «ролевое функционирование», обусловленное эмоциональным состоянием (RE), выше в группе бывших военнослужащих, имеющих внуков; изменение частоты физических нагрузок после выхода на пенсию ($p=0,0402$), связано с показателем «общее здоровье» (GH), психический компонент здоровья (Mh) имеет связь с удовлетворенностью медицинским обеспечением.

Проведенное исследование позволило выделить направления оптимизации процесса ресоциализации военных пенсионеров: прежде всего, это длительная психологическая подготовка к увольнению; расширение перечня специальностей для переобучения к гражданским специальностям (в том числе близким к имеющимся специальностям); создание центров по переобучению не только на базе министерства обороны, но и на базах других ведомств.

В качестве здоровьесберегающего механизма в период ресоциализации важным является активная позиция медицинских работников - проведение профилактических разъяснительных бесед, выписка медикаментов по льготным рецептам. В случае низких показателей комплаентности, необходимо проведение дополнительной работы с пациентами, активное привлечение узких специалистов к работе с данной категорией пациентов, проведение «школ пациентов» с различной нозологией, где будут доступно разъясняться риски заболеваний и

преимущества постоянной профилактики, регулярной вакцинации против инфекционных заболеваний.

Поскольку семья имеет приоритетную значимость для бывших военнослужащих, в процессе ресоциализации необходимо создавать оптимальные условия для ее функционирования. Так, материальный потенциал семьи можно повысить путем организации бесплатного дополнительного обучения, первоочередного предоставления рабочих мест не только бывшим военнослужащим, но и их супругам. В период подготовки к увольнению должна быть организована доступность служб психологического семейного консультирования, которые необходимо создавать на базе лечебно-профилактических учреждений. Осуществление практики длительного наблюдения пациентов у «семейных врачей», еще в период нахождения на военной службе, может способствовать отслеживанию в процессе постоянного наблюдения развития соматических заболеваний, а также рисков усугубления «вредных» привычек после выхода на пенсию и проведению ранней коррекции негативных состояний.

ВЫВОДЫ

1. Нормативно-правовое обеспечение процесса ресоциализации военных пенсионеров в Российской Федерации включает выплаты военных пенсий, социальные льготы, создание программ профессиональной переподготовки. Однако пакет законодательных решений зачастую не реализуется на практике, имеет место недостаточная информированность военных пенсионеров о предусмотренных льготах и деятельности ведомственных центров профессиональной переподготовки. Использование зарубежного опыта трудоустройства, а именно длительная психологическая подготовка военнослужащих перед увольнением, учет их пожеланий в отношении специализации и места работы в гражданском социуме может способствовать оптимизации процесса ресоциализации представителей социальной группы военных пенсионеров.

2. Существует ряд факторов, которые влияют на процесс ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста: «молодой» пенсионный возраст, удовлетворительное состояние здоровья, особые черты «военного» характера (дисциплинированность, ответственность, стрессоустойчивость, целеустремленность, умение принимать решения и др.), мотивация на сохранение социальной, трудовой, физической активности – что способствует пролонгированию периода трудовой занятости представителей данной группы.

3. Анализ эмпирических данных (включая возрастные, статусные, образовательные и семейные характеристики) позволил выявить характерные особенности социально-конструированного портрета военного пенсионера трудоспособного возраста – это состоящий в браке мужчина среднего возраста, закончивший военную службу в офицерском звании, имеющий высшее образование, ключевыми жизненными ценностями которого являются здоровье, наличие семьи и здоровье родных. Военный пенсионер имеет хроническую патологию сердечно-сосудистой системы, однако отличается низким уровнем самосохранительного поведения и мотивации к профилактической и регулярной

заботе о здоровье. Работает по найму в сфере обеспечения безопасности различных объектов доминирование охранной деятельности или образования, а ключевыми факторами мотивации его трудоустройства являются стремление к укреплению материального положения семьи и совокупность мотивов социального характера.

4. Анализ заболеваемости военных пенсионеров показал наличие проблем со здоровьем у данной группы, связанных с характером службы. Анализ показателей здоровья военных пенсионеров исследуемой группы показывает, что их медицинская активность после выхода на пенсию снижается почти в два раза: только $51,8 \pm 2,4\%$ бывших военнослужащих проходят ежегодную диспансеризацию, $24,7 \pm 2,1\%$ проходят осмотры один раз в несколько лет, а каждый четвертый представитель данной социальной группы ($23,5 \pm 2,1\%$) приходят в поликлинику только при возникновении острого заболевания или обострении симптомов хронической патологии.

5. Профилактические и информационные мероприятия, реализуемые ведомственными лечебно-профилактическими учреждениями для военных пенсионеров недостаточно эффективны: согласно полученным данным, до 83% пациентов из числа бывших военнослужащих никогда не принимали участие в таких мероприятиях. Приверженность военных пенсионеров специфической профилактике (в частности, вакцинации от гриппа) после увольнения из армии снижается почти в два раза (до $48,2 \pm 2,4\%$) по сравнению с их показателями вакцинации во время прохождения военной службы ($84,3 \pm 1,8\%$).

6. Особое внимание необходимо уделять лечению и профилактике достаточно частых заболеваний, которые встречаются в повседневной жизни и которым подвержена значительная часть населения – гриппа и острых респираторных инфекций, в том числе новой коронавирусной инфекции COVID-19, которые вызывают большое количество осложнений. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о необходимости дообследования и диспансерного наблюдения у кардиолога пациентов с сохраняющимися изменениями на ЭКГ после перенесенного гриппа. Кроме того, $67,5 \pm 2,3\%$ военнослужащих и военных пенсионеров являлись потребителями табачных

изделий, что превышает общероссийские показатели среди лиц мужского пола – и повышает риски заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями представителей данной социальной группы.

7. Проведенное медико-социологическое исследование «Прогнозирование степени комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных заболеваний у военных пенсионеров», позволило определить приверженность исследуемой группы лечебным и профилактическим мероприятиям при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных инфекций, включая новую коронавирусную инфекцию COVID-19. Совпадение модельных и реальных результатов построенной математической модели позволяет оценить её как адекватную и использовать на практике для прогнозирования комплаентности при амбулаторном лечении гриппа и острых респираторных инфекций у военных пенсионеров. Принимая во внимание, что соблюдение приверженности терапии является важным фактором оптимального исхода заболевания и предотвращения серьезных осложнений, внедрение указанной модели в практику работы медицинских организаций представляется целесообразным.

8. Определение показателей при расчёте средних величин составил $51,2 \pm 7,7$ баллов психологического и $46,3 \pm 9,7$ баллов физического компонентов здоровья, что говорит о необходимости повышения настороженности медицинских работников в отношении состояния физического здоровья и эмоционально-психологического состояния представителей военных пенсионеров. Определена необходимость проведения адресной психологической помощи военным пенсионерам в возрасте 40-49 лет, поскольку выход на пенсию (в большинстве случаев являющийся стрессовым периодом статусного перехода и трансформации идентификационных характеристик личности) в данной возрастной группе может совпадать с периодом «кризиса среднего возраста».

9. На показатели шкалы жизненной активности SF-36 значимое влияние оказал факт наличия трудовой активности, условия их жизни, показатели удовлетворённости бывших военнослужащих финансовым состоянием. На повышение показателей качества жизни военных пенсионеров трудоспособного

возраста повлияло изменение ряда факторов, зависящих от самих респондентов – отказ от курения, улучшение гигиенических характеристик жилья, трудоустройство.

10. Результаты медико-социологического исследования, основанные на анализе массива эмпирической информации, полученной с помощью комплекса научных методов, убедительно доказывают социальную адаптивность группы военных пенсионеров трудоспособного возраста и показывают оптимальные пути её успешной ресоциализации в условиях современного российского социума.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. О ветеранах: [федеральный закон от 12 января 1995 года № 5-ФЗ в ред. от 18 февраля 2020 года] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 3. – С. 168.
2. О военных образовательных организациях высшего образования Министерства обороны Российской Федерации, осуществляющих профессиональную переподготовку военнослужащих по одной из гражданских специальностей: [приказ Министра обороны РФ от 10 июня 2019 года № 325]: [Электронный ресурс]. // Режим доступа: <https://ens.mil.ru/education/documents/more.htm?id=12241755@egNPA> (дата обращения 17.01.2020).
3. О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации от 15.12.2001 N 166-ФЗ (последняя редакция) [Федеральный закон] // Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34419/ (дата обращения 14.03.2021).
4. О мерах по повышению эффективной деятельности органов военного управления по осуществлению социальной адаптации военнослужащих, уволенных с военной службы, граждан, увольняющихся с военной службы и членов их семей: [приказ Министерства обороны РФ от 05 февраля 2001 года № 45] // Юридическая энциклопедия военнослужащего. – 2001. – № 6.
5. О полиции: [федеральный закон от 07 февраля 2011 года № 3-ФЗ в ред. от 06 февраля 2020 года] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 7. – С. 900.
6. О порядке и условиях профессиональной переподготовки по одной из гражданских специальностей отдельных категорий военнослужащих – граждан Российской Федерации, проходящих военную службу по контракту: [приказ Министра обороны РФ от 21 октября 2015 года № 630; зарегистрировано в Минюсте России 12 ноября 2015 года № 39695] // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2015. – № 51.

7. О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей, а также отдельным категориям граждан, уволенных с военной службы: [постановление Правительства РФ от 31 декабря 2004 года № 911 в ред. от 18 февраля 2020 года] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 10.01.2005. – № 2. – С. 166.

8. О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения: [постановление Правительства РФ от 30 декабря 2011 года № 1232 в ред. от 04 сентября 2012 года] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – № 3. – С. 431.

9. О порядке санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации: [приказ Министра обороны РФ от 15 мая 2011 года № 333 в ред. от 15 ноября 2018 года] // Российская газета. – 2011. – № 135.

10. О проведении в 2012-2014 годах эксперимента по обучению уволенных военнослужащих на основе предоставления государственных именных образовательных сертификатов: [постановление Правительства РФ от 21 мая 2012 года № 501] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – № 22. – С. 2873.

11. О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: [федеральный закон от 19 июля 2011 года № 247-ФЗ в ред. от 01 марта 2020 года] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 30 (ч. 1). – С. 4595.

12. О статусе военнослужащих: [федеральный закон от 27 мая 1998 года № 76-ФЗ в ред. от 01 марта 2020 года] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 22. – С. 2331.

13. О утверждении Инструкции об организации военно-врачебной экспертизы в органах федеральной службы безопасности: [Приказ ФСБ России от

8 апреля 2016 г. № 241 (Зарегистрировано в Минюсте РФ 16 мая 2016 г. № 42106)]: [Электронный ресурс] // www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71299998/ (дата обращения 17.02.2022).

14. О утверждении Инструкции об организации работы в органах федеральной службы безопасности по пенсионному обеспечению лиц, уволенных с военной службы, и их семей: [Приказ ФСБ России от 14.02.2017 N 87 (ред. от 05.04.2021) (Зарегистрировано в Минюсте России 30.03.2017 N 46187)]: [Электронный ресурс] // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_214738/ (дата обращения 12.02.2022).

15. Об отдельных вопросах медицинского обеспечения и санаторно-курортного лечения сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел Российской Федерации, граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, а также членов их семей и лиц, находящихся на их иждивении, в медицинских организациях системы Министерства внутренних дел Российской Федерации: [приказ МВД России от 24 апреля 2019 года № 275]: [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации. – 10.06.2019. – № 0001201906100011. – Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru/> (дата обращения 17.01.2020).

16. Агапова, Е.Г. Проблемы медико-социального обеспечения военных пенсионеров / Е.Г. Агапова, А.Д. Доника // Военно-юридический журнал. – 2017. – № 5. – С.11-13.

17. Агапова, Е.Г. Медико-социальные факторы, влияющие на качество жизни военных пенсионеров / Е.Г. Агапова, А.Д. Доника, Ю.Г. Притулина, // Клиническая геронтология. – 2017. – Т.23, №11-12. – С. – 46-52.

18. Агапова, Е.Г., Медико-социологические аспекты профилактики гриппа и острых респираторных инфекций у пожилых пациентов на модели группы военных пенсионеров / Е.Г. Агапова, Ю.Г. Притулина, А.Д. Доника // Журнал научных статей: Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т.19, № 2. – С. 47-52.

19. Агапова, Е.Г. Методика определения комплаентности при амбулаторном лечении респираторных инфекций у военных пенсионеров / Е.Г. Агапова, Ю.Г. Притулина, А.Д. Доника // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 1. – С. 118-123.
20. Агеев, С.В. Социально-психологические и терапевтические особенности гипертонической болезни у военнослужащих и военных пенсионеров на санаторном этапе / С.В. Агеев, М.П. Пешехонова // Клиническая геронтология. – 2010. – Т. 16, № 9-10. – С.3-94.
21. Аллахверанов, Э.И. Социальная адаптация военнослужащих, уволенных с военной службы / Эльмар Интигам оглы Аллахверанов // Colloquium-journal. – 2021. – С.37-38.
22. Алякина, Л.С. Психологические особенности руководителей коммерческих организаций категории «военные пенсионеры» / Л.С. Алякина, С.В. Ильинский // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: психология. – 2016. – № 1 (19). – С. 70-87.
23. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. –Социальная психология: Учеб. для высш. шк. – М.: Аспект-Пресс, 1999. – 375 с.
24. Андреевкова, Н.В. Проблемы социализации личности / Н.В. Андреевкова // Социальные исследования. – М.: Наука, 1970. – С.19-21.
25. Аракелян, К.Э. Укрепление социальных прав военнослужащих запаса на труд / К.Э. Аракелян // Право в Вооруженных Силах – Военно-правовое обозрение. – 2020. – № 8 (277). – С. 73-75.
26. Артемова, О.В. Качество жизни в российских мегаполисах: поиск возможностей городского развития / О.В. Артемова, А.Н. Савченко, А.О. Ужегов // Социум и власть. – 2021. – № 1 (87). – С. 76-89.
27. Багреева, Е.Г. Инклюзивная среда как фактор профилактики преступлений, совершенных лицами с инвалидностью / Е.Г. Багреева // Человек. Общество. Инклюзия. – 2017. – № 4 (32). – С. 86-91.
28. Банных, Г.А. Профессиональная ресоциализация в условиях цифровизации: содержание и факторы успешности / Г.А. Банных, С.Н. Костина // Социология и психология труда. – №.2. – 2021. – С.119-121.

29. Баянова, Т.А. Приверженность отдельных групп населения вакцинопрофилактике гриппа: результаты анкетирования / Т.А. Баянова, А.Г. Петрова, А.С. Ваняркина [и др.] // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2021. – №20 (1). – С. 69 -75.
30. Белевитин, А.Б. Медико-экономическое обоснование объемов финансирования лекарственной помощи в Вооруженных Силах / А.Б. Белевитин, Ю.В. Мирошниченко, С.А. Бунин [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2009. – № 12. – С.4-9.
31. Беловол, Е.В. Активное старение: образовательная активность пожилых людей / Е.В. Беловол, З.В. Бойко, И.В. Радыш [и др.] // Технологии живых систем. – 2018. – Т. 15, № 4. – С. 42-49.
32. Бергер, П. Социальное конструирование реальности / П. Бергер, Т. Лукман // Трактат по социологии знания. – М.: Мелениум, 1995. – С. 254-255.
33. Бионышев, М.Е. Бездомность как одно из проявлений жизни современного общества / М.Е. Бионышев // Народонаселение. – 2003. – № 4. – С. 125-135.
34. Блинков, Ю.А. Социальная медицина: учебник для бакалавров / Ю.А. Блинков; под ред. А.В. Мартыненко. – М.: Юрайт, 2017. – 475 с.
35. Бойко, С.Л. Метод оценки социальной комплаентности как формы социальной ответственности пациента / Бойко С.Л., Ассанович М.А., Дешко М.С. [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2021. – Т. 19, № 2. – С. 207-211.
36. Бойцова, И.С Система правового регулирования социальных рисков на современном этапе в российской федерации: возможность их учета в воинских правоотношениях / И.С. Бойцова // Военно-юридический журнал. – 2020. – № 1. – С. 3-7.
37. Бондалетов, В.В. Оценка социально-экономического положения военных пенсионеров в современной России / В.В. Бондалетов // Экономика и предпринимательство. – 2019. – № 12 (113). – С. 79-86.
38. Борсученко, С.А. Ресоциализация и социальная адаптация осужденных к лишению свободы: понятие, содержание, правовое регулирование /

С.А. Борсученко // Юридический вестник Самарского университета. – 2018. – Т.4, № 2. – С.74-79.

