



стей и практик самоуправления в сравнении с советским периодом развития нашей страны. Основная нагрузка в решении жизненных вопросов ложится на самого гражданина и его ближайшее окружение. В качестве положительной тенденции следует отметить существенный сдвиг с поиска «виновных» вовне к поиску «внутри себя», что свидетельствует о росте гражданского самосознания, ответственности и инициативности в решении своих проблем. Степень общественно-политической активности слабо меняется со временем, основной мотивацией участия более чем в половине случаев выступает достижение личных целей (престиж, самореализация, материальный достаток и пр.) и только незначительная часть, около 2%, говорит об участии в общественной деятельности. Таким образом, динамические процессы в российском сообществе позволяют сделать вывод о неоднородном, неламинарном изменении, когда по одним аспектам ситуация претерпевает существенные изменения, по другим остается неизменной.

Российское общество аккумулировало необходимый потенциал для самоорганизующей деятельности в виде наличия общих проблем, признания неэффективности традиционных поддерживающих структур, принятия ответственности, осознания ценности и необходимости объединения и взаимопомощи, а также кооперации усилий между социальными субъектами. Вместе с тем сформированный потенциал пока не воплощается в практиках самоорганизации и самоуправления, в том числе под сдерживающим влиянием внешних структур, не позволяя массе населения и гражданскому обществу стать инициативным и эффективным участником гражданских отношений. В этих условиях обращение к

традиционным ценностям и моделям социального взаимодействия играет важнейшую роль в реализации самоуправленческого потенциала.

Современная ситуация в сфере социального управления осложняется победным шествием информационных технологий. Не ухудшается, не улучшается, а именно осложняется. Практически полная интернетизация страны, без пропагандистского бреда, без стахановцев и ударных вахт, окончательно и бесповоротно изменила Россию, как и весь мир. Население страны стало получать гораздо больше информации, в том числе и затрудняющей процессы социального управления. Кроме того, значительная часть населения стала гораздо более манипулируемой. Средствами Интернета можно легко провоцировать массовое недовольство, акции неповиновения властям, гораздо более эффективно, чем в прежние времена эти задачи решались распространением слухов, подметными письмами и листовками. Поскольку интернет-коммуникации наиболее популярны среди молодежи, а молодые люди по природе своей более внушаемы, чем зрелые, Российская Федерация пребывает сейчас в состоянии практической беспомощности перед всеми, кому выгодна дестабилизация обстановки в стране. Сбережение, т. е. разумное использование и возобновление ресурсов российского среднего, срединного, станового класса в современных условиях становится краеугольной проблемой национальной безопасности страны.

Примечания

- ¹ Карсавин Л. П. Основы политики // Мир России – Евразия. Антология. М., 1995. С. 139
- ² Башляр Г. Новый рационализм. М., 1987. С. 98.

УДК 316.752

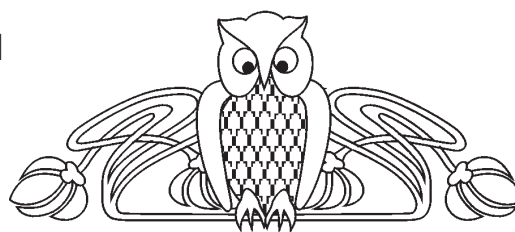
АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОГО ГОРОЖАНИНА

С. В. Ситникова

Саратовский государственный университет
E-mail: skareva@yandex.ru

В статье представлены результаты теоретико-прикладного исследования ценностных аспектов здоровья на примере г. Саратова. Доказано наличие диссонанса в поле сознания и повседневных практик горожан. Это выступает свидетельством того, что здоровье как ценность в массовом сознании отражена лишь как идеальная конструкция декларируемых принципов.

Ключевые слова: здоровье как ценность, здоровый образ жизни.



Axiological Aspects of the Health of a Modern City Dweller

S. V. Sitnikova

The article presents the results of theoretical and applied research axiological aspects of health for example, Saratov. Proved the existence of dissonance in the field of consciousness and everyday practices of citizens. This is evidence that health as a value in the mass consciousness reflected just how perfect the design of the declared principles.

Key words: health as a value, a healthy lifestyle.