39. Боцан, А.В. Ресоциализация несовершеннолетних осужденных на пенитенциарной и постпенитенциарной стадиях / А.В. Боцан // Бюллетень науки и практики. – 2021. – Т.7. – №5. – С. 425-433.

40. Булкина, Н.А. Исследование влияния фактора творчества на удовлетворенность жизнью в пожилом возрасте / Н.А. Булкина // Аллея науки. – 2018. – Т. 2., № 8 (24). – С. 27-30.

41. Бухарова, М.В. Критерии анализа ресоциализации подростков в условиях воспитательного учреждения / М.В. Бухарова // Власть. – 2010. – №2. – С. 117-120.

42. Вакарина, Е.А. Профессиональное переобучение предпенсионеров: возможности и риски / Е.А. Вакарина, А.Д. Емельянова, О.Ю. Корицова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2021. – Т. 9, № 4 (35). – С. 377-386.

43. Вебер, М. Избранные произведения / М. Вебер; пер. с нем.; сост. Ю.Н. Давыдова. – М.: Прогресс, 1990. – 808 с.

44. Волкова, Т.Н. Проблемы отбывания наказания и ресоциализации женщин, осужденных к лишению свободы: дис. ... канд. юридических наук: 12.00.08 / Волкова Татьяна Николаевна. – М., 1995. – 130 с.

45. Воронков, К.И. Ресоциализация граждан в контексте социальной политики современной Франции и Германии / К.И. Воронков // Вестник Нижегородского университета им. И.Н. Лобачевского. – 2020. – №5. – С.101-105.

46. Ворошилова, И.И. Индикаторы и индексы в оценке качества жизни пожилых людей / И.И. Ворошилова, Р.С. Пархоменко // Известия высших учебных заведений поволжский регион. Медицинские науки. – 2008. – № 4. – С. 43-46.

47. Габдулина, Л.И. Удовлетворенность жизнью и её объективные детерминанты в период взрослости / Л.И. Габдулина // Северо-Кавказский психологический вестник. – 2008. – № 6 (4). – С. 42-48.

48. Гаврищук, В.В. Медицинское и санаторно-курортное обеспечение военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов: правовое обеспечение / В.В. Гаврищук // Симбирский научный вестник. – 2012. – № 1 (7). – С. 111-115.
49. Газетов, В.И. Служба досуга армии США / В.И. Газетов // Вестник МГУПИ. – 2010. – № 26. – С. 44-58.
50. Герасимов, А.Н. Связь смертности пожилого населения с заболеваемостью гриппом и инфекционными болезнями / А.Н. Герасимов, М.И. Шпитонков // Исследование операций (модели, системы, решения). – 2013. – № 8. – С.21-36.
51. Гидденс, Э. Социология / науч. ред. В.А. Ядов; общ. ред. Л.С. Гурьевой, Л.Н. Иосилевича; пер. В. Малышенко и др. – М.: Эдиториал УРСС, 1999. – 703 с.
52. Гишинский Я.И., Афанасьев В.С. Социология девиантного поведения. – СПб., 1993. – С. 26.
53. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS). Российская Федерация. 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf (дата обращения: 17.01.2020).
54. Горошко Н.В., Емельянова Е.К., Пацала С.В. Проблема ковид-антивакцинозности: Россия на мировом фоне. / Н.В. Горошко, Е.К. Емельянова, С.В. Пацала // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – 67(4) – С.3.
55. Григоренко, Л.А. Современное состояние здоровья и организация медицинской помощи военным пенсионерам / Л.А. Григоренко // Вестник медико-стоматологического университета. – 2010. – № 4 – С. 41-44.
56. Гривнев, Е.А. Моделирование когнитивного диссонанса бывшими военнослужащими к гражданской среде как реализация личноориентированной модели преодоления в адаптационной сфере / Е.А. Гривнев // Вестник Удмуртского университета. – 2016. – Т. 26, № 4. – С. 60-66.

57. Гурко, Г.И. Хроническая обструктивная болезнь легких у пожилых людей – ветеранов вооруженных сил: проблемы и перспективы их решения // Вестник РУДН. – 2010. – № 4. – С. 191-193.
58. Давыдов, С.В. Медицинские аспекты качества жизни у больных с гипертонической болезнью / С.В. Давыдов // Казанский медицинский журнал. – 2001. – Т. 82, №1. – С. 35-37.
59. Давидян, О.В. Возрастная жизнеспособность при выходе на пенсию / О.В. Давидян, М.В. Масная, М.В. Силютин [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 3. – С. 481-49.
60. Данилов, Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, №1. – С. 13-20.
61. Данилова, Т.Д. Определение и сущность понятия качества жизни населения / Т.Д. Данилова // Наука и образование сегодня. – №2.(61) – 2021. – С.48-49.
62. Делягин, В.М. Специфическая терапия и экстренная профилактика гриппа / В.М. Делягин // Медицинский совет. – 2021. – №1. – С.116–123.
63. Деларю, В.В. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке / В.В. Деларю, Е.Г. Вершинин // Вестник ВолгГМУ. – 2015. – № 3 (55). – С. 100-102.
64. Дигин, С.Н. Профессиональная социализация курсантов в военном вузе в современных условиях: социологический анализ: диссертация ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Дигин Сергей Николаевич; [Место защиты: Ур. гос. ун-т им. А.М. Горького]. – Екатеринбург, 2009. – 138 с.
65. Дмитриева, Е.В. Метод фокус-групп: проблемы подготовки, проведения, анализа / Е.В. Дмитриева // Социологические исследования. – 1999. – № 8. – С. 133-138.
66. Дорошенко, С.В. Особенности оценки социально-экономической адаптации населения / С.В. Дорошенко // Россия: тенденции и перспективы развития. – 2021. – №16-2. – С.970-973.

67. Дубоград, Е.В. Ресоциализация военных пенсионеров как объект медико-социологического исследования / Е.В. Дубоград, Е.Г. Агапова, Л.А. Чернышова // Социальное и пенсионное право. – 2020. – № 1. – С. 37-41.
68. Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Э. Дюркгейм; пер. с франц. А.Б. Гофмана. – М.: Канон, 1995. – 352 с.
69. Евенко, С.Л. Государственные стратегии управления рисками социальной адаптации российских военнослужащих, уволенных в запас / С.Л. Евенко, И.А. Попов // Власть. – 2020. – Т. 28, № 3. – С. 129-135.
70. Едренкина, Т.А. Характеристика ит-специалистов на рынке труда / Т.А. Едренкина // Вестник науки и образования. – 2021. – № 2 (105). – С. 14-17.
71. Ежов, О.В. Профессиональная адаптация молодых офицеров ВМФ / О.В. Ежов. – М.: Ракурс, 1993. – 88 с.
72. Жидкова, Е.А. COVID 19: экономические аспекты вакцинопрофилактики гриппа / Е.А. Жидкова, Е.М. Гутор, Ю.А. Ткаченко // Качественная клиническая практика. – 2021. – № 2. – С.16 – 21.
73. Жэн, Х. Сравнительный анализ режимов трудоустройства китайских и российских отставников / Х. Жэн, С. Цзян // Социология. – 2020. – № 1. – С. 126 – 35.
74. Згурская, Е.Н. Ресоциализация людей третьего возраста как социокультурная проблема / Е.Н. Згурская // Вестник Санкт-Петербургского государственного института культуры. – 2016. – № 2 (28). – С.172-174.
75. Ибрагимова, Н.И. Сущность, структура и содержание социальной защиты и социальной адаптации военнослужащих, уволенных в запас (на примере зарубежных стран) / Н.И. Ибрагимова // Вестник Казахского гуманитарно-юридического инновационного университета. – 2019. – № 3 (43). – С. 61-64.
76. Кадыров, З.О. Элементы административно-правового статуса военнослужащих в Российской Федерации / З.О. Кадыров // Молодой ученый. – 2020. – № 50 (340). – С. 227-230.

77. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р.В. Кадыров, О.А. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
78. Караулов, А.В. Обзор исследований вакцин семейства гриппол и развития современных адъювантов / А.В. Караулов, А.С. Быков, Н.В. Волкова // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2019. – Т. 18, № 4. – С. 101-124.
79. Калинин, В.Л. Формирование комплексной модели социальной адаптации бывших военнослужащих и членов их семей к условиям гражданского социума: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 / Калинин Вадим Львович. – М., 2003. – 21 с.
80. Карпикова, И.С. Трудовая занятость пожилых россиян: характеристика тенденций и возможностей реализации / И.С. Карпикова, О.Н. Баева // Социодинамика. – 2021. – № 6. – С. 1-13.
81. Кириллов, А.В. Проблемы реализации гарантий, прав и льгот российских граждан, уволенных с военной службы / А.В. Кириллов // Материалы Афанасьевских чтений. – 2019. – №2 (27). – С.23-30.
82. Кирсанова, А.А. Персонализированный подход к организации медицинской реабилитации военнослужащих в санаторно-курортных организациях Министерства обороны Российской Федерации / А.А. Кирсанова, Д.В. Ковлен, С.В. Долгих // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2019. – № 3 (67). – С. 170-173.
83. Кирюхин, С.В. Актуальные вопросы пенсионного обеспечения военнослужащих в современной России / С.В. Кирюхин // Проблемы экономики и юридической практики. – 2020. – Т. 16, № 6. – С. 31-37.
84. Ковалева, А.И. Социализация: социально-философский, социологический и социально-психологический аспекты понимания / А.И. Ковалева, В.А. Луков // Философия и культура. – 2012. – № 3. – С. 27-35.
85. Ковалева, А.И. Ресоциализация / А.И. Ковалева, Н.А. Перинская // Энциклопедия гуманитарных наук. – 2016. – № 1. – 297-300.
86. Ковтуненко, Л.В. Педагогическая ресоциализация несовершеннолетних: актуальный контекст исследования / Л.В. Ковтуненко //

Вестник Воронежского государственного технического университета. – 2013. – С.15-20.

87. Козина, Г.Ю. Современный взгляд на организацию социальной работы с пожилыми людьми / Г.Ю Козина, Ю.М. Герасимова // Молодой ученый. – 2018. – № 40 (226). – С. 70-73.

88. Комлев, В.А. Мотивация как ключевой элемент психологического потенциала к предпринимательской деятельности среди военнослужащих, увольняемых в запас / В.А. Комлев, Е.А. Феоктистова // Вестник университета. – 2021. – № 9. – С. 166-172.

89. Кон, И.С. В поисках себя. Личность и ее самосознание / И.С. Кон. – М.: Политиздат, 1984. – 335 с.

90. Коновалов, О.Е. Показатели качества жизни как информативные критерии при мониторинге состояния здоровья военных пенсионеров / О.Е. Коновалов, А.В. Попов, М.Д. Васильев [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 5-6. – С. 67-70.

91. Коновалов, О.Е. Социальное функционирование и здоровье военных пенсионеров / О.Е. Коновалов, Т.П. Васильева, А.В. Попов [и др.] // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2020. – № 1 (52). – С. 4-8.

92. Костин, Р.А. Вторичная социализация: понятие, проблемы и тенденции развития / Р.А. Костин, А.Е. Климанова // Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии. – 2011. – № 3. – С. 47-58.

93. Котова, О.В. Спортивные праздники как средство социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями / О.В. Котова // Евразийский Союз Ученых. – 2014. – №7. – С.145-147.

94. Кошарная, Г.Б. Проблемы профессиональной адаптации военных пенсионеров в современном российском социуме / Г.Б. Кошарная, О.П. Чалых // Социология. – 2017. – № 4 (44). – С. 76-84.

95. Крадинова, Е.А. Влияние бальнеолечения на состояние сердечно-сосудистой системы у больных пожилого возраста / Е.А. Крадинова, Е.И. Кулик // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2018. – Т. 24, № 2. – С. 106-106а.

96. Кузнецов, П.С. Социальная адаптация в трудах Э. Дюркгейма, М. Вебера, Т. Парсонса, Р. Мертонса / П.С. Кузнецов // Проблемы формирования социальной и производственной инфраструктуры: сб. науч. ст. – Саратов, 2000. – С. 37-41.
97. Кулькова, Л.И. Социально-психологические особенности военнослужащих, уволенных с военной службы / Л.И. Кулькова // Вестник ЧГПУ им. И.Я. Яковлева. – 2013. – № 1 (77), Ч. 2. – С. 111-114.
98. Кутянова, И.П. Динамические аспекты ресоциализации наркозависимых / И.П. Кутянова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2007. – Ч.1 №2. – С. 147-151.
99. Леонтьев, О.В Система восстановления психоэмоционального состояния военнослужащих запаса с наиболее распространенными заболеваниями системы кровообращения / О.В. Леонтьев, Г.В. Москаленко, Е.В. Яковлев // Научно-аналитический журнал Вестник Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России. – 2018. – № 2. – С. 164-169.
100. Логинов, С.И. Физическая активность пожилых на Югорском севере / С.И. Логинов // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 2. – С. 86.
101. Лубинец, В.Н. Психологическая адаптация военнослужащих, уволенных в запас / В.Н. Лубинец, С.Б. Пашкин // В сборнике: Наука в современном обществе: закономерности и тенденции развития. Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции. – 2019. – С. 179-181.
102. Лушников, В.П. Адаптация уволенных из вооруженных сил офицеров к новым социальным условиям / В.П. Лушников // Военный академический журнал. – 2016. – № 3 (11). – С. 123-131.
103. Магомед-Эминов, М.Ш. Деконструкция и конструкция понятия социализация в психологическом научном дискурсе: от социализации к ресоциализации / М.Ш. Магомед-Эминов // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2019. – № 8. – С. 29-36.

104. Мананников, Д.Ю. Индексация размеров военных пенсий: правовое обеспечение и проблемы реализации / Д.Ю. Мананников // Право в Вооруженных Силах – Военно-правовое обозрение. – 2020. – № 5 (274). – С. 22-32.

105. Масимова, А.Э. Особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и ишемической болезни сердца среди военнослужащих / А.Э. Масимова, М.Н. Мамедов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – 20 (1). – С.71-75.

106. Мацукевич, О.Ю. Социально-культурная ресоциализация пожилых людей / О.Ю. Мацукевич // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. – 2012. – № 19 (2). – С.203-207.

107. Мертон, Р. Социальная структура и аномия / Р. Мертон // Социологические исследования. – 1993. – № 2. – С. 118.

108. Мирошниченко, Ю.В. Методологические аспекты повышения эффективности лекарственной помощи в Вооруженных силах / Ю.В. Мирошниченко, А.Б. Горячев, С.А. Бунин [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2008. – № 3 (23). – С. 143-147.

109. Мирошниченко, Ю.В. Опыт и перспективы применения формулярной системы в военном здравоохранении / Ю.В. Мирошниченко, А.Б. Горячев // Лекарственное обеспечение в России. – 2011. – №1. – С. 25-31.

110. Мирошниченко, Ю.В. Опыт организации лекарственной помощи военнослужащим и военным пенсионерам в США / Ю.В. Мирошниченко, В.С. Гайнов // Военная фармация и медицинская техника. – 2012. – № 1. – С. 51-54.

111. Мирошниченко, Ю.В. Совершенствование механизмов обеспечения лекарственными средствами военных пенсионеров при оказании амбулаторно-поликлинической помощи / Ю.В. Мирошниченко, К.Д. Красавин, А.Б. Малых [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2012. – № 6. – С. 4-11.

112. Морозов, Р.Н. Социальный портрет женщин-инвалидов вследствие рака молочной железы / Р.Н. Морозов, А.А. Шестаков // Евразийский союз ученых. – 2015. – № 3-5 (12). – С. 96-97.

113. Мосякин, А.В. Правовое и финансово-экономическое обеспечение социальной защиты военнослужащих Японии / А.В. Мосякин // Зарубежное военное обозрение. – 2000. – № 2. – С. 20-26.