Актуальность данной проблематики обоснована не только повышенным вниманием к здоровью нации представителями власти, что, в частности, отражено в посланиях Президентов РФ к Федеральному собранию РФ, но и осознанием большей частью российского населения высокой значимости ценности здоровья. Об этом свидетельствуют различные исследования как федерального, так и регионального значения. К их числу можно отнести и авторское, результаты которого и будут описаны в данной статье.

Говоря об истории обращения к вопросам здоровья в социологическом контексте, можно констатировать ее скудость. Так, социология здоровья как отрасль социологического знания зарождается лишь 60-е гг. XX в. в зарубежной и в 80-е гг. – в отечественной социологии. До этого исследования здоровья населения реализовывались в рамках медицины, демографии¹. В рамках медико-социальных исследований общественное здоровье характеризуется как здоровье популяции, общества в целом; определяется как наука и искусство профилактики заболеваний, продления жизни и укрепления здоровья через организованные усилия и осознанный выбор общества, организаций, государственное и частное, общинное и индивидуальное. П. И. Калью, анализируя большое количество определений здоровья, сводит их к четырем содержательным концепциям²:

1) медицинская модель – для определений, содержащих медицинские признаки и характеристики; здоровье как отсутствие болезней и их симптомов;

2) биомедицинская модель – отсутствие субъективных ощущений нездоровья и органических нарушений;

3) биосоциальная модель – включаются рассматриваемые в единстве медицинские и социальные признаки, при этом приоритет отдается социальным признакам;

4) ценностно-социальная модель – здоровье как ценность человека.

Наше эмпирическое исследование реализовано в синтезе биомедицинской и ценностно-социальной моделей. Эмпирическая измерительная модель состояла из ряда индикаторов как субъективного характера, таких как, например: субъективная оценка состояния своего здоровья, степень влияния здоровья на качество жизни, так и объективно-социального: отношение к здоровому образу жизни, особенности здравоохранительного поведения, место здоровья в системе ценностей, обращение к медиации в сфере медицины.

Здоровье, понимаемое как биопсихосоциальное благополучие, представляет собой условие для активной трудовой деятельности, социальных и психологических взаимосвязей с другими людьми. Достигнутый уровень психологических и социальных взаимосвязей с микро- и макросредой является тем фактором, который не только стимулирует, но и тормозит,

препятствует активной деятельности человека по улучшению качества своего здоровья. Человек, решая отказаться от вредных привычек, вести здоровый образ жизни, обращаться в медицинские учреждения с целью профилактики заболеваний, задается вопросом о конечной цели этих действий. Он решает для себя вопрос «зачем мне это нужно?». Отвечая на него, человек определяет, какие потребности и в какой степени будут в этом случае удовлетворены, какова будет степень полученного при этом удовольствия и уровень достигнутого благополучия. Система жизненных ценностей личности является при этом решающим фактором³.

Результаты авторского исследования свидетельствуют о высокой рейтинговой позиции здоровья в списке значимых ценностей⁴ окологруппальные субъективные позиции не расходятся с общественно декларируемыми. Однако наша модель анализа предполагала выявление когнитивных аспектов, т. е. содержания в понимании значимости каждой конкретной ценностной позиции, через призму ориентаций и реальных действий – стратегий человека. В этом контексте выявлено достаточно много противоречий:

1) здоровье ценно и значимо, но к мерам для его поддержания, сохранения и улучшения большинство россиян обращаются в случаях безысходности;

2) здоровый образ жизни – это хорошо, но ведут его немногие;

3) психологическое здоровье – это неотъемлемый показатель общего здоровья человека, но об этом мало кто задумывается и беспокоится;

4) многие сталкиваются с некачественными медицинскими услугами и проблемами в функционировании системы медицинского обслуживания, но прилагать усилия по отстаиванию своих интересов мало кто решает.

Обратимся к доказательствам существования данных противоречий.

По результатам авторских опросов 2006 и 2010 гг., около 88% опрошенных здоровье выбрали как значимую жизненную ценность, вошедшую в рейтинг в пятерку общезначимых. Однако похвастаться отличным здоровьем по субъективным ощущениям могут немногие. И по данным опросов 2010 г.⁵ и 2013 г.⁶, лишь 8% опрошенных саратовцев оценили собственное здоровье как отличное, практически никогда не болеют и не имеют хронических заболеваний. Почти 40% респондентов свое здоровье оценили как удовлетворительное, при этом имеют хронические заболевания; чуть меньше (38,5%) – как хорошее, болеют очень редко. На плохое и очень плохое здоровье сослались чуть больше 13% опрошенных (табл. 1). Таким образом, чуть больше 45% саратовцев не имеют явных проблем со здоровьем. В контексте высокой значимости ценности здоровья этот показатель невысок.