114. Музыкин, М.И. Стоматологическая реабилитация полной адентии у пенсионеров министерства обороны и прикрепленного контингента в военно-медицинских организациях / М.И. Музыкин, Г.А. Гребнев, А.К. Иорданишвили [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – № 2 (70). – С. 94-105.

115. Мурсалов, С.У. Особенности профилактики инвалидизации при психоневрологических расстройствах у военных пенсионеров автореф. дис. ... канд. соц. наук: 14.01.30 / Мурсалов, Самир Усман-оглы. – СПб. 2011. – с. 144.

116. Мынко, О.И. Вакцинация против гриппа: частота иммунизации среди опрошенного населения, наиболее часто встречаемые побочные эффекты / О.И. Мынко, В.В. Лобанов, Д.Р. Ашрафзянова // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». – №2. – 2021. – С.68-74.

117. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. / А.А. Новик, Т.И. Ионова / под. ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

118. Осадчая, Г.И. Оценка уровня социальной адаптации молодых мигрантов в мегаполисе / Г.И. Осадчая // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2021. – Т. 14. № 1. – С. 186-198.

119. Осипенков, С.М. Социальное самочувствие военнослужащих, уволенных с военной службы, в условиях военной реформы (на примере Дальневосточного региона) / С.М. Осипенков // Власть и управление на Востоке России. – 2012. №2 (59) – С.138-140.

120. Павлова, О.В. Дидактическая система обучения уволенных в запас военнослужащих / О.В. Павлова // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. – 2019. – № 4 (9). – С. 48-51.

121. Парсонс, Т. О социальных системах. / Т. Парсонс. – М.: Академический проект, 2002. – 832 с.

122. Первоушина, Ю.В. Сердечно-сосудистые осложнения у пациентов с пневмониями тяжелого течения при гриппе А/Н1N1/09 / Ю.В. Первоушина, В.В. Горбунов, С.А. Лукьянов // Сибирский научный медицинский журнал. – 2021. – № 41 (4). – С. 54–57.

123. Переходько, М.Н. Необходимость развития малого бизнеса для экономики Российской Федерации / М.Н. Переходько // Terra Economicus. – 2012. – Т.10, №4. – С.100-103.

124. Пиаже, Ж. Психология интеллекта / Ж. Пиаже. – СПб.: «Питер», 2003. – 192 с.

125. Пинчук, А. Н. Социально-профессиональная адаптация: от концептуализации к измерению // Социологическая наука и социальная практика. 2021. – Т. 9, № 2. – С. 96-114.

126. Попов, А.В. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работающих военных пенсионеров / А.В. Попов // Исследования и практика в медицине. – 2017. – Т.4, № 3. – С. 122-127.

127. Попова, Л.П. Медико-социологическое обоснование направлений развития системы оказания медицинской помощи населению пригородной зоны крупного промышленного центра: дис. ... канд. мед. наук. – 14.00.52 / Попова Лариса Петровна. – Саратов, 2004. – 187с.

128. Примаков, В.Л. Социализация офицера в условиях военной службы (на примере вооруженных сил РФ) / В.Л. Примаков. – М.: МУ, 2000. – 50 с.

129. Присяжная, Н.В. Дети-сироты: постинтернальное жизнеустройство / Н.В. Присяжная // Социологические Исследования. – 2007. – № 11. – С. 54-63.

130. Прысь, И.Е. О проблемах ресоциализации несовершеннолетних женщин, отбывающих лишение свободы / И.Е. Прысь // Уголовно-исполнительное право. – 2010. – № 1.- С.75-79.

131. Раев, В.К. Актуальные проблемы современной геронтопсихиатрии и организация геронтологической помощи офицерам старших возрастных групп и военным пенсионерам / В.К. Раев, И.Ю. Хабаров, В.А. Мороз // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 39, № 3-4. – С. 225-235.

132. Разов, П.В. Зарубежный опыт решения проблем переквалификации и трудоустройства уволенных в запас военнослужащих / П.В. Разов // Власть. – 2014. – № 5. – С. 157-160.

133. Ревин, В.В. Методика оценки удовлетворённости факторами социальной защиты военнослужащих, увольняемых в запас / В. В. Ревин // Научный вестник Вольского военного института материального обеспечения: военно-научный журнал. – 2019. – № 4 (52). – С. 74-78.

134. Решетников, А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований / А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1. – С. 38-41.

135. Решетников, А.В. Медико-социологические исследования проблем здоровья: зона социальной ответственности / А.В. Решетников, Н.В. Присяжная, С.В. Павлов [и др.] // Социология медицины. – 2016. – Т.15, № 2. – С. 68-72.

136. Решетников, А.В. Методика проведения медико-социологических исследований / А.В. Решетников, С.А. Ефименко, Л.М. Астафьев. – М.: ООО «ГЭОТАР – Медиа», 2003. – 96 с.

137. Решетников, А.В. Социальный портрет больного с артериальной гипертензией / А.В. Решетников, В.А. Решетников, В.В. Козлов [и др.] // Социологи медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 68-72.

138. Решетников, А.В. Социология медицины: руководство / А.В. Решетников. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 424 с.

139. Решетников, А.В. Социология пациента / А.В. Решетников, С.А. Ефименко. – М.: Здоровье и общество, 2008. – 304 с.

140. Решетников, А.В. Технология социологического исследования как методологическая основа медико-социологического мониторинга / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – №1. – С. 3-14.

141. Розум, С.И. Психология социализации и социальной адаптации личности / С.И. Розум. – СПб.: Речь, 2007. – 365 с.

142. Рубчевский, К.В. Социализация личности: интериоризация и социальная адаптация / К.В. Рубчевский // Общественные науки и современность. – 2003. – № 3. – С. 147-151.

143. Рузаева, Е.М. Сравнительный анализ пенсионного обеспечения военнослужащих по выслуге лет / Е.М. Рузаева, Е.В. Пошедина // Евразийский союз ученых. – 2019. – № 4-8 (61). – С. 52-55.

144. Савченко, С.В. Психофизиологический контроль психо-соматического статуса у военнослужащих / С.В. Савченко, В.А. Олешко // Учебно-методическое пособие, - СПб.: Политехника-сервис, 2005. – 25с.

145. Салтыкова, Т.С. Отсроченная смертность при гриппе среди лиц пожилого возраста / Т.С. Салтыкова // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – Прил. (часть II). – 2008. – №2 (22). – С. 368-369.

146. Самохина, А.А. Психолого-педагогические особенности ресоциализации личности делинквентов средствами спортивной деятельности: дис. ... канд. психолог. наук: 19.00.07 / Самохина Анна Анатольевна. – СПб., 2002. – 138 с.

147. Севостьянова, Е.В. Качество жизни больных с полиморбидной патологией / Е.В. Севостьянова, Ю.А. Николаев, И.М. Митрофанов [и др.] // Сибирский научный медицинский журнал. – 2021. – 41 (1). – С. 91–99.

148. Сергиенко, Е.Н. Современные особенности сезонного гриппа и новые возможности вакцинопрофилактики / Е.Н. Сергиенко, И.Н. Ластовка, Н.В. Голобородько // Клиническая инфектология и паразитология. – 2018. – Т. 7, № 4. – С. 538-547.

149. Синопальников, А.И. Комплаентность антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей / А.И. Синопальников, А.А. Зайцев // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 15-23.

150. Слободенюк, Э.В. Социальное управление профессиональной интеграцией ветеранов военной службы как объект социологического анализа / Э.В. Слободенюк // Вестник Военного университета. – 2010. – № 4 (24). – С. 160-167.

151. Смелзер, Н. Социология / Н. Смелзер; пер. с англ. – М.: Феникс, 1994. – 688 с.

152. Смирнов, А.В. Концепция качества жизни пациентов гериатрической клиники / А.В. Смирнов // Медицинские проблемы пожилых: сб. научн. ст. – Йошкар-Ола, 1999. – С. 47-51.

153. Смирнов, А. И. Динамика и особенности социального самочувствия военных пенсионеров / А.И Смирнов // Социологическая наука и социальная практика. – 2017. – Т.5., №2. – С. 99 -117.

154. Смирнов, А.И. Трудоустройство и занятость военных пенсионеров / А.И. Смирнов // Вестник института социологии. – 2015. – № 4 (15). – С. 130-146.

155. Смирнов, В.А. Некоторые вопросы социального обеспечения военнослужащих, лиц, уволенных с военной службы и членов их семей в Российской Федерации / В.А. Смирнов // Проблемы экономики и юридической практики. – 2017. – № 6. – С. 90-94.

156. Соловьев, С.С. Динамика социально-экономического положения граждан, уволенных с военной службы и членов их семей в 2010-2017гг / С.С. Соловьев // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Общественные науки. – 2018. – № 4 (812). – С. 220-231.

157. Социально-психологическая адаптация кадровых военнослужащих, увольняемых в запас или отставку: теория и практика / под. ред. Н.Г. Осуховой, И.Г. Лотовой. – М.: Логос, 2008. – 134 с.

158. Социологический анализ проблемы реализации права на профессиональную переподготовку военнослужащих, увольняющихся в запас [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал Министерства обороны Российской Федерации. – Режим доступа: https://ens.mil.ru/science/sociological_center/army_in_numbers/more.htm?id=10370953@cmsArticle (дата обращения: 19.03.18 г.)

159. Спенсер, Г. Основания социологии / Г. Спенсер. – М.: Социум, 2007. – 505 с.

160. Справочно-аналитический материал «Медико-демографические показатели» (по данным регионального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга за 2014-2016 годы) подготовлен специалистами Управления Роспотребнадзора по Воронежской области (руководитель –

Механтьев И.И.) и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области». – Воронеж, 2017. – 40 с.

161. Старобина, Е.М. Позитивные моменты в зарубежном опыте переобучения и трудоустройства ветеранов военной службы / Е.М. Старобина, С.Г. Кривенков // Инвалиды и общество. – 2016. – № 1 (19). – С. 39-45.

162. Стахи, Т.А. Государственный именной образовательный сертификат как инструмент социальной адаптации уволенных в запас военнослужащих (на примере МГУПП / Т.А. Стахи, В.В. Рокотянская // Экономика и управление. – 2014. – № 8. – С. 25-28.

163. Тарараева, Т.Ю. Самооценка стоматологического здоровья военными пенсионерами: сб. научн. трудов межвуз. научн. конференции «Трансформации здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование – взгляд в будущее» / Т.Ю. Тарараева. – М.: Российский ун-т дружбы народов, 2016. – С. 140-143.

164. Татуйко, Т.А. Условия ресоциализации при организации образовательного процесса в педагогических колледжах: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Татуйко Татьяна Алексеевна. – Тобольск, 2001. – 169 с.

165. Титарева, Л.В. Частые вопросы вакцинации людей пожилого возраста. / Л.В. Титарева // Врач. – 2019. – Т. 30, № 6. – С. 24-28.

166. Титей, Е.А. Качество жизни, особенности клинического течения и терапии систолической артериальной гипертензии у военнослужащих среднего возраста и военных пенсионеров: дисс. ... канд.мед.наук: 14.01.04 / Титей Екатерина Анатольевна. – Воронеж, 2011. – с. 137.

167. Толстопятов, Ю.Ю. Проблема трудоустройства военных пенсионеров в современных реалиях / Ю.Ю. Толстопятов // В сборнике: Интеллектуальный капитал в XXI веке. Сборник научных трудов. – Иркутск, 2019. – С. 251-253.

168. Толченова, Е.А. Управление качеством медицинской помощи военным пенсионерам / Е.А. Толченова, Л.А. Григоренко // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 380.

169. Ушакова, М.Ю. Сравнительный анализ проблем трудоустройства военнослужащих, уволенных в запас на примере ГКУ Амурской области ЦЗН г.

Благовещенска и ЦЗН Мазановского района / М.Ю. Ушакова // Образовательный процесс. – 2019. – № 5 (16). – С. 15-18.

170. Фомина, А.В. Оценка организации профилактики стоматологических заболеваний и стоматологической помощи военным пенсионерам / А.В. Фомина, Т.Ю. Тарараева // В мире научных открытий. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 184-199.

171. Фролова, А.К. Оценка качества жизни, тревоги и депрессии у лиц, подверженных активному регулярному табакокурению / А.К. Фролова, А.В. Арифюлов, О.И. Фролова [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – № 4. – С. 127-132.

172. Фромм Э. Человек для себя / Э. Фромм // Минск, 1997. – С. 40.

173. Хакимова, Э.А организация психосоциальной работы с бывшими военнослужащими, уволенными в запас / Э.А. Хакимова // В сборнике: Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. сборник статей XIV Международной научно-практической конференции. – 2018. – С. 223-225.

174. Хасанова, Р.Р. Заболеваемость и смертность населения России от гриппа в 2008-2019 гг. / Р.Р. Хасанова // Экономическое развитие России. 2020. – Т. 27, № 4. – С. 88-92.

175. Чалых, О.П. Социальное самочувствие военных пенсионеров, уволенных в запас / О.П. Чалых // Социально-экономические явления и процессы. – 2018. – Т. 13, № 2. – С. 10-15.

176. Чертушкина, Т.А. Профессиональная адаптация военнослужащих. Уволенных в запас. Как объект деятельности социальных работников / Т.А. Чертушкина, Н.Б. Шмелева // Сервис России и за рубежом. – 2012. – № 1 (28). – С. 80-88.

177. Шахматова, Н.В. Работающие пенсионеры в России и регионе: тенденции и проблемы / Н.В. Шахматова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2021. – Т. 21, вып. 4. – С. 413-420.

178. Шевченко Ю.Л., Ионова Т.И., Мельниченко В.Я., Никитина Т.П. Качество жизни населения российской федерации в условиях пандемии COVID-

19 / Ю.Л. Шевченко, Т.И. Ионова, В.Я. Мельниченко [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова – 2021. – т. 16, №1 – С.74-83.

179. Шибутани, Т. Социальная психология [Текст] / Т. Шибутани // Сокращенный пер. с англ. В. Б. Ольшанского ; Общ. ред. и послесл. проф. Г. В. Осипова. – М.: Прогресс, 1969. – 534 с.

180. Шинкевич, В.Е. Организация реабилитации и ресоциализации наркозависимых в контексте обеспечения наркобезопасности современного общества: отечественный и зарубежный опыт / В.Е. Шинкевич, Т.В. Куприянич // Социальные исследования и безопасность. – 2018. – № 3. – С. 173-185.

181. Ширкин, А.А. Проблемные аспекты реализации военным пенсионерам права на возмещение расходов на проезд в санаторно-курортные и оздоровительные организации / А.А. Ширкин // Военное право. – 2018. – № 2 (48). – С. 116-120.

182. Шихвердиев, С.Н. Ресоциализация спортсменов высокой квалификации после их ухода из большого спорта / С.Н. Шихвердиев // Теория и практика физической культуры. – 2007. – № 1. – С. 75-76.

183. Щеглов, А.Ф. Функционирование механизма управления социальной адаптацией военнослужащих, уволенных в запас, а также членов их семей / А.Ф. Щеглов, И.А. Акулич // Власть. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 203-208.

184. Щигорцова, Е.С. Проблемы социальной адаптации к условиям гражданской жизни бывших сотрудников Госнаркоконтроля РТ / Е.С. Щигорцова // Ученые записки Казанского государственного университета. – 2009. – Т.151, кн.5, ч.2. – С.123-128.

185. Росстат сообщил на сколько выросло количество пенсионеров в России. Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.amic.ru/news/450310/> (дата обращения: 15.02.2021).

186. Статистика: Численность трудоспособного населения России: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://ruхpert.ru/> (дата обращения - 12.02.2020).

187. Agapova E.G., Donika A.D., Esipenko Jy.V. Ethical problems of medics's interaction with elderly patients on the example of the social group of military retirees // *Биоэтика*. – 2017. - № 19. – С. 52-54.

188. Acikel, C.H. Some sociodemographic and diagnostic characteristics of military patients treated in the Department of Medical Oncology, Gulhane Military Medical Academy / C.H. Acikel, T. Kir, S. Komurcu et al. // *Mil Med*. – 2006. – № 5. – P. 420 – 424.

189. Adams, R. Social and psychological risk and protective factors for veteran well-being: The role of veteran identity and its implications for intervention / R. Adams, T. Urosevich, S. Hoffman [et al.] // *Mil Behav Health*. – 2019. – 7(3). – P. 304-314.

190. Allen, P. Returning enlisted veterans-upward (to) professional nursing: not all innovative ideas succeed / P. Allen, L. Billings, A. Green, J. Lujan, M.L. Armstrong // *J Prof Nurs*. – 2012. – № 4. – P. 241-246.

191. Bahadur, S. McGilloway Long-term employment outcomes following rehabilitation for significant neurological impairment in UK military personnel: a 3-year study / S. Bahadur, E. Rann, E. McGilloway // *Journal of the Royal Army Medical Corps*. – 2017. – Vol. 163 (5). – P. 355-361.

192. Bartlett, A. Do women need special secure services? / A.Bartlett, Y.Hassel // *Advances of Psychiatric Treatment*. – 2001 – №.7. – P. 302-309.

193. Bridger, R.S. Work demands and need for recovery from work in ageing seafarers / R.S. Bridger, K. Brasher, A. Dew // *Ergonomics*. – 2010. – № 8. – P. 1006-1015.

194. Bridger, R.S. Work demands and need for recovery from work in ageing seafarers / R.S. Bridger, K. Brasher, A. Dew // *Ergonomics*. – 2010. – № 8. – P. 1006-1015.

195. Caddick, N. The effects of surfing and the natural environment on the well-being of combat veterans / N. Caddick, B. Smith, C. Phoenix // *Qual Health Res*. – 2015. – 25 (1). – P. 76–86.

196. Castro, C. The combat veteran paradox: Paradoxes and dilemmas encountered with reintegrating combat veterans and the agencies that support them / C. Castro, S. Kintzle, A. Hassan // *Traumatology*. – 2015. – 21(4). – P. 299-310.

197. Charmaz, K. Living with chronic illness days of passion / K. Charmaz. – New York; London: Free press, Cop. 1987. – 360 p.
198. Council recommendation of 22-12-2009 on seasonal influenza vaccination 2009/1019/EU // Official journal of the European Union. – 29.12.2009 [Electronic resource]. – Access mode: http://www.who.int/immunization/infocentre/immunization_recommendations/2009_1019_eu.pdf (date of request: 10.01.2020).
199. Cramer, J.A. Compliance between clinics visits / J.A. Cramer, R.D. Scheyer, R.H. Mattson // Arch of Int Med. – 1990. – Vol. 150. – P. 1509-1510.
200. Cramer, J.A. Microelectronic systems for monitoring and enhancing patient compliance with medication regimens // Drugs. – 1995. – Vol. 49. – P. 321-327.
201. De Sutter, A. Oral antihistamine decongestant-analgesic combinations for the common cold / A. De Sutter, M. van Driel, A. Kumar [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Vol. 2. – P. 12-19.
202. Denholm, J.T. Hospitalised adult patients with pandemic (H1N1) 2009 influenza in Melbourne, Australia / J.T. Denholm, C.L. Gordon, P.D. Johnson [et al.] // MJA. – 2010. – Vol. 192 (2). – P. 84-86.
203. Denke, L. An ethnography of chronic pain in veteran enlisted women / L. Denke, D.M. Barnes // Pain Manag Nurs. – 2013. – № 4. – P. 189-195.
204. Dharm-Datta, S. Military sports and rehabilitation medicine / S. Dharm-Datta, E. Nicol // J R Army Med Corps. – 2007. – № 2. – P. 105-110.
205. Dragovich, A. Neuromodulation in patients deployed to war zones / A. Dragovich, T. Weber, D. Wenzell [et al.] // Anesth Analg. – 2009 Jul – 109(1). – P. 245-249.
206. Drouet, A. Retrospective study of ALS in French military personnel / A. Drouet, G. Desjeux, C. Balaire, V. Thevenin-Garron // Revue Neurologique. – 2010. – № 6-7. – P. 621-629.
207. Elmasry, H. Risk factors for disability retirement among active duty Air Force personnel / H. Elmasry, M.E. Gubata, E.R. Packnett, D.W. Niebuhr, D.N. Cowan // Military medicine. – 2014. – № 1. – P. 5-10.

208. Esposito, D. Prevalence of unclaimed prescriptions at military pharmacies / D. Esposito, E. Schone, T. Williams [et al.] // *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy Manag.* – 2008. – № 6. – P. 541-552.
209. Feng, Y.L. The investigation of the correlation between metabolic syndrome and Chinese medicine constitution types in senior retired military personnel of the People's Liberation Army / Y.L. Feng, G.Y. Zheng, C.Q. Ling // *Chinese Journal of Integrative Medicine.* – 2012. – № 7. – P. 485-489.
210. Friedl, K.E. What can we learn from critical periods of weight gain in military personnel? / K.E. Friedl, V.S. Hubbard // *Obesity (Silver Spring).* – 2016. – № 7. – P. 1408-1409.
211. Gaydos, S.J. Ten years of spatial disorientation in U.S. Army rotary-wing operations / S.J. Gaydos, M.J. Harrigan, A.J. Bushby // *Aviat Space Environ Med.* – 2012. – № 9. – P. 739-745.
212. Goodyer L. Does encouraging good compliance improve patients clinical condition in heart failure / L. Goodyear, F. Miskelly, P. Milligan // *Brit. J. Clin. Pract.* – 1995. – Vol. 4.P. – 173-176.
213. Grabenstein, J.D. Status and future of vaccines for adults / J.D. Grabenstein // *Am. J. Health. Syst. Pharm.* – 1997. – Vol. 54 (4). – P. 379-387.
214. Handfield, S. Assessing the validity of the SF-36 General Health Survey / S. Handfield, R. Roberts, S. Foot // *Qual Life Res.* – 1997. – Vol. 3. – P. 217-224.
215. Heikkinen, T. Influenza vaccination in the prevention of acute otitis media in children / T. Heikkinen, O. Ruuskanen, M. Waris [et al.] // *Am. J. Dis. Chiid.* – 1991. – Vol. 145. – P. 445-448.
216. Hogan, T.P. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity / T.P. Hogan, A.G. Awad, R. Eastwood // *Psychol Med.* – 1983. – Vol. 13 – P. 177-183.
217. Hustedt, J.W. The changing face of pediatric respiratory tract infections: how human metapneumovirus and human bocavirus fit into the overall etiology of respiratory tract infections in young children / J.W. Hustedt, M. Vazquez // *Yale J. Biol. Med.* – 2010. – Vol. 83 (4). – P. 193-200.

218. Job, A. Evidens of increase clinical protection of a MEF-59 adjuvant influenza vaccine compare to a non-adjuvantted vaccine among elderly residents of long-term care facilitis in study / A. Job, G. Brianti, E. Zampura [et al.] // *Epidemiology and Infectology*. – 2005. – № 133. – C. 687-693.
219. Kardas, P. Compliance to antibiotics in outpatients treated for respiratory infections / P. Kardas // *Pneum. Alerg. Polska*. – 1999. – Vol. – P. 398-408.
220. Karnovsky, D.A. Evaluation of Chemotherapeutic Agenta / Karnovsky, D.A. et al // Ed. by Maclead C.M. Columbia University Press, 1947. – P. 67.
221. Kelley, M. Moral injury and suicidality among combat-wounded veterans: The moderating effects of social connectedness and self-compassion / M. Kelley, A. Bravo, R. Davies [et al.] // *Psychol Trauma*. – 2019. – 11(6). – P. 621–629.
222. Kim, J.H. Cell-Mediated Immunity Against Antigenically Drifted Influenza A (H3N2) Viruses in Children During a Vaccine Mismatch Season / J.H. Kim, M. Mishina, J.R. Chung [et al.] // *J Infect Dis*. – 2016. – Vol. 214 (7). – P. 1030-1038.
223. Klemets, P. Invasive pneumococcal infections among persons with and without underlying medical conditions: Implications for prevention strategies / P. Klemets, O. Lyytikainen, P. Ruutu [et al.] // *BMC Infect. Dis*. – 2008. – Vol. 8. – P. 96-102.
224. Kohlberg, L. The Claim to Moral Adequacy of a Highest Stage of Moral Judgment / L. Kohlberg // *Journal of Philosophy*. – 1973. – p.70.
225. Kreminski, M. The effects of the incompatible “Soldier” identity upon depression in former Australian Army personnel / M. Kreminski, M. Barry, M. Platow // *J Mil Veterans Health*. – 2018. – 26(2). – P. 51–59.
226. Lancaster, S. Military identity and psychological functioning: A pilot study / S. Lancaster, R. Hart // *Mil Behav Health*. – 2015. –3(1). – P. 83-87.
227. Leppik, I.E. Compliance during treatment of epilepsy / I.E. Leppik // *Epilepsia*. – 1988. – Vol. 29 (Suppl. 2). – P. 79-84.
228. Ludwig, E. The remaining challenges of pneumococcal disease in adults / E. Ludwig, P. Bonanni, G. Rohde [et al.] // *Eur. Respir. Rev*. – 2012. – Vol. 21 (123). – P. 57-65.

229. Luscher, T.F. Compliance in hypertension: facts and concepts / T.F. Luscher, H. Vetter, W. Siegenthaler [et al.] // *Journal Hypertension*. – 1985. – Vol. 3 (Suppl. 1). – P. 3-9.

230. Maus, I. Don't hide your happiness! Positive emotion dissociation, social connectedness, and psychological functioning / I. Mauss, A. Shallcross, A. Troy [et al.] // *J Pers Soc Psychol*. – 2011. – 100 (4). – P. 738-748.

231. Mead G.H. The Individual and the Social Self / G.H. Mead // *Unpublished Works of G.H. Mead*. Chicago, 1970. – P. 80.

232. Menard, J. Liitng factors in the control of blood pressure: why is there a gap between theory and practice? / J. Menard, G. Chatellier // *Journal Human Hypertension*. – 1995. – Vol. 9 (Suppl. 2). – P. 19-23.

233. Morisky, D.E. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine // *Medical Care*. – 1986. – Vol. 24. – P. 67-73.

234. Nair, H. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis / H. Nair. – *Lancet* 2011. – Vol. 378. – P. 1917-1930.

235. Neuzil, K.M. Influenza-associated morbidity in young and middle-aged women / K.M. Neuzil, G.W. Reed, E.F. Mitchel [et al.] // *JAMA*. – 1999. – Vol. 281. – P. 901 –907.

236. Nichol, K.L. Relation between influenza vaccination and outpatient visits, hospitalization, and mortality in elderly persons with chronic lung disease / K.L. Nichol, L. Baken, A. Nelson // *Ann. Intern. Med.* – 1999. – Vol. 130. – P. 397-403.

237. Nicolini, A. Chest radiological findings of influenza A H1N1 pneumonia / A.Nicolini, L. Ferrera, F. Rao [et al.] // *Rev Port Pneumol*. – 2012. – Vol. 18 (3). – P. 120-127.

238. Offenstadt, G. Severity of pH1N1 influenza A / G. Offenstad, I. Bonmarin, B. Guidet [et al.] // *Crit Care Med*. – 2011. – Vol. 39 (4). – P.925-926.

239. Old age income and support in the 21 century: An international perspective on pension systems and reform. Ed. R. Holzmann, R. Hinz. Washington: World Bank, 2005. – 176 p.

240. Oster, C. The health and wellbeing needs of veterans: a rapid review / C. Oster, A. Morello, A. Venning [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2017. – 17(1). – p. 414.
241. Osterholm, M.T. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis / M.T. Osterholm, N.S. Kelley, A. Sommer [et al.] // *Lancet Infect. Dis.* – 2012. – Vol. 12. – P. 36-44.
242. Pension reform: issues and prospects for non-financial defined contribution schemes. Ed. R. Holzmann, E. Palmer. Washington: World Bank, 2006. – 164 p.
243. Poland, G.A., Jacobson R.M., Ovsyannikova I.C. Trends affecting the future of Vaccine development and delivery: the role of demographics, regulatory science, the anti-Vaccine and consumer culture and vaccinomics / G.A. Poland, R.M. Jacobson, I.C. Ovsyannikova // *Vaccine*. – 2009. – Vol. 27. – P. 3240-3244.
244. Praharso, N. Stressful life transitions and wellbeing: A comparison of the stress buffering hypothesis and the social identity model of identity change / N. Praharso, M. Tear, T. Cruwys // *Psychiatry Res.* – 2017. – 247(Jan). – P. 265-275.
245. Puig-Barber, J. First-year results of the Global Influenza Hospital Surveillance Network: 2012 – 2013 Northern hemisphere influenza season / J. Puig-Barber, A. Tormos, A. Sominina [et al.] // *BMC Public Health*, 2014. – Vol. 14. – P. 564.
246. Reicchert, T.A. The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza / T.A. Reicchert, N.F. Sugaya, D.S. Fedson [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2001. – Vol. 344. – P.889-896.
247. Robin, G. Army Medical Corps. / G. Robin, J. Simpson // *Leach Journal of the Royal* – 2015 – Vol. 161, № 2. – P. 106-109.
248. Romaniuk M, Kidd C. The psychological adjustment experience of reintegration following discharge from military service: A systematic review // *Mil Veterans Health*. – 2018. – 26 (2). – P. 60–73.
249. Shope, R. Swine influenza. Filtration experiments and etiology / R. Shope // *Journal of Experimental medicine*. – 1931. – № 54. – P. 373-380.
250. Takahata, K. Late-onset Neurodegenerative Diseases Following Traumatic Brain Injury: Chronic Traumatic Encephalopathy (CTE) and Alzheimer's Disease

Secondary to TBI (AD-TBI) / K. Takahata, H. Tabuchi, M. Mimura // *Brain Nerve*. – 2016. – № 7. – P. 849-857.

251. Talbot, H.K. Effectiveness of influenza vaccine for preventing laboratory-confirmed influenza hospitalizations in adults, 2011 – 2012 influenza season / H.K. Talbot, Y. Zhu, Q. Chen [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2013. – Vol. 56 (12). – P. 1774 – 1777.

252. Thompson, W.W. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States / W.W. Thompson, D.K. Shay, E. Weintraub [et al.] // *JAMA*. – 2003. – Vol. 289 (2). – P. 179–186.

253. TRICARE Pharmacy Program – Tricare [Electronic resource] Official Tricare Help Military People Find News and Information. – Access mode: <http://www.express-scripts.com> / TRICARE (date of request: 10.01.2020).

254. Ullah, I. Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19 / I. Ullah, K. S., Khan, M.J. Tahir [et al.] // *Potential effect on global vaccine refusals Vacunas*. – 2021. – 2(22). – 93-97.

255. Vaccines against influenza. WHO position paper // *Weekly epidemiological record*. – № 47. – P. 461-476.

256. Van Hoecke, C. Immunogenicity of an Inactivated Split Influenza Vaccine in institutionalized Elderly Patients / C. Van Hoecke, V. Prikazsky, I. Uto [et al.] // *Gerontology*. – 1996. – Vol. 42. – P. 190-198.

257. Weinden, P.J. Causes of neuroleptic non-compliance / P.J. Weinden, E. Shaw, J.J. Mann // *Psychiatric Annals*. – 1986. – Vol. 16. – P. 571-575.

258. Whitworth, J. Exercise and post-traumatic stress disorder in military veterans: A systematic review / J. Whitworth, J. Ciccolo. // *Mil Med*. – 2016. – 181(9). – P. 953-960.

259. Wirtschafter, E.K. Social misfits: veterans and soldiers families in servile Russia / E.K Wirtschafter // *Journal of military history*. – 1995. – April. – P.215-236.

260. Zhai, Y. Application and Revision of Montreal Cognitive Assessment in China's Military Retirees with Mild Cognitive Impairment / Y. Zhai, Q. Chao, H. Li [et al.] // *PLoS ONE*. – 2016. – № 11 (2) – P. 145-147.