Таблица 1

Субъективная оценка состояния здоровья (по результатам опроса 2010 г.)

Оценка состояния здоровья	Частота	Процент
Отличное, практически никогда не болею	32	8,0
Хорошее, не имею хронических заболеваний, болею очень редко	154	38,4
Удовлетворительное, бывает, болею, есть хронические заболевания	159	39,8
Плохое, часто болею, имею хронические заболевания, требующие постоянного лечения	52	13,0
Очень плохое, постоянно болею, имею множество хронических заболеваний	3	0,8
Итого	400	100,0

Корреляционный анализ выявил прямую зависимость состояния здоровья от ряда социально-демографических показателей – возраста,

пола, уровня материального благосостояния семьи. Так, чем старше респондент, тем ниже его оценка здоровья (табл. 2).

Таблица 2

Зависимость оценки состояния здоровья от возраста, % по возрастной группе

Оценка состояния здоровья		Возраст			Итого
		14–29	30–55	56 и старше	
Отличное, практически никогда не болею	Частота	19	12	1	32
	%	14,5	7,5	0,9	8,0
Хорошее, болею, но редко	Частота	69	69	16	154
	%	52,7	43,1	14,7	38,5
Удовлетворительное, болею ни часто, ни редко	Частота	36	65	58	159
	%	27,5	40,6	53,2	39,7
Плохое, болею часто, имею хронические заболевания	Частота	7	14	31	52
	%	5,3	8,8	28,4	13,0
Очень плохое, постоянно болею, имею множество хронических заболеваний	Частота	0	0	3	3
	%	0	0	2,8	0,8
Итого		100	100	100	100

Примечание. Тау-си Кендалла = 0,37 при нулевой значимости.

Оценка состояния здоровья мужчинами значительно выше, чем женщинами. Отличным считают свое здоровье мужчины в 2,5 раза больше, чем женщины, плохим – в 3,5 раза меньше, чем женщины. Однако мы не решимся утверждать этот факт как объективно существующий в рамках медицинского подхода. Вероятнее всего, оценки состояния здоровья женщинами имеют более высокий уровень критичности, что имеет сугубо социально-психологический характер (табл. 3).

Дальнейший корреляционный анализ выявил зависимость: чем выше уровень материального благосостояния респондента, тем выше его субъективная оценка состояния здоровья. Более 70% опрошенных с высоким уровнем благосостояния оценили свое здоровье как хорошее, с материальным положением выше среднего и средним таких чуть больше 40%, среди низкодоходных групп хорошим свое здоровье определяли от 20 до 30% респондентов. Вероятно, на сегодняшний день качественные медицинские услуги и препараты по профилактике и лечению заболеваний доступны лишь высокодоходным группам населения (табл. 4).

Наша исследовательская модель предполагала когнитивный аспект в изучении ценности здоровья. В качестве измерительного инструмента выступал вопрос о реальных действиях по улучшению состояния здоровья. Так, 23% опрошенных саратовцев вообще ничего не предпринимают. Основными аргументами являются: нехватка времени, слабая сила воли, лень и отсутствие необходимых условий. В числе рейтинговых мер оказались: принятие витаминов, контроль питания, занятия спортом или физической культурой. Однако даже по этим позициям процент упоминаний невысок (табл. 5).

К числу предпринимаемых мер по улучшению состояния своего здоровья 32% опрошенных отнесли контроль за питанием, однако, как показала статистика распределения ответов на контрольный вопрос «Соблюдаете ли Вы правила здорового питания?», чуть больше 3% действительно это делают всегда, 11% признались, что этого не делают вообще никогда, остальные – пытаются или стараются с разной степенью результативности. У большинства (50%) это не всегда получается. В ходе анализа выявлены



Таблица 3

Зависимость оценки состояния здоровья от половой принадлежности, % по гендерной принадлежности

Оценка здоровья		Пол		Итого
		Мужчины	Женщины	
Отличное	Частота	22	10	32
	%	12,0	4,6	8,0
Хорошее, болею, но редко	Частота	87	67	154
	%	47,3	31,1	38,4
Удовлетворительное, болею ни часто, ни редко	Частота	65	94	159
	%	35,3	43,5	39,8
Плохое, болею часто, имею хронические заболевания	Частота	10	42	52
	%	5,4	19,4	13,0
Очень плохое, постоянно болею, имею множество хронических заболеваний	Частота	0	3	3
	%	0	1,4	0,8
Итого	Частота	184	216	400
	%	100,0	100,0	100,0

Примечание. Значение коэффициента Гамма = 0,44 при нулевой значимости, показатели расчета Хи – квадрат Пирсона также показывают нулевую значимость (вероятность ошибки прогнозирования), что доказывает наличие статистической связи между переменными.

Таблица 4

Зависимость оценки состояния здоровья от уровня материального благосостояния респондента, %

Оценка уровня жизни	Оценка состояния здоровья					Итого
	Отличное	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	
Едва сводим концы с концами	20,0	25,0	35,0	20,0	0	100,0
Денег хватает только на еду	0	20,6	55,9	17,6	5,9	100,0
Денег хватает только на еду и одежду	9,2	33,0	35,8	21,1	0,9	100,0
Можем позволить себе необходимую бытовую технику	5,5	42,3	43,2	9,0	0	100,0
Не вызывают особого затруднения крупные дорогостоящие покупки	27,8	44,4	27,8	0	0	100,0
Можем позволить себе все	11,1	72,2	11,1	5,6	0	100,0

Примечание. Наличие статистической зависимости подтверждает значение коэффициента Гамма, равное 0,27 при нулевой значимости.

Таблица 5

Меры по улучшению здоровья, % по числу упоминаний

Варианты ответа	Частота	%
Никакие	92	23,0
Делаю зарядку утром	71	17,8
Слежу за своим питанием	129	32,3
Занимаюсь спортом, физической культурой	107	26,8
Закаливаюсь	30	7,5
Принимаю витамины	177	44,3
Принимаю лекарства	13	3,3
Занимаюсь плаванием	3	0,8
Катаюсь на лыжах	8	2,0
Хожу в баню, сауну	1	0,3
Гуляю на свежем воздухе	3	0,8
Раз в год хожу на обследование	5	1,3
Стараюсь высыпаться	1	0,3
Соблюдаю посты	1	0,3
Всего понемногу	2	0,5
Итого	643	161,3*

Примечание. * Сумма ответов не сводима к 100%, так как респондент мог предложить несколько вариантов ответа.



гендерные и возрастные особенности в контроле питания. Женщин, в той или иной мере следящих за своим питанием, в 2 раза больше, чем мужчин. Объяснить это можно большей критичностью женщин в отношении не только своего здоровья, но и внешнего вида, чем обусловлен выбор диет. Чем старше респондент, тем выше показатель контроля за питанием: более 40% в возрасте старше 56 лет и 25% по молодежной группе 14–29. Однако, на наш взгляд, возрастные особенности логично объяснимы чаще необходимостью по состоянию здоровья, нежели собственной инициативой профилактики.

Около 40% опрошенных указали на такую меру, как занятия спортом или физической культурой. При этом анализ частоты подобных мероприятий показал достаточно низкий уровень вовлеченности в спортивные занятия. Так, ежедневно физической культурой занимаются 7% саратовцев, 3 и более раз в неделю – 12%, 1–2 раза в неделю – чуть больше 20% опрошенных, 2–3 раза в месяц – 7%. Также выявлены возрастные особенности: чем старше саровец, тем реже он занимается физической культурой или спортом. Среди младшего поколения занимающихся спортом в 2 раза больше (63%), чем среди старшего (30%). Это вполне объясняет мода на активный образ жизни в молодежной среде (однако чаще выполняющий коммуникативную функцию, нежели оздоровительную).