261. Zhao, L. An epidemiologic study of restless leg syndrome among retired military elders in Shanxi Province / L. Zhao, F. Hu, Fengyun // *Zhonghua yi xue za zhi*. – 2015. – № 5. – P. 382-5.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Гайд фокус-группового исследования «Сравнительный анализ отношения бывших военнослужащих к изменению своего социального статуса в период интериоризации»

ЗНАКОМСТВО: Здравствуйте! Просим Вас поучаствовать в медико-социологическом исследовании, приняв участие в «круглом столе». Целью исследования является изучение особенностей социализации военных пенсионеров; приверженности к сохранению здоровья после увольнения с военной службы. В ходе групповой беседы будут затронуты вопросы, касающиеся продолжения социальной активности после выхода на пенсию, а также некоторых аспектах профилактики заболеваний, медицинского обеспечения после выхода на пенсию. Ваше мнение может помочь в изучении процесса адаптации к новым социальным условиям после увольнения с военной службы, а также в разработке научно-обоснованных программ по улучшению медико-социальной помощи военным пенсионерам. Вам будут предложены ряд вопросов, ответить на которые Вы можете в ходе беседы. В любой момент, по желанию, можно выбыть из дискуссии. Полученная информация в ходе фокус-группового исследования будет использована в обобщённом виде.

Прошу Вас представиться и уточнить, как давно Вы были уволены с военной службы.

ВВОДНЫЕ ВОПРОСЫ: Профессия военного, несомненно, связана с высоким уровнем нагрузки и риском для жизни и здоровья. По завершении военной карьеры, военнослужащие сталкиваются с необходимостью перестраивать ставший за период службы привычным уклад жизни и реадаптироваться в условиях гражданского социума. Как Вы можете описать период «возвращения» к гражданской жизни? Был ли для Вас этот переход сложным?

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ

БЛОК 1. ИЗМЕНЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

Считаете ли, что в настоящее время Ваш социальный статус изменился? Если «ДА», то укажите, какие именно изменения Вы имеете в виду?

Как Вы можете охарактеризовать свой социальный статус в настоящее время?

Какова Ваша трудовая занятость в настоящее время?

Есть ли в настоящее время необходимость в продолжении трудовой деятельности? (с чем связана необходимость: ощущение востребованности, материальная составляющая и др.).

Вы хотели бы продолжить трудовую деятельность? Какое место работы Вы хотели бы получить? Привлекает ли Вас трудовая деятельность, связанная с прошлой профессиональной деятельностью? Хотели бы Вы получить новую специальность?

БЛОК 2. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Охарактеризуйте Ваше жизнеустройство в настоящий момент (финансы, здоровье, социальная активность)?

Удовлетворены ли Вы своим материальным положением?

Оцените состояние своего здоровья после выхода на пенсию? Требуется ли Ваше здоровье повышенного внимания?

Как повлиял Ваш выход на пенсию на взаимоотношения в семье? Изменились ли Ваши семейные обязанности?

Как Вы проводите свободное время? Есть ли у Вас увлечения?

Как Вы можете оценить, в целом, качество Вашей жизни в настоящее время?

Какие составляющие Вы оцениваете как оптимальные? Какие составляющие Вы хотели бы улучшить (повысить)?

Какие факторы еще могли бы способствовать улучшению качества Вашей жизни?

БЛОК 3. МЕРЫ ПО РЕАДАПТАЦИИ БЫВШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В СОЦИУМЕ

Какого рода социальная поддержка гарантирована государством бывшим военнослужащим?

Какие меры Вы можете предложить для оптимизации адаптации военных пенсионеров к новым условиям жизни? (создание организаций по трудоустройству, переучиванию)

Как, в целом, воспринимают работодатели бывших военнослужащих? Есть ли какое-либо особое отношение к ним в обществе, на работе, в организациях досуга и др.?

БЛОК 4. МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ БЫВШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Какого рода медицинская помощь гарантирована государством бывшим военнослужащим?

На Ваш взгляд, насколько высока потребность в этом со стороны бывших военнослужащих?

Как Вы оцениваете медицинское обслуживание после увольнения с военной службы?

Поменялось ли, на Ваш взгляд, отношение к Вам медицинских работников?

После увольнения с воинской службы стали ли Вы чаще посещать врача? Почему? С какими вопросами Вы обращаетесь в медицинскую организацию (ведомственную поликлинику) чаще всего? Проходите ли Вы ежегодные медосмотры?

Какие меры по сохранению своего здоровья Вы предпринимаете?

Какие меры по сохранению своего здоровья Вы считаете важными? Входят ли они в настоящее время в перечень медицинских услуг, предоставляемых ведомственной поликлиникой?

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ: перевод и активация обсуждения в ракурсе обсуждения «случаев из практики, из жизни», Завершение обсуждения модератором, снижение эмоциональной окраски дискуссии; благодарность участникам, прощение.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Характеристика участников фокус-группового исследования

«Сравнительный анализ отношения бывших военнослужащих к изменению своего социального статуса в период интериоризации»

ГРУППА №1:

Дата проведения фокус-группы: 26.08.2019 г.

Место проведения фокус-группы: г. Воронеж.

Модератор: Агапова Екатерина Геннадьевна

Единица наблюдения: мужчина-военный пенсионер, трудоспособного возраста от 46 до 57 лет.

Участники фокус-группы: представители различных силовых структур (МВД, ФСБ, МО), в том числе ветеранов боевых действий, вышедших на пенсию не более пяти лет назад.

1. В., 46 лет, ветеран боевых действий, уволился с военной службы 2 года назад, не работает;

2. В., 48 лет, старший офицер, уволился с военной службы 1 год назад, работает в финансовой сфере;

3. М., 57 лет, старший офицер, ветеран боевых действий, уволился с военной службы 4 года назад, работает в сфере сервисного обслуживания техники для предприятий министерства обороны;

4. А., 55 лет, старший офицер, работает в сфере, связанной с эксплуатацией объектов недвижимости;

5. Р., 49 лет, прапорщик, уволился с военной службы 4 года назад, индивидуальный предприниматель в сфере строительства;

6. С., 54 года, старший офицер, ветеран боевых действий, уволился с военной службы 4 года назад, работает в сфере обеспечения безопасности объекта научно-исследовательского предприятия;

7. В., 47 лет, старший офицер, ветеран боевых действий, уволился с военной службы 2 года назад, работает на частном предприятии, на административно-хозяйственной должности;

8. А., 56 лет, старший офицер, уволился с военной службы 4 года назад, работает в сфере обеспечения безопасности промышленных объектов;

9. В., 49 лет, ветеран боевых действий, старший офицер, уволился с военной службы 3 года назад, трудозанят в обеспечении безопасности сельскохозяйственного предприятия.

ГРУППА №2:

Дата проведения фокус-группы: 12.02.2021 г.

Место проведения фокус-группы: г. Воронеж.

Модератор: Агапова Екатерина Геннадьевна

Единица наблюдения: мужчина-военный пенсионер, трудоспособного возраста от 46 до 57 лет.

Участники фокус-группы: представители различных силовых структур (МВД, ФСБ, МО), в том числе ветеранов боевых действий, вышедших на пенсию не более пяти лет назад.

1. К., 49 лет, уволился с военной службы 3 года назад, индивидуальный предприниматель.

2. Б., 53 года, старший офицер запаса, уволился с военной службы 3 года назад, занят преподавательской деятельностью.

3. В., 57 лет, старший офицер запаса, уволился с военной службы 5 лет назад, трудозанят в сфере промышленного производства.

4. И., 46 лет, старший офицер запаса, уволился с военной службы 2 года назад, трудозанят в сфере обеспечения безопасности объекта пищевой промышленности.

5. Н., 50 лет старший офицер запаса, уволился с военной службы 2 года назад, трудозанят в сфере обеспечения безопасности атомного предприятия.

ПРИЛОЖЕНИЕ В. Транскрибированная стенограмма фокус-групповых исследований

«Сравнительный анализ отношения бывших военнослужащих к изменению своего социального статуса в период интериоризации» (в сокращении)

ГРУППА №1

МОДЕРАТОР: Профессия военного, несомненно, связана с высоким уровнем нагрузки и риском для жизни и здоровья. По завершении военной карьеры, военнослужащие сталкиваются с необходимостью перестраивать ставший за период службы привычным уклад жизни и реадаптироваться в условиях гражданского социума. Как Вы можете описать период «возвращения» к гражданской жизни? Был ли для Вас этот переход сложным?

В., 46 лет: Да, можно так сказать.

С., 54 года: Ну, я ждал, что будет... Не то, чтобы сложно – но по-другому. Морально, что ли, готовился.

А., 56 лет: Да, надо было привыкнуть...

Р., 49 лет: Я, в принципе, как бы... адаптировался. Ну, может непривычно было, но у меня и сейчас некоторые привычки на подкорке прошиты – я иногда вместо «понял, сделаю» - говорю «есть!» (смеется). Но то, что во мне воспитала армия – эти качества мне дали волю, закалку, нацеленность – это все мне и в гражданской истории пригодилось для адаптации.

В., 47 лет: Сложно было в том, что вроде здоровый мужик – и дома сижу... Пошел работать – и все нормально!

МОДЕРАТОР: Все присутствующие вышли на пенсию. Какова Ваша трудовая занятость в настоящее время?

А., 55 лет: Работаем. *(Остальные участники кивают)*

МОДЕРАТОР: Все работаете?

В., 46 лет: Я не работаю, но ищу работу.

МОДЕРАТОР: Скажите, а есть ли у Вас необходимость в продолжении трудовой деятельности? Если кто-то готов высказаться – пожалуйста.

В., 48 лет: *(поднял руку)* Изначально, выходя на пенсию, была необходимость отдыха, но быстро включился в поиск работы, однако работу нашел не сразу. Я толком и не знал, куда идти, что говорить. Мне скажут – «мы Вам позвоним», и я сижу, жду.

МОДЕРАТОР: Какова основная причина поиска работы – финансовая? или сохраняется необходимость находиться в обществе?

В., 48 лет: Основная – финансовая, однако почувствовал себя оторванным от общества.

А., 55 лет: Ну... важна и финансовая составляющая, и социальная, обе.

С., 54 года: Я тоже считаю, что желание трудиться на пенсии не пропадает. ... Вообще, существуют программы переподготовки, это очень помогает. Трудно найти себя после службы, найти себе применение. На это уходит достаточно времени.

М., 57 лет: Я ...после увольнения, почувствовал себя оторванным от социума, пока не устроился на работу.

МОДЕРАТОР: А были ли трудности с трудоустройством? Как, в целом, воспринимают работодатели бывших военнослужащих? Есть ли какое-либо особое отношение в обществе, на работе?

В., 48 лет: Да, были. У меня военного опыта – *(показывает выше головы)*, а как работать в офисе – я не знаю *(смеется)*. И образование – военное. А начинать с рядового, ну... с низов – уже вроде как не по возрасту.

МОДЕРАТОР: Как Вы решали эти проблемы с трудоустройством?

М., 57 лет: Я, честно скажу, обратился к сослуживцу, и он мне помог – моя работа сейчас все-таки близко от службы.

В., 47 лет: Да, в общем, ограничены у нас пути – в охрану, ну или где-то рядом.

Р., 49 лет: Были (*проблемы*), но я как-то сразу поставил задачу – и решил ее. Сам себе придумал работу, и сам ее работаю.

А., 56 лет: Искал, спрашивал, в интернете смотрел – не сидел на месте, в общем.

С., 54 года: Я к этому готовился, знал, что будет непривычно на «гражданке» – поэтому заранее получал высшее образование, это помогло мне в трудоустройстве. Для меня важна социальная востребованность, мне важно работать, участвовать в жизни города и предприятия, на котором работаю.

В., 46 лет: Я на пенсии около двух лет, пока не работаю, но для себя однозначно решил, что надо устраиваться, очень важно оставаться в обществе.

МОДЕРАТОР: Предлагаю высказаться остальным участникам.

В., 47 лет: Когда человек в самом расцвете сил - есть желание двигаться вперед. Вот и движемся.

А., 56 лет: Финансовый вопрос заставляет, в первую очередь, искать работу, поскольку военная пенсия не в полном объеме перекрывает расходы семьи, а я глава, должен думать, где взять.

В., 49 лет: Согласен с предыдущим оратором, если были бы деньги, никто бы работать не пошел.

В., 47 лет: А... я не согласен, когда вышли на пенсию – было одно, стало другое... Иногда было сложно, но мы привыкли сложности преодолевать. Можно сказать, что поставлена новая боевая задача – адаптироваться в обществе (*смеется*). Адаптировался. Очень важно, когда человек в полном расцвете сил, ему надо двигаться дальше, развиваться. Даже если пенсия будет полностью обеспечивать финансовые запросы, работать надо.

С., 54 года: Тем более, что пенсионный возраст сместился. В советское время 50-55 лет считался пожилым возрастом, а сейчас в 50-55 лет – человек в самом расцвете сил, тем более, что государством законодательно обусловлено удлинение трудоспособного возраста. Современный военный пенсионер это уже не «старичок» или «бабушка».

В., 49 лет: Причем тут пенсия и «старичок»? Это совсем разные вещи.

В., 46 лет: Да, и еще иногда... молодой и на пенсии – инвалид, что ли?

Р., 49 лет: Пенсионер – вроде как ... уже «с ярмарки» едешь.

М., 57 лет: Да, и еще... Многие служили в органах безопасности и сохранилось ощущение, что ты за что-то ответственный, за что-то отвечаешь.

В., 49 лет: Тогда это может просто привычка?

М., 57 лет: Может и привычка, но она остается.

А., 56 лет: Тяжело устроиться в наше время...

МОДЕРАТОР: Скажите, кто из присутствующих трудозанят? (*подняли руки 8 человек*)

В., 49 лет: Что значит трудозанятость? Работа на даче считается?

М., 57 лет: Имеется в виду наличие работы.

Р., 49 лет: Само собой.

В., 46 лет: В настоящее время я - около двух лет на пенсии.

В., 49 лет: А на что Вы живете? (*перебивает предыдущего оратора*)

В., 46 лет: Можно я отвечу? У меня хорошая пенсия, не у всех такие зарплаты, но тем не менее это не в полной мере меня удовлетворяет. Я не могу все время сидеть дома. Первые полгода я отдыхал, но это тоже надоедает. Надо общаться, потребность в этом есть. Я подыскиваю работу, с пониманием, чем я буду заниматься и не готов понизить свой социальный статус по сравнению с тем, что я занимал на военной службе.

МОДЕРАТОР: Вы хотите найти работу, связанную с Вашей предыдущей деятельностью или сфера трудовой занятости не имеет значения?

В., 49 лет: Это не имеет значения, главное, чтобы хорошо оплачивалось.

М., 57 лет: Я раньше занимался обеспечением безопасности экономической организации, но поскольку мы с товарищем получили юридическое образование, удалось получить хорошую должность и сейчас я занимаюсь договорной работой.

МОДЕРАТОР: Скажите, дополнительное образование вы получили за счет ведомства, в котором служили?

М., 57 лет: Нет, получил самостоятельно, за свой счет.

МОДЕРАТОР: Кому-нибудь из присутствующих предлагали после увольнения переучивание в специализированных центрах переподготовки?

А., 56 лет: Никто ничего не предлагал.

В., 49 лет: В Воронеже этот вопрос не отработан. У нас такой центр, но он для военных Министерства обороны, а для пенсионеров других ведомств таких центров нет. Там не так все просто, на практике данный вопрос не отработан.

М., 57 лет: Это для гражданских лиц, а для военных такого нет.

С., 54 года: В Воронеже на базе ВГУ есть центр, где принимают всех желающих. Если в территориальных ведомствах есть деньги на переобучение, то можно получить дополнительное образование.

В., 49 лет: Речь о другом, если и есть места (*для обучения – прим. автора*) может и есть, но в военных организациях не отработаны моменты направления

С., 54 года: Точно сказать не могу, но все на коммерческой основе. Могу рассказать о своем предприятии (просто отвлеченно), приходит инженер по охране труда, он должен получить удовлетворение о переобучении, наша организация заключает договор о переобучении за счет организации. Есть требования соответствия специалиста, при проверках это важно.

МОДЕРАТОР: Ответьте пожалуйста, всех ли устраивает настоящее место работы?

А., 56 лет: Всегда хочется больше.

Р., 49 лет: Согласен. (*вздыхает*)

МОДЕРАТОР: Удовлетворены ли Вы своим материальным положением? (*общий смех*)

М., 57 лет: Ну, если честно, всегда хочется больше и больше – но у нас пенсия достаточно хорошая. И мне главное – что есть семья и работа, остальное решим.

С., 54 года: И потом... мы можем работать, можем нормально жить.