Кроме того, была выявлена зависимость характера предпринимаемых мер по улучшению здоровья от субъективной оценки его состояния. Чем выше оценка своего здоровья, тем чаще выбор активных форм профилактики, таких как занятия спортом и физической культурой, закаливание. Чем ниже оценка своего здоровья, тем выше склонность к пассивным формам: принятие лекарств, витаминов, контроль питания, проведение медицинской диагностики. Однако нельзя не учесть в данной связи возрастной фактор, описанный чуть выше. Таким образом, чем старше возраст, тем ниже оценка состояния здоровья и тем чаще выбор пассивных мер улучшения состояния здоровья.

На наш взгляд, это свидетельство необходимости корректировки не только государственной программы оздоровления нации, но и механизмов ее реализации. К числу положительных мер можно отнести пропаганду активного образа жизни среди старшего поколения, создание для них оздоровительных программ и групп на базе действующих спорткомплексов, бюджетных или доступных по цене, проведение спортивных мероприятий (как федерального, так и регионального значения) с привлечением представителей разных возрастных категорий.

Анализ реальных действий по сохранению и улучшению состояния своего здоровья не свидетельствует о высокой значимости здоровья для современного саратовца. Подтверждением этой

гипотезы выступает и тот факт, что для большинства опрошенных (50%) поводом задуматься о своем здоровье является реальное ухудшение самочувствия, чуть менее значимо желание быть физически сильным и здоровым, для 20% это чаще результат воздействия внешней среды (требования родных, окружающих людей, врачей). При этом с целью профилактики заболеваний в медицинские учреждения не обращаются около 70% опрошенных. Культура заботы о собственном здоровье в современной России практически отсутствует. Это нам кажется достаточно противоречивым фактом в контексте аксиологического подхода.

Доказательства существования второго противоречия (из числа обозначенных в начале статьи) также вполне убедительны. Респонденты очень хорошо понимают, что такое здоровый образ жизни, достаточно полно раскрывая его содержание и определяя высокую практическую значимость его соблюдения. При этом полевые замеры показателей ЗОЖ свидетельствуют о несоответствии декларируемой модели поведения реальной. Одним из факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье, по мнению опрошенных саратовцев, являются вредные привычки, такие как курение, употребление алкоголя, наркотических веществ. С этим согласились более 75% респондентов. При этом около трети всех опрошенных курят, 72% употребляют алкоголь, 2% респондентов указали на то, что употребляют наркотические вещества. Среди курильщиков мужчин в 5 раз больше, чем женщин. Самый большой процент курящих (36%) – среди представителей среднего поколения. Это на 6% больше, чем по группе молодежи и на 20% больше, чем по группе старшего поколения. Среди употребляющих алкоголь ни гендерных, ни возрастных различий не обнаружено.

Показатель употребления наркотических веществ, по результату опроса, составил 2%. Поскольку выборка нашего исследования отвечает всем требованиям точного расчета, т. е. репрезентативна, прогноз, исходя из учета статистики населения г. Саратова, неутешителен. Численность населения г. Саратова на 1 января 2014 г.⁷ составила 840,8 тыс. человек, 2% – это почти 17 тыс. По данным исследований⁸ выявлено, что три четверти наркоманов – это молодые люди. Ситуация в Саратовской области обостряется, число наркоманов возрастает. За последние десять лет наркозависимых стало больше в 14,8 раза. Данные, представленные заместителем начальника Управления ФСКН России по Саратовской области полковником полиции Э. В. Аблязовым в ходе онлайн-конференции⁹, также свидетельствуют о негативных фактах. В учетах наркопотребления лица наиболее активного социального и экономического возраста – 18–39 лет – составили 93% от всех наркоманов. Уровень спроса на наркотики по итогам 2012 г.



в Саратовской области составил около 6,5 тыс. потребителей. Коэффициент скрытой части наркомании для Саратовской области предлагает умножить эту цифру на 6. Несложные вычисления позволяют констатировать масштаб наркозависимости по Саратову, превышающий даже табачную зависимость. Наш прогноз с учетом 95% точности прогнозирования оказался усредненным показателем относительно официальной и предполагаемой специалистами скрытой статистики наркопотребления по Саратову.

К числу факторов негативного воздействия на здоровье, помимо вредных привычек, были отнесены малоподвижный образ жизни, неправильное питание. Противостоят данным факторам, как доказано ранее, большинство саратовцев даже не пытаются. Самыми непопулярными факторами воздействия на здоровье, по мнению респондентов, оказались стресс и нервное напряжение. Лишь 2,5% упомянули об этом. При том, что, по данным того же опроса, почти половина респондентов в течение последнего месяца испытывали тревожные состояния, стрессы, резкие смены настроений, треть – страдали от депрессий и бессонницы. Несмотря на это, более 80% ничего не предпринимали для профилактики и устранения подобных психологических состояний. Опять возникает исследовательский вопрос об истинной ценности здоровья в сознании россиян.

В Федеральном законе РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹⁰ зафиксированы права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья: «Каждый имеет право на охрану здоровья» (п. 1 ст. 18) и «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья» (п. 1 ст. 27). Общество гарантирует своим гражданам право на охрану здоровья, право на получение своевременной и квалифицированной медицинской помощи, но каждый человек пользуется этими правами в соответствии со своим субъективным представлением о здоровье и индивидуальной медицинской культурой.

Доказательную базу выявленного четвертого противоречия составили результаты пилотажного опроса жителей Саратова¹¹. Чуть более 60% опрошенных приходилось получать некачественные медицинские услуги. Чаще всего это низкий уровень качества медицинской помощи, необоснованный отказ в помощи, нарушение условий режима лечения, необоснованное требование или взимание платы за лечение. При этом лишь 11% из числа получавших некачественную медицинскую помощь обращались с жалобой в какие-либо контролирующие органы. Четверть респондентов указали на частичное удовлетворение требований по результату разбирательства, остальные разделились на две равных группы – полностью удовлетворенных и абсолютно не удовлетворенных результатом. Последний факт для тех, кто никогда не обращался с жалобами на некачественное медицинское обслуживание, является наиболее

распространенным аргументом. Более трети респондентов данной группы не видят смысла в подобных обращениях, поскольку не верят в удовлетворительный результат. Весомым мотивом также оказалось отсутствие времени и необходимых знаний для грамотного подхода к решению проблемы. Таким образом, низкий уровень активности в отстаивании своих прав в сфере охраны здоровья также свидетельствует о явной приоритетности других ценностных стратегий.

Социологическая диагностика реальных поведенческих стратегий доказывает наличие ценностного диссонанса в поле сознания и повседневных практик горожан. Исходя из всего вышеизложенного, можно утверждать, что здоровье как ценность в массовом сознании отражено лишь как идеальная конструкция декларируемых принципов.

Примечания

- 1 См., например: *Медик В. А., Юрьев В. К.* Общественное здоровье и здравоохранение : учебник. М. : Профессионал, 2009 ; *Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова.* СПб. : Питер, 2003 ; *Изуткин Д. А.* Формирование здорового образа жизни // Советское здравоохранение. 1984. № 11. С. 8–11.
- 2 См.: *Калью П. И.* Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения : обзорная информация. М. : Медицина 1988.
- 3 См.: *Жарова М. Н.* Здоровье в системе жизненных ценностей человека // Главврач. № 9. 2012. С. 57–63.
- 4 См.: *Ситникова С. В.* Ценности современного российского общества как основа процесса социализации молодежи (опыт лонгитюдного исследования). Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 2011. 272 с.
- 5 Исследование методом опроса населения г. Саратова «Основные индикаторы здоровья населения г. Саратова» было проведено на базе ЦПСИ СГУ при участии автора. Выборочная совокупность составила 400 человек.
- 6 Исследование «Качество медицинских услуг по оценкам жителей г. Саратова» было проведено на базе ЦПСИ СГУ при участии автора. Выборочная совокупность составила 135 человек.
- 7 По данным, размещенным на сайте администрации г. Саратова. (См.: URL: <http://www.saratovmer.ru/development/social/> (дата обращения: 01.10.2014)).
- 8 *Белоус Т. В., Суворов В. В.* Проблема наркомании среди молодежи в Саратовской области // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2013. Т. 2. № 12. URL: http://www.scholar.ru/tag.php?tag_id=13786 (дата обращения: 01.10.2014).
- 9 См.: URL: <http://online.sarinform.ru/question/124920> (дата обращения: 01.10.2014).
- 10 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. URL: <http://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 01.10.2014).
- 11 Исследование «Качество медицинских услуг по оценкам жителей г. Саратова».