В., 49 лет: Речь о другом, вот если у пенсионера есть старая проблема, травма, то ее надо лечить, и она может и не дает работать, например. Мне кажется, что этот момент надо отработать в части компенсации, что ли – или как-то.

В., 46 лет: У нас все нормально, пока здоровья хватает. Главное – есть семья.

В., 48 лет: Да, дом, дети, работа – жизнь удалась. (*все кивают*)

МОДЕРАТОР: Как повлиял выход на пенсию на взаимоотношение в семье? Изменились ли Ваши семейные обязанности?

В., 49 лет: Отношения только улучшились.

Р., 49 лет: Выход на пенсию был планируемым.

С., 54 года: Здесь нет того, кто был уволен за пьянку.

В., 48 лет: Выход на пенсию улучшил взаимоотношение в семье. У меня трое детей, стали больше общаться, больше времени проводить с семьей.

В., 46 лет: В моем случае это отрицательно сказалось. Наверное, тот баланс... когда я был на работе сместился. Мне кажется, что надо срочно искать работу.

В., 49 лет: Вашей жене не нравится, что Вы уволились или, что три года сидите без работы?

В., 46 лет: Когда уволился, все было хорошо, но в последнее время ухудшились отношения.

В., 49 лет: Через три года любому не понравится, когда «на шее сидят».

М., 57 лет: Тут многие бывали в «горячих точках», поэтому, когда увольняются, в семье спадает напряженность, дети радуются, что папа приехал, жена – что муж на месте.

МОДЕРАТОР: Что бы могло, на Ваш взгляд, улучшить Ваше качество жизни?

В., 48 лет: Прежде всего, улучшить финансирование пенсий и улучшить медицинское обеспечение.

А., 56 лет: На службе была диспансеризация, а сейчас к сожалению нет.

С., 54 года: Вот здесь я не согласен, когда мы служили, диспансеризация была обязательной, на пенсии диспансеризация осталась. Все зависит от человека, но мы... то ты работаешь, то тебе некогда, то тебе не хочется, поэтому иногда пропускаем эти моменты.

А., 56 лет: Да, к сожалению.

В., 48 лет: Сожаление наступает, когда заболел.

МОДЕРАТОР: Как Вы можете оценить, в целом, качество Вашей жизни в настоящее время?

А., 56 лет: Ухудшается... мы стараемся заработать деньги и на мелкие недочеты не обращаем внимание, или само пройдет или как-то... *(вздыхает)*

С., 54 года: Лишний раз на больничный не пойдешь. Работодатель скажет: раз заболел, другой раз заболел и по итогам вашей трудовой деятельности за год Вы проболели три месяца, нас это не устраивает, поэтому либо Вы прекращаете болеть, либо ищем человека на Ваше место.

В., 49 лет: С мелкими болезнями тоже не знаешь, куда идти. В поликлинике скажут: ну что тут такого? А потом из мелкой проблемы это вырастает в большой «геморрой».

В., 46 лет: Ну, и предложения у вас какие? *(нервничает)*

В., 49 лет: Следить самому за собой. Работать, семью содержать, о своем здоровье заботиться – вот и будет жизнь качеством выше.

В., 46 лет: Можно ли рассмотреть предложение, чтобы для военных пенсионеров обустроили спортзалы, мы бы занимались спортом и улучшали здоровье. При воинских частях есть такие залы, но допуск военных пенсионеров туда ограничен. Можно выделить часы для военных пенсионеров?

МОДЕРАТОР: Оцените состояние своего здоровья после выхода на пенсию? Требуется ли Ваше здоровье повышенного внимания?

М., 57 лет: Требуется. Состояние здоровья – нормальное, но как любой механизм, надо следить. А так – то там скрипнет, то там. Пока сидел дома – все повилазило, пошел на работу – вроде и, наоборот, про болячки забыл *(смеется)*.

А., 56 лет: Здоровье не очень, все, что мы на ногах переносили – сейчас вылезает, с возрастом.

Р., 49 лет: В целом, нормальное здоровье. Разленился немного, но стараюсь форму поддерживать. А так – сезонные простуды есть, конечно...

В., 47 лет: Здоровье требует внимания всегда – если болит что-то – не надо затягивать, иди сразу, обращайся, решай проблему. Я стараюсь так и делать.

МОДЕРАТОР: Какие меры вы предпринимаете для поддержания своего здоровья?

В., 48 лет: Все зависит от конкретного человека. Если человек захочет поддерживать свое качество жизни, он и будет. Вот я стараюсь делать зарядку, где-то пробежать, то есть... я сам заинтересован в качестве жизни.

Р., 49 лет: Да, я тоже стараюсь форму поддерживать.

С., 54 года: А я не стараюсь, но часто думаю об этом, лежа в кровати, что надо начинать.

В., 47 лет: Я понимаю, что стоит расслабиться – тебя «догонит» и болезнь, и стресс, и усталость. Поэтому не даю себе расслабляться лишнего: пробежка и отжимания – каждый день, лыжи зимой, плавание летом – по возможности.

МОДЕРАТОР: Какие у Вас могли быть пожелания по мерам по укреплению здоровья военных пенсионеров?

С., 54 года: Человек, который прослужил двадцать лет на Северном Кавказе, где сложная оперативная обстановка, постоянно рисковал жизнью, должен рассчитывать на более высокую пенсию, поскольку неизвестно, как отреагирует его организм на длительные стрессовые нагрузки. Здоровье будет «лопаться по швам», медикаментов в аптеке может не быть, и вся пенсия будет уходить на лекарства.

МОДЕРАТОР: Какие Вы лично предпринимаете меры по улучшении собственного здоровья?

А., 56 лет: Купил себе прибор «Алмаг», помогает.

Р., 49 лет: Стараюсь заниматься, давать физическую нагрузку и почаще отдыхать.

М., 57 лет: Стараюсь ездить в санаторий. Когда служил, это как-то не получалось, а в настоящее время почти каждый год езжу в ведомственный санаторий, как ветеран боевых действий.

А., 56 лет: Как Вам это удастся? У меня вот нет времени ходить к врачам: то работа, то некогда. Ну и потом, работа такая – болен-не болен – выходи и работай, если не хочешь потерять место.

М., 57 лет: Пишу заявление, если хочешь заниматься своим здоровьем, то надо заниматься.

В., 46 лет: Надо отметить положительные стороны, пенсионеры могут бесплатно ездить в санаторий, в этом плане есть льгота. Да, я тоже (пользовался льготой). В плане поддержания здоровья – занимаюсь спортом, покупаю абонемент в спортзал.

С., 54 года: А какой спортзал Вы посещаете, среднего уровня или элитный?

В., 46 лет: Среднего уровня... даже ниже среднего. *(вздых)*

МОДЕРАТОР: Может быть кто-то из присутствующих получает поддерживающую терапию имеющихся хронических заболеваний?

В., 49 лет: Никто не будет ходить в поликлинику «просто так», только если «прижмет». Пока не начнет нога отниматься, никто не пойдет.

МОДЕРАТОР: Кто-то стал чаще посещать поликлинику? Есть ли участники, которые регулярно посещают?

М., 57 лет: Я хожу регулярно, врач нормальный. Вся диагностика, все анализы – все есть.

В., 49 лет: Да он за путевками ходит.

А., 56 лет: То есть персональный врач? А у нас такой возможности нет. *(улыбается)*

МОДЕРАТОР: Как поменялось медицинское обслуживание после выхода на пенсию? Поменялось ли отношение медицинских работников? Какую поликлинику Вы предпочитаете посещать, ведомственную или государственную?

В., 49 лет: Отношение как было хорошим... ну, в среднем, так и осталось. Все хотят лечиться бесплатно если в ведомственной не помогает, идем в платную.

А., 56 лет: Мы обращаемся в ведомственную.

В., 49 лет: Там все же есть шанс, что бесплатно помогут. Лучше, чем по месту жительства – там ждать не знаю сколько надо...А потом не все врачи есть – то кардиолог на курсах, то УЗИ не работает.

Р., 49 лет: Не хожу обычно в поликлинику, поскольку на работе никто не требует заключения медицинского осмотра. Но было дело, обращался в нашу клинику – все отлично.

МОДЕРАТОР: Поменялось ли отношение медицинского персонала после выхода на пенсию?

В., 48 лет: Как было раньше, так и сейчас. Хорошее.

Р., 49 лет: Отношение нормальное.

А., 56 лет: Как было на троечку, так и остается.

В., 46 лет: Пока нас врачи еще помнят, они нас вели на протяжении службы, знают наши болячки. Что будет через десять, пятнадцать лет – неизвестно.

С., 54 года: Через десять, пятнадцать лет себя в зеркале узнавать перестанешь.

МОДЕРАТОР: Какие меры по сохранению здоровья вы считаете важными? Что бы вы хотели, чтобы было в арсенал ведомственных лечебно-профилактических учреждений?

В., 49 лет: Если бы нам давали больше хороших таблеток, качественных и современных, это было бы лучше...больше хороших химических таблеток.

А., 56 лет: Своевременная диагностика, чтобы не было осложнений.

С., 54 года: Локализовать зарождение болезни.

В., 49 лет: Что локализовывать? Если они уже зародились, их все не вылечишь.

Р., 49 лет: Хотелось бы, чтобы в ведомственных поликлиниках были современные методы лечения и диспансеризация. Понятно, что сейчас нормально, но ...чтобы шли в ногу с новыми технологиями, так сказать.

МОДЕРАТОР: Поднимите пожалуйста руки те, кто каждый год проходит диспансеризацию? Может на работе требуют медицинский осмотр или предлагают вакцинацию? *(подняли руки 2 человека)*

В., 49 лет: Я же говорю, пока не заболеете, никто не пойдет.

С., 54 года: Раз в год на предприятие приезжает машина, проводят флюорографию.

А., 56 лет: Вакцинацию от гриппа предлагают каждый год, работодатель заинтересован, чтобы сотрудники не болели. А так, в основном медицинскую комиссию проходят рядовые работники, руководящий состав не обязуют.

МОДЕРАТОР: А как Вы проводите свободное время? Есть ли у Вас увлечения?

Р., 49 лет: Есть! Работа! *(общий смех)*

М., 57 лет: Детей и внуков воспитывать, я уже на пенсии первый раз с сыном на рыбалку съездил на неделю. Нет, раньше ездили, но урывками – день, ночь. А тут уехали, палатку поставили, комаров накормили... *(общий смех)*

В., 48 лет: Много увлечений, но и работа тоже... тянет.

МОДЕРАТОР: Какие факторы еще могли бы способствовать улучшению качества Вашей жизни?

М., 57 лет: Материальные.

Р., 49 лет: *(кивает)* ... поддержка в плане льгот, например.

С., 54 года: Вроде и так все нормально.

В., 49 лет: Я согласен, материальные – например, трудоустройство – ну, если человек хочет.

МОДЕРАТОР: Какие мероприятия по улучшению адаптации к новым условиям жизни вы бы предложили? Может открытие каких-то клубов для общения? Что хотелось бы?

А., 55 лет: Совет ветеранов есть уже.

А., 56 лет: Бесплатная профессиональная переподготовка.

С., 54 года: На законодательном уровне это уже есть, теперь надо притворить это в жизнь.

Р., 49 лет: Оповещать и разъяснять пенсионерам об их правах.

В., 49 лет: Больше денег, больше таблеток. *(громко)*

МОДЕРАТОР: Благодарю Вас за участие в нашем исследовании! Большое спасибо за ваши мнения, за затраченное время!

ГРУППА №2

МОДЕРАТОР: Профессия военного, несомненно, связана с высоким уровнем нагрузки и риском для жизни и здоровья. По завершении военной карьеры, военнотруженики сталкиваются с необходимостью перестраивать ставший за период службы привычным уклад жизни и реадаптироваться в условиях гражданского социума. Как Вы можете описать период «возвращения» к гражданской жизни? Был ли для Вас этот переход сложным?

В., 57 лет: Все нормально, живем.

Н., 50 лет: Первое время были сложности, а сейчас – все хорошо, адаптировались.

МОДЕРАТОР: В настоящее время Вы вышли на пенсию. Охарактеризуйте Ваше жизнеустройство в настоящий момент (финансы, здоровье, социальная активность)?

К., 49 лет: Работаем, общаемся, жизнь идет.

Б., 53 года: Финансы? Ну как, нормально. Пенсия есть как база, а дальше – хочешь больше – крутись, нет – лежи на диване. *(все кивают головами)*

МОДЕРАТОР: Как Вы оцениваете свое здоровье в настоящий момент?

И., 46 лет: Здоровье лучше, чем до увольнения, поскольку появилась возможность правильно питаться, выращиваю свои овощи на даче. Но язва, нажитая на стрессах и курении – имеется. Раньше вроде молодой, и не особо обращал внимание, а теперь время от времени обостряется.

Н., 50 лет: Стрессов сейчас меньше, поэтому давление не повышается, в этом значительно лучше сейчас.

Б., 53 года: Здоровье нормальное, особо не изменилось после увольнения.

К., 49 лет: Проблемы со спиной уменьшились, поскольку нагрузок меньше, однако старые травмы беспокоят так же, как и раньше. Можно сказать, что здоровье ближе к среднему, не идеальное, если сравнивать, хуже, чем при прохождении военной службы.

Б., 53 года: У меня здоровье «посредственное», от года к году лучше точно не становится. «Нажил» хронический бронхит, спина тоже – грыжи от перегрузок, ну, знаете...

В., 57 лет: По-разному бывает, один день – все хорошо, потом не очень. Надо заниматься, ходить к врачу, выписывать лекарства, но не всегда есть время. Тем более, сейчас

«ковид», страшно как-то идти лишний раз в поликлинику...очереди. А у меня инфаркт, сердце не очень – это (разводит руками).

МОДЕРАТОР: Какие Вы лично предпринимаете меры по улучшении собственного здоровья?

Н., 50 лет: Живу спокойно (*смеется*). Ем хорошую еду, придерживаюсь режима. Стараюсь форму поддерживать, своевременно обращаюсь ко врачу. Во всяком случае стараюсь (*смеется*).

Б., 53 года: Своевременно – это когда еще ничего не отвалилось или только заболело? (*общий смех*)

Н., 50 лет: Ну, когда только заболело – оно же само пройдет. (*смеется*) Ну, стараюсь уж не до крайностей, хотя да, про своевременность – это я погорячился.

И., 46 лет: Питаюсь хорошими, своими продуктами, фруктами-овощами. Спорт опять-таки. Ну и стараюсь лечить болячки, не бросать на самотек.

К., 49 лет: Да, все также.

В., 57 лет: Ну не всегда могу заниматься, или следить за собой. Есть ограничения, стараюсь выдерживать.

МОДЕРАТОР: Оцените, пожалуйста, качество медицинских услуг, предоставляемых Вам в ведомственной клинике?

И., 46 лет: Качество хорошее, врачи – знают нас, со всеми нашими болячками, все на уровне.

Б., 53 года: Все нормально, но иногда вижу по телевизору технику медицинскую... просто фантастическую – вот интересно, у нас такая есть? Я, слава Богу, пока не нуждаюсь, это я так...

В., 57 лет: Абсолютно нормальное, я бы сказал. Обращаюсь регулярно с сердцем, сосудами – все нормально. Но, конечно, себя надо еще допинать до врача (*смеется, общий смех*)

К., 49 лет: Да, согласен.

МОДЕРАТОР: Вы проходите ежегодную диспансеризацию? (*все молчат*)

Б., 53 года: Нет, конечно.

МОДЕРАТОР: А были ли трудности с трудоустройством?

Б., 53 года: Особых трудностей не было, но пришлось поспрашивать – я сейчас преподаю, хоть и не ожидал, что буду это делать (*смеется*).

В., 57 лет: Трудности были у меня такие... Хотел, наверное, чего-то привычного, а предлагали не по статусу, что ли.... Но потом взяли, и пригодился как раз мой опыт службы.

И., 46 лет: Я, в целом, уже примерно знал, куда пойду. Но хотел поинтереснее чего-нибудь. Зато сейчас я на работе могу и хобби позаниматься, и форму физическую поддержать.

МОДЕРАТОР: Как Вы решали эти проблемы?

К., 49 лет: Самоорганизовался, открыл ИП.

Н., 50 лет: Спрашивал у знакомых, сослуживцев. Искал.

МОДЕРАТОР: А что бы Вы предпочли: работу по найму или развитие собственного «малого» бизнеса?

Н., 50 лет: Если будут продолжать платить «достойную» зарплату, то меня все устраивает.

И., 46 лет: Лично мне хотелось бы иметь свое дело, но пока работаю по найму. Основная часть моих бывших сослуживцев работает по найму, это дает ощущение стабильности.

Б., 53 года: В перспективе хотелось бы развивать бизнес, связанный с производством продукции...есть варианты на это счет (*молчание*)

В., 57 лет: В армии инициатива была наказуема, поэтому сейчас сложно перестраиваться...работа на производстве требует соблюдения технологического регламента, когда все четко выполняется, это как-то ближе и понятнее.

МОДЕРАТОР: Хотелось бы узнать, ваше мнение по вопросу перспектив развития собственного «малого» бизнеса?

Н., 50 лет: Если бы был первичный капитал, то можно было что-то придумать, но за время службы не удалось накопить (*улыбается*).

В., 57 лет: В основном, все бывшие сослуживцы идут работать по найму. Думаю, недостаточно специальных знаний по вопросам перспективных направлений, возможно если бы уволился со службы раньше, то задумался о собственном бизнесе...

И., 46 лет: Пока устраивает имеющаяся работа, но возможно в дальнейшем рассмотрел бы варианты для развития «своего» дела», Думаю, если бы собственный бизнес приносил равнозначную прибыль, как и работа по найму, то выбрал бы собственное дело.

К., 49 лет: У меня свой бизнес в сфере услуг... пока он небольшой, но потихоньку развиваем. Достаточно сложно было начинать собственный бизнес... (*задумался*) имеет значение прошлый опыт руководящей работы.

МОДЕРАТОР: Подводя итог можно сказать, что большинство более комфортно себя чувствуют имея работу по найму. Хотелось бы услышать ваши мнения насчет проведения досуга. Участвуете ли Вы в культурной и социальной жизни города, помимо работы?

Н., 50 лет: Появилось время, поэтому хочется найти занятие для души.

Б., 53 года: Супруга интересуется современным искусством, поэтому выбираю спектакли и выставки в соответствии с ее предпочтением

В., 57 лет: Внучка занимается танцами, приходится ходить к ней на выступления.

К., 49 лет: У меня после выхода на пенсию интерес к кино не пропал, как раньше смотрел, так и сейчас. Конечно, стоящих премьер не много, но стараюсь следить за афишей.

МОДЕРАТОР: А ветеранские организации, проводят какие-то мероприятия?

И., 46 лет: Ветеранские организации не посещаю, поскольку считаю, это для тех, кому нужны какие-то льготы или есть недостаток общения.

В., 57 лет: Если есть возможность лишней раз встретиться с сослуживцами и обсудить актуальные вопросы, то почему-бы не воспользоваться этим правом? Иногда есть необходимость найти бывшего коллегу, в этом помогают такие организации.

Н., 50 лет: Общение в ветеранских организациях помогает обмену опытом и информацией, дает возможность появлению перспектив поиска лучшего места работы, ведь большинство из нас стремится к улучшению жизненных условий.

МОДЕРАТОР: Есть ли у Вас увлечения, дающие вам жизненный тонус? Может появились новые увлечения после увольнения в запас?

Н., 50 лет: Я давно мечтал заняться фотосъемкой, теперь на это появилось время. Чаше фотографирую на природе, но еще хочу в студии попробовать, на аренду деньги нужны. Я и до увольнения тренировался в фотографии, чтобы уже на профессиональном, а не любительском уровне развиваться.

К., 49 лет: Появилось больше времени, которым можно распоряжаться самостоятельно, поэтому больше времени провожу в спортивном зале, задумываюсь о марафоне.

Б., 53 года: Положительные эмоции получаю от общения с друзьями и путешествий, еще занимаюсь разведением собак.

И., 46 лет: Больше свободного времени и ненормированный график, способствуют тому, что возможно употребление алкоголя больше, чем это было раньше.

В., 57 лет: Встреча с детьми, внуками, семья – это для меня главное.

Н., 50 лет: Первый период после увольнения, можно, наверное, назвать стрессовым – все непривычно, и вроде бы нужно что-то делать, а ты как будто школу прогуливаешь – и классно, и стыдно одновременно (*смеется, общий смех, все согласно кивают*). Нет, первая неделя – как отпуск – еще ничего не понял, но уже можно «хлебнуть свободы». А вот потом...

МОДЕРАТОР: Как Вы оцениваете Ваши семейные взаимоотношения в настоящий момент? Как повлиял Ваш выход на пенсию на взаимоотношения в семье?

И., 46 лет: Если до пенсии были проблемы, то они остаются и после увольнения. Отношения такие же, не хуже.

К., 49 лет: Появилось больше времени, чтобы проводить его с женой и детьми. Отношения не хуже, чем до увольнения, это точно.

В., 57 лет: Внуки не дают скучать, выходные заняты. (*улыбается*) Помогаем детям, они молодые, им хочется куда-то сходить, поэтому приходится.

Н., 50 лет: Нормальные отношения, ничего особенно не изменилось.

МОДЕРАТОР: Как Вы можете оценить, в целом, качество Вашей жизни в настоящее время?

Участники: *(одновременно)* Нормальное, хорошее.

МОДЕРАТОР: Какие составляющие Вы хотели бы улучшить (повысить)? Какие факторы еще могли бы способствовать улучшению качества Вашей жизни?

К., 49 лет: Все нормально.

Н., 50 лет: *(пожимает плечами)*.

И., 46 лет: Финансы добавить, может еще что...

В., 57 лет: Семья, жена, внуки – все под боком, так что все хорошо. Пенсия есть. Работаю.

МОДЕРАТОР: Что бы Вы могли предложить для улучшения качества жизни военных пенсионеров?

Н., 50 лет: На самом деле, что касается вопросов здоровья, хотелось бы, чтоб внимательное отношение медиков к нашему здоровью. Я как-то попал в городскую поликлинику и понял, что в ведомственной «коммунизм» – все есть и все быстро доступно. Хочешь УЗИ, рентген, анализы, все можно пройти за один – два дня.

К., 49 лет: Возможно, чтобы были бесплатные услуги юристов, чтобы могли рассказать нюансы получения положенных льгот.

И., 46 лет: Да, возможно юридического консультирования не хватает, вот я уволился, но только недавно узнал, что имел право получить дополнительную квалификацию – но во время службы не знал. Возможно бы воспользовался этой льготой.

Б., 53 года: Думаю, повышение пенсии нужно, чтобы не задумываться, о завтрашнем дне. Пока еще возраст и здоровье позволяет трудиться, но сейчас пенсионеров особо не держат на работе. Особенно если жалуешься на болячки – требуют, чтобы были молодые, здоровые – но с опытом *(смеется)*. Вот и иногда болит-скрипит – а ты на работу идешь, иначе сами понимаете...

МОДЕРАТОР: Большое спасибо за Ваше участие в исследовании, высказанные мнения! Уверена, что полученные результаты помогут нашему исследованию.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Анкета для опроса военных пенсионеров

Здравствуйтесь!

Просим Вас принять участие в социологическом опросе, целью которого является изучение особенностей социализации военных пенсионеров; приверженности к сохранению здоровья после увольнения с военной службы. Нас интересует именно Ваше мнение в вопросах, касающихся продолжения социальной активности после выхода на пенсию, а также некоторых аспектах профилактики заболеваний. Ваше мнение может помочь в изучении процесса адаптации к новым социальным условиям после увольнения с военной службы, а также в разработке научно-обоснованных программ по улучшению медико-социальной помощи военным пенсионерам. Данный опрос является анонимным, анкеты подписывать не нужно.

1. Укажите Ваш возраст (напишите количество полных лет): _____

2. Ваше семейное положение в настоящее время: (один ответ)

- 1) женат
- 2) холост (не женат)

3. Есть ли у Вас дети? (один ответ)

- 1) да
- 2) нет

4. Есть ли у Вас внуки? (один ответ)

- 1) да
- 2) нет

5. Ваше звание по окончании воинской службы: (один ответ)

- 1) рядовой
- 2) старшина
- 3) сержант
- 4) прапорщик (мичман)
- 5) младший офицер
- 6) старший офицер
- 7) генерал, адмирал

6. Какое у Вас образование? (один ответ)

- 1) среднее
- 2) высшее
- 3) два высших и более

7. Укажите условия жизни (обведите один ответ в каждом из столбцов):

7.1. В настоящее время		7.2. Во время прохождения военной службы	
1	проживаю в частном доме	1	проживал в частном доме
2	проживаю в отдельной квартире	2	проживал в отдельной квартире
3	проживаю на съемной квартире	3	проживал на съемной квартире
4	другое _____	4	другое _____

8. По Вашему мнению, соответствует ли состояние жилья рекомендуемым гигиеническим нормативам (метраж из расчета на одного человека, наличие

санузлов, экологической безопасности и др.)? (обведите один ответ в каждом из столбцов)

8.1. В настоящее время		8.2. Во время прохождения военной службы	
1	соответствует	1	соответствовало
2	не соответствует	2	не соответствовало

9. Ваша трудовая занятость в настоящее время: (один ответ)

- 1) работаю
- 2) не работаю (переход к вопросу 15)

10. В настоящее время Вы работаете: (один ответ)

- 1) по имеющейся специальности
- 2) не по имеющейся специальности

11. В настоящее время Вы работаете: (один ответ)

- 1) по договору найма
- 2) индивидуальный предприниматель
- 3) самозанятый

12. Если Вы работаете, укажите сферу деятельности: (один ответ)

- 1) образование
- 2) промышленность
- 3) финансы
- 4) здравоохранение
- 5) строительство
- 6) сфера безопасности
- 7) административная служба
- 8) сельское хозяйство
- 9) другое (*напишите*) _____

13. Что помогло Вам в трудоустройстве после увольнения с военной службы?

(возможно выбрать несколько вариантов ответа)

- 1) центры переподготовки
- 2) биржа труда
- 3) знакомые
- 4) объявления в газетах
- 5) интернет
- 6) самостоятельное обращение по месту трудоустройства
- 7) другое (*напишите*) _____

14. Какие причины способствовали поиску работы после увольнения с военной службы? (отметьте один, наиболее значимый для Вас пункт)

- 1) материальная необходимость
- 2) возможность общения с коллегами
- 3) работа дает жизненный тонус
- 4) работа дает ощущение востребованности
- 5) другое (*напишите*) _____

15. Оцените уровень Вашей удовлетворенности своим материальным положением (обведите один ответ в каждом из столбцов)

15.1. В настоящее время		15.2. Во время прохождения военной службы	
1	Полностью удовлетворен	1	Полностью удовлетворен
2	Скорее удовлетворен	2	Скорее удовлетворен
3	Удовлетворен частично	3	Удовлетворен частично
4	Скорее не удовлетворен	4	Скорее не удовлетворен
5	Совсем не удовлетворен	5	Совсем не удовлетворен

16. Как часто Вы делаете физические упражнения, занимаетесь физкультурой? (один ответ)

- 1) ежедневно
- 2) 2-3 раза в неделю
- 3) 1 раз в неделю и реже
- 4) никогда

17. Что в большей мере побудило Вас к физической активности в настоящее время? (выберите одно, наиболее важное для Вас утверждение)

- 1) советы врача
- 2) телевизионные передачи
- 3) интернет-ресурс
- 4) печатные издания
- 5) советы родственников
- 6) наличие работы
- 7) другое (напишите) _____

18. Как часто Вы делали физические упражнения, занимались физкультурой во время прохождения военной службы? (один ответ)

- 1) ежедневно
- 2) 2-3 раза в неделю
- 3) 1 раз в неделю и реже
- 4) никогда

19. Что в большей мере способствовало Вашей регулярной физической активности во время прохождения военной службы? (выберите одно, наиболее важное для Вас утверждение)

- 1) советы врача
- 2) телевизионные передачи
- 3) интернет-ресурс
- 4) печатные издания
- 5) советы родственников
- 6) требования военной службы
- 7) другое (напишите) _____

20. Вы курите? (один ответ)

- 1) не курю и никогда не курил – переход к вопросу 23
- 2) раньше курил, но бросил
- 3) курю, но периодически бросал
- 4) курю (не бросал никогда)

21. Если Вы бросили курить, что этому способствовало? (один ответ)

- 1) советы врача
- 2) телевизионные передачи
- 3) интернет-ресурс
- 4) печатные издания
- 5) советы родственников
- 6) наличие работы
- 7) другое (*напишите*) _____

22. Курили ли Вы во время пребывания на военной службе? (один ответ)

- 1) не курю и никогда не курил
- 2) курил, но бросил
- 3) курил, но периодически бросал
- 4) курил

23. Посещаете ли Вы поликлинику с профилактической целью (диспансеризация, профилактические осмотры врачей)? (возможно выбрать несколько вариантов ответа)

- 1) прохожу профилактическое обследование ежегодно
- 2) прохожу профилактическое обследование раз в несколько лет
- 3) посещаю поликлинику только в случае возникновения заболевания - *переход к вопросу 25*

24. По какой причине Вы проходите ежегодные профилактические осмотры? (возможно выбрать несколько вариантов ответа)

- 1) рекомендует врач
- 2) имею хроническое заболевание, требующие наблюдения
- 3) узнал о необходимости осмотров в сети Интернет
- 4) прочитал о необходимости осмотров в печатных изданиях
- 5) узнал о необходимости осмотров из телевизионных передач
- 6) по совету родственников
- 7) требуют заключение медицинского осмотра на работе
- 8) другое (*напишите*) _____

25. Часто ли врачи проводят с Вами беседы о профилактике заболеваний? (один ответ)

- 1) регулярно
- 2) редко
- 3) не проводят

26. Участвовали ли Вы в санитарно-просветительных мероприятиях (школы пациентов с хроническими заболеваниями, например, «школа пациента с сахарным диабетом»; «школа пациентов с гипертонической болезнью» и т.д.)? (один ответ)

- 1) участвую регулярно
- 2) участвую редко
- 3) участвовал 1 раз
- 4) никогда не участвовал

27. Проходите ли Вы вакцинацию, согласно календарю прививок? (один ответ)

- 1) прохожу
- 2) не прохожу

28. Проходили ли Вы вакцинацию, согласно календарю прививок, находясь на военной службе? (один ответ)

- 1) проходил
- 2) не проходил

29. О необходимости вакцинопрофилактики Вы узнали (один ответ):

- 1) от врача
- 2) из телевизионных передач
- 3) из интернет-ресурсов
- 4) из печатных изданий
- 5) от родственников, знакомых, соседей
- 6) на работе требуют наличие данных о вакцинации
- 7) другое (напишите) _____

30. Имеете ли Вы какое-либо хроническое заболевание? (один ответ)

- 1) имею
- 2) не знаю
- 3) не имею

31. Если у Вас имеется какое-либо хроническое заболевание, к какой группе Вы можете его отнести? (возможен выбор нескольких вариантов ответа)

- 1) инфекционные и паразитарные заболевания
- 2) заболевание сердца, сосудов
- 3) заболевание желудочно-кишечного тракта
- 4) заболевание нервной системы
- 5) заболевание костно-мышечной системы
- 6) заболевание эндокринной системы, обмена веществ
- 7) заболевание мочевыделительной системы
- 8) заболевание бронхолегочной системы
- 9) заболевания крови
- 10) болезни глаз
- 11) болезни уха, горла, носа
- 12) болезни кожи
- 13) другое (напишите) _____

32. Оцените Вашу удовлетворённость медицинским обеспечением в ведомственной медицинской организации (обведите один ответ в каждом из столбцов)

32.1. В настоящее время		32.2. Во время прохождения военной службы	
1	Полностью удовлетворен	1	Полностью удовлетворен
2	Скорее удовлетворен	2	Скорее удовлетворен
3	Удовлетворен частично	3	Удовлетворен частично
4	Скорее не удовлетворен	4	Скорее не удовлетворен
5	Совсем не удовлетворен	5	Совсем не удовлетворен

33. Насколько, в общем, Вы удовлетворены своей семейной жизнью на сегодняшний день? (один ответ)

- 1) полностью удовлетворен
- 2) скорее удовлетворен
- 3) удовлетворен не в полной мере
- 4) скорее не удовлетворен
- 5) не удовлетворён
- 6) семьи не имею

34. Были ли Вы были удовлетворены семейной жизнью во время военной службы? (один ответ)

- 1) был полностью удовлетворен
- 2) был скорее удовлетворен
- 3) был удовлетворен не в полной мере
- 4) был скорее не удовлетворен
- 5) не был удовлетворён
- 6) семьи не имел

35. Можете ли Вы согласиться, что здоровье является для Вас главной жизненной ценностью? (один ответ)

- 1) да
- 2) нет

36. Если для Вас есть что-то важнее собственного здоровья, напишите: _____

Благодарю Вас за участие в исследовании!

**Приложение Д. Анкета для опроса военных пенсионеров
в рамках медико-социологического исследования отношения пациентов-
военных пенсионеров к лечению и профилактике респираторных
заболеваний**

Уважаемый респондент!

Просим Вас заполнить анкету, ответив на вопросы. Целью анкетирования, является улучшение работы по профилактике и лечению гриппа и острых респираторных заболеваний, улучшение качества медицинской помощи пациентам – военным пенсионерам. Вы можете быть уверены в полной конфиденциальности, информация будет использована в обобщенном виде. Для заполнения анкеты необходимо обвести один или несколько вариантов, которые соответствуют Вашему мнению.

1. Укажите Ваш возраст (напишите количество полных лет): _____

2. Ваше семейное положение в настоящее время: (один ответ)

- 1) женат
- 2) холост (не женат)

3. Какое у Вас образование? (один ответ)

- 1) среднее
- 2) высшее
- 3) два высших и более

4. Ваше звание по окончании воинской службы: (один ответ)

- 1) прапорщик
- 2) младший офицер
- 3) старший офицер

5. Наличие и характер трудовой занятости в настоящее время: (один ответ)

- 1) работающий по специальности
- 2) работающий не по специальности
- 3) индивидуальный предприниматель
- 4) неработающий

6. Посещаете ли Вы спортивный зал, бассейн? (один ответ)

- 1) посещаю часто
- 2) посещал регулярно
- 3) посещаю нерегулярно
- 4) не посещаю

7. Вы курите? (один ответ)

- 1) курю
- 2) не курю

8. Сколько раз за год Вы болели «простудными» заболеваниями? (один ответ)

- 1) один раз в год и реже

- 2) два раза в год
- 3) три и более раз в год

9. По Вашему мнению грипп – то тяжелое заболевание? *(один ответ)*

- 1) да
- 2) в некоторых случаях
- 3) нет

10. Имеете ли Вы хронические заболевания? *(один ответ)*

- 1) имею
- 2) не знаю
- 3) не имею

11. Отмечалось ли у Вас обострение хронической патологии после перенесенного острого респираторного заболевания? *(один ответ)*

- 1) да
- 2) иногда
- 3) никогда

12. По Вашему мнению, грипп может привести к летальному исходу? *(один ответ)*

- 1) да
- 2) возможно
- 3) нет

14. Из каких источников Вы получаете информацию о профилактике и лечении гриппа? *(возможно выбрать несколько вариантов ответа)*

- 1) из Интернет-ресурсов
- 2) из газет, журналов
- 3) из телевизионных передач
- 4) от медицинских работников
- 5) из других источников (соседей, родственников, коллег по работе)

15. Ваш лечащий врач в случае обращения по поводу заболевания гриппом или острой респираторной инфекцией: *(один ответ)*

- 1) подробно рассказывает о рисках и осложнениях заболевания
- 2) отвечает на вопросы, если я интересуюсь
- 3) отсылает к другим источникам информации

16. Какие наиболее значимые симптомы острого респираторного заболевания, заставили бы Вас обратиться к врачу в первые двое суток? *(возможно выбрать несколько вариантов ответа)*

- 1) повышение t тела выше 38 °С
- 2) боли в горле, насморк
- 3) кашель
- 4) головная боль, боль в области глазных яблок, «ломота» в мышцах
- 5) любой из перечисленных симптомов

17. Какие из перечисленных препаратов Вы принимаете при первых признаках респираторного заболевания? *(возможно выбрать несколько вариантов ответа)*

- 1) «жаропонижающие»

- 2) противовирусные
- 3) антибиотики
- 4) витамины
- 5) гомеопатические препараты
- 6) «народные средства»

18. К какому врачу Вы чаще всего обращаетесь при возникновении симптомов острого респираторного заболевания? (один ответ)

- 1) терапевт
- 2) инфекционист
- 3) гомеопат

19. По Вашему мнению, после санаторно-курортного лечения в течение года Вы меньше болеете острыми респираторными заболеваниями? (один ответ)

- 1) да
- 2) нет
- 3) взаимосвязи не отметил

20. Вакцинируетесь ли Вы от гриппа? (один ответ)

- 1) ежегодно
- 2) никогда
- 3) не каждый год

21. О проведении вакцинации против гриппа Вы узнали: (возможно выбрать несколько вариантов ответа)

- 1) от медицинских работников
- 2) из печатных средств
- 3) из телевизионных передач
- 4) из интернет-ресурсов
- 5) из других источников

22. Принимаете ли Вы лекарственные препараты для профилактики респираторных инфекций и гриппа? (один ответ)

- 1) принимаете
- 2) иногда
- 3) никогда

23. При возникновении острого респираторного заболевания лекарственные препараты Вы: (один ответ)

- 1) все препараты получаете в ведомственной аптеке в полном объеме
- 2) частично приобретаете «за свой счет»
- 3) все препараты приобретаете самостоятельно

24. Насколько эффективной Вы считаете ежегодную вакцинацию против гриппа? (один ответ)

- 1) вакцинация – это достаточно-эффективная мера профилактики
- 2) затрудняюсь ответить
- 3) вакцинация – это недостаточно-эффективная мера профилактики

25. При лечении острого респираторного заболевания в большинстве случаев Вы: (один ответ)

- 1) соблюдаете кратность и длительность приема препаратов, назначенных врачом

2) частично соблюдаете рекомендации по режиму и длительности приема препаратов

3) не придерживаетесь рекомендаций

26. Считаете ли Вы эффективными отечественные противовирусные препараты, применяемые для лечения гриппа и острых респираторных заболеваний? *(один ответ)*

1) да

2) да, но не все

3) затрудняюсь ответить

4) нет

27. Для трудозанятых: берете ли Вы листок нетрудоспособности в случае острого респираторного заболевания? *(один ответ)*

1) при появлении первых симптомов заболевания

2) в случае выраженного ухудшения общего самочувствия

3) стараюсь не брать

Благодарю за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ Е. SF-36. Анкета оценки качества жизни

ИНСТРУКЦИИ: этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, пометая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья как: *(обведите одну цифру)*:

Отличное	1
Очень хорошее	2
Хорошее	3
Посредственное	4
Плохое	5

2. Как бы Вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? *(обведите одну цифру)*

Значительно лучше, чем год назад	1
Несколько лучше, чем год назад	2
Примерно так же, как год назад	3
Несколько хуже, чем год назад	4
Гораздо хуже, чем год назад	5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? *(обведите одну цифру в каждой строке)*

	Вид физической активности	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А	Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
Б	Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В	Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д	Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж	Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З	Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И	Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К	Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
Г	Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

Совсем испытывал(а)	1
Очень слабую	2
Слабую	3
Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

Совсем не мешала	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

		Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б	Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)

Все время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляется по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

		Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном не верно	Определенно неверно
А	Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б	Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В	Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г	У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Приложение Ж. Расчет формулы комплаентности военных пенсионеров лечению острых респираторных заболеваний

Формула регрессии

ВЫВОД ИТОГОВ

<i>Регрессионная статистика</i>	
Множественный R	0.9886070242
R-квадрат	0.9773438483
Нормированный R-квадрат	0.955103161
Стандартная ошибка	0.2862652313
Наблюдения	50

Дисперсионный анализ					
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Значимость F</i>
Регрессия	3	166.1484542144	55.3828180715	675.8305870513	0
Остаток	47	3.8515457856	0.0819477827		
Итого	50	170			

	<i>Коэффициенты</i>	<i>Стандартная ошибка</i>	<i>t-статистика</i>	<i>P-Значение</i>	<i>Нижние 95%</i>	<i>Верхние 95%</i>	<i>Нижние 95,0%</i>	<i>Верхние 95,0%</i>
Y-пересечение	0	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
Переменная X 1	0.4247031732	0.0934844803	4.5430340082	0.0000386955	0.2366366568	0.6127696897	0.2366366568	0.6127696897
Переменная X 2	0.2488608711	0.0621270247	4.0056782434	0.0002188592	0.1238774186	0.3738443237	0.1238774186	0.3738443237
Переменная X 3	0.2719700805	0.0710601844	3.8273202202	0.0003818022	0.1290154287	0.4149247323	0.1290154287	0.4149247323

ВЫВОД ОСТАТКА

X1='леч. вр.'

X2='специал'

X3='льгот. лек.'

$$K = 0.42 X1 + 0.24 X2 + 0.27X3$$

<i>Наблюдение</i>	<i>Предсказанное \hat{Y}</i>	<i>Остатки</i>
1	0.9224249155	0.0775750845
2	1.8910682497	0.1089317503
3	1.8679590404	0.1320409596
4	2.1399291209	-0.1399291209
5	1.2175042054	-0.2175042054
6	1.8679590404	-0.8679590404
7	0.9224249155	0.0775750845
8	1.8679590404	0.1320409596
9	2.1399291209	-0.1399291209
10	2.1399291209	-0.1399291209
11	2.1399291209	-0.1399291209
12	2.1399291209	-0.1399291209
13	2.1399291209	-0.1399291209
14	1.8910682497	0.1089317503
15	1.6190981692	0.3809018308
16	2.1399291209	-0.1399291209
17	2.1399291209	-0.1399291209
18	1.6190981692	0.3809018308
19	0.9224249155	0.0775750845
20	2.1399291209	-0.1399291209
21	1.8910682497	0.1089317503
22	1.6190981692	0.3809018308
23	1.8910682497	0.1089317503
24	1.8910682497	0.1089317503
25	1.8910682497	0.1089317503
26	1.8910682497	0.1089317503
27	1.8679590404	0.1320409596
28	1.8910682497	0.1089317503
29	1.7152259476	0.2847740524
30	1.8910682497	0.1089317503
31	0.9224249155	0.0775750845
32	1.8910682497	0.1089317503
33	1.8910682497	0.1089317503
34	1.7152259476	0.2847740524
35	1.3702372981	-0.3702372981
36	1.6190981692	0.3809018308
37	1.4663650765	-0.4663650765
38	1.8910682497	0.1089317503
39	1.8910682497	0.1089317503
40	2.1399291209	-0.1399291209
41	1.6190981692	-0.6190981692
42	1.194394996	0.805605004
43	2.1399291209	-0.1399291209
44	2.1399291209	-0.1399291209
45	2.1399291209	-0.1399291209
46	1.8910682497	0.1089317503
47	1.8679590404	0.1320409596
48	1.8910682497	0.1089317503
49	1.8910682497	0.1089317503
50	1.6190981692	-0.6190981692

**ПРИЛОЖЕНИЕ И. Результаты внедрения в практическую деятельность
диссертационного исследования**

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе ФГБОУ ВО

«Северо-Кавказская государственная академия»

Нагорная Г.Ю.




_____ 2021 г.

АКТ

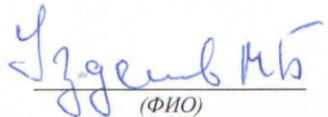
о внедрении результатов диссертации Агаповой Екатерины Геннадьевны в учебный процесс кафедры «Пропедевтика внутренних болезней» ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия» (далее – СКГА)

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации кандидатской (докторской) диссертации Агаповой Екатерины Геннадьевны на тему «Медико-социологическое исследование ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста и направления её совершенствования» внедрены в учебный процесс кафедры «Пропедевтика внутренних болезней» СКГА при изучении дисциплины «Внутренние болезни» читаемой обучающимся по специальности - 31.05.01. Лечебное дело.

Директор Института
Медицинский институт СКГА
(наименование Института)



(подпись)



(ФИО)

Заведующий кафедрой
«Пропедевтика внутренних болезней» СКГА
(название кафедры)




(подпись)




(ФИО)

Начальник Учебного управления СКГА



(подпись)



(ФИО)

УТВЕРЖДАЮ
Ректор РГБУ ДПО «КЧРИПКРО»

А.В. Гурин

« 11 » _____ 20 21 г.

АКТ

о внедрении результатов диссертации Агаповой Екатерины Геннадьевны в учебный процесс кафедры педагогики и психологии РГБУ ДПО «Карачаево – Черкесский республиканский институт повышения квалификации работников образования».

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации кандидатской (докторской) диссертации Агаповой Екатерины Геннадьевны на тему **«Медико-социологическое исследование ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста и направления её совершенствования»** внедрены в учебный процесс кафедры педагогики и психологии при изучении дисциплин социальной психологии, психологии личности и возрастной психологии читаемых слушателям по направлению профессиональной переподготовки по специальности - 2634 педагог - психолог, психология.

Первый проректор, проректор по учебной работе  Т.А. Чанкаева

Заведующий кафедрой педагогики и психологии  М. Б. Аппаев

Начальник Учебно- методического отдела  Ф.А. Байбанова

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
Республиканского государственного бюджетного
учреждения здравоохранения
«Усть-Джегутинская
центральная районная больница»


_____ М. М. Шакманов
(подпись)

20__ г.

АКТ

о внедрении результатов диссертации
в лечебный процесс районной поликлиники РГБУЗ «Усть-Джегутинская ЦРБ»
(наименование отделения)

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения,
выводы и рекомендации кандидатской диссертации Агаповой Екатерины
Геннадьевны,

на тему «Медико-социологическое исследование ресоциализации военных
пенсионеров трудоспособного возраста и направления её совершенствования»
внедрены в лечебный процесс отделения районной поликлиники РГБУЗ
(наименование больницы, Центра и т. д.)
«Усть-Джегутинская ЦРБ»

Главный врач

РГБУЗ «Усть-Джегутинская ЦРБ»

(наименование КЦ)


_____ М. М. Шакманов
(подпись)

(ФИО)

Заведующий

районной поликлиникой

РГБУЗ «Усть-Джегутинская ЦРБ»

(название больницы)


_____ М. Х. Семенов
(подпись)

(ФИО)

Заведующая

терапевтическим отделением

РГБУЗ «Усть-Джегутинская ЦРБ»

(название больницы)


_____ Ф. Б. Болурова
(подпись)

(ФИО)

Протокол № 4

заседания межведомственной рабочей группы по комплексной ресоциализации отдельных категорий граждан, уволенных с военной службы

« 14 » января 2022 г.

г. Черкесск

Присутствовали:

Председатель Межведомственной рабочей группы - министр труда и социального развития Карачаево-Черкесской Республики, Шаков Р.А.,

Секретарь Межведомственной рабочей группы - начальник отдела занятости населения, профобучения и профессиональной ориентации, Батчаева А.Б.

Члены Межведомственной рабочей группы:

- начальник Управления государственной службы занятости населения Карачаево-Черкесской Республики, Кумуков Х.Д.,

- руководитель Государственной инспекции труда в Карачаево-Черкесской Республике – главный государственный инспектор труда в Карачаево-Черкесской Республике, Байрамкулов Б.М.,

- аспирант кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Агапова Е.Г.

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. Проблемы и направления ресоциализации военных пенсионеров трудоспособного возраста на региональном уровне.
2. Вопросы организации мероприятий по интеграции бывших военнослужащих трудоспособного возраста в трудовой процесс.
3. Оптимизация медико-социальной помощи военным пенсионерам.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. Возможность бесплатного переобучения и получения новой специальности на базе региональных учебных учреждений членов семей бывших военнослужащих.

2. Создание курсов по обучению основам ведения собственного малого бизнеса, маркетинга на базе учебных учреждений для военных пенсионеров.
3. Возможность поощрения работодателей, помогающих в трудоустройстве военных пенсионеров.
4. Организация служб психологического семейного консультирования, психологической реабилитации и социальной поддержки для бывших военнослужащих, на базе лечебно-профилактических учреждений.

Председатель



Р.А. Шаков

Секретарь

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'А.Б. Батчаева'.

А.Б. Батчаева