

## ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ: ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ И ДИВЕРСИФИКАЦИЯ В СТРАНАХ СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ

О.А.Волкова<sup>1</sup>,  Н.В.Чиж<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Институт демографических исследований Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук (ФНИСЦ РАН),  
адрес: 119333, Россия, г. Москва, ул. Фотиевой, дом 6, корпус 1,

<sup>2</sup> Российский музей медицины. Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко,  
адрес: 105064, Россия, Москва, ул. Воронцово поле, д.12, строение 1,

Поступила  
в редакцию  
08.01.2025

Поступила  
после  
рецензирования  
26.02.2025

Принята  
к публикации  
20.03.2025

**Аннотация.** Исследование посвящено представлению системного социологического взгляда на трансформацию здоровьесберегающего просвещения, на выявление его роли в сохранении общественного здоровья и формировании культуры медицинской профилактики в странах постсоветского пространства.

**Цель** проанализировать эволюцию здоровьесберегающего просвещения, выделив ключевые этапы его развития, преемственность подходов и особенности диверсификации в современных условиях.

**Материалы и методы исследования:** основу исследования составляют сравнительно-исторический анализ, а также компаративный анализ, позволяющие оценить влияние социальных, культурных, экономических факторов на эволюцию профилактической медицины.

**Научная новизна** работы заключается в комплексном рассмотрении преемственности и диверсификации здоровьесберегающего просвещения на протяжении разных исторических периодов.

**Практическая значимость** исследования связана с возможностью использования исторического опыта для разработки эффективных стратегий профилактики заболеваний, адаптированных к условиям цифровой эпохи и глобальных вызовов, таких как пандемии и рост неинфекционных заболеваний.

**В результате** исследования сделан вывод: здоровьесберегающее просвещение в странах СНГ демонстрирует, с одной стороны, преемственность подходов, осуществляющуюся в условиях появления новых вызовов. Исторический опыт дает основание подчеркнуть важность государственной поддержки, междисциплинарного сотрудничества и адаптации медико-просветительской работы.

**Ключевые слова:** здоровье, здоровьесбережение, санитарное просвещение, медицинское просвещение, социология здравоохранения.

**Информация о финансировании:** данное исследование выполнено без внешнего финансирования.



**Для цит.:** Волкова О.А., Чиж Н.В. Здоровьесберегающее просвещение населения: преемственность и диверсификация в странах содружества независимых государств// Человек. Общество. Инклюзия. – 2025. – Том 16. – №1. – С.55-71. – DOI: 10.24412/2412-8139-2025-1-55-71. - EDN HDRULB

©Волкова О.А., Чиж Н.В., 2025

## HEALTH-SAVING EDUCATION OF THE POPULATION: CONTINUITY AND DIVERSIFICATION IN THE COUNTRIES OF THE COMMONWEALTH OF INDEPENDENT STATES

Volkova O.A.<sup>1</sup>,  Chizh N.V.<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Institute of Demographic Research of the Federal Research Center of the Russian Academy of Sciences,  
address: 1 Building ,6, Fotieva St., 119333, Russia, Moscow,

<sup>2</sup> Head of the Department of the Russian Museum of Medicine of N.A. Semashko National Research Institute  
of Public Health, address: 12 Vorontsovo Pole str., building 1, 105064, Moscow, Russia

Received  
08.01.2025

Revised  
26.02.2025

Accepted  
20.03.2025

**Abstract.** The study is devoted to the presentation of a systemic sociological view on the transformation of health-preserving education, on identifying its role in maintaining public health and forming a culture of medical prevention in the countries of the post-Soviet space.

**The purpose of the study:** to analyze the evolution of health-preserving education, highlighting the key stages of its development, the continuity of approaches and the features of diversification in modern conditions.

**Research materials and methods:** The basis of the research is a comparative-historical analysis, as well as a comparative analysis, which allows us to assess the influence of social, cultural, and economic factors on the evolution of preventive medicine.

**The scientific novelty** of the work lies in the comprehensive consideration of the continuity and diversification of health-preserving education throughout different historical periods.

**The practical significance** of the study is related to the possibility of using historical experience to develop effective disease prevention strategies adapted to the conditions of the digital age and global challenges such as pandemics and the rise of non-communicable diseases.

**Results.** The study concluded that health education in the CIS countries demonstrates, on the one hand, continuity of approaches, implemented in the context of new challenges. Historical experience provides grounds to emphasize the importance of state support, interdisciplinary cooperation and adaptation of medical and educational work.

**Keywords:** health, health care, health education, medical education, sociology of healthcare.

**Funding information:** This study was performed without external funding.



**For citations:** Volkova, O.A. and Chizh, N.V. (2025) Health-saving education of the population: continuity and diversification in the countries of the commonwealth of independent states. *Human. Society. Inclusion.* Vol.16, no. 1, P. 55-71. DOI: <https://10.24412/2412-8139-2025-16-1-55-71>. EDN HDRULB

© Volkova O.A., Chizh N.V., 2025

## **Введение**

Актуальность сравнительно-исторического исследования здоровьесберегающего просвещения в бывших республиках Советского Союза и странах Содружества Независимых Государств (СНГ) обусловлена необходимостью осмыслиения исторического опыта формирования и трансформации системы профилактической медицины в условиях меняющихся социально-политических и экономических реалий. Здоровьесберегающее просвещение, как важнейший компонент общественного здравоохранения, прошло сложный путь от разрозненных инициатив в Российской Империи до централизованной государственной системы в СССР, а затем адаптировалось к новым вызовам постсоветского периода в странах СНГ.

Отметим, что ряд исследователей отмечают, что советский период успешность внедрения здоровьесберегающих практик обусловлена двусторонним процессом внедрения. С одной стороны, это формирование условий со стороны государства посредством поддержки и популяризация здоровьесберегающих практик, а с другой «большое значение имеет поведение человека - его индивидуальный подход к сохранению собственного здоровья» (Ярашева, 2023).

Безусловно, эффективные модели здоровьесберегающих практик зависят от поведения человека, которое закладывается с юных лет. и в этой связи, интересны исследования анализирующие здоровьесберегающего поведения молодёжи по характеру, выделяя его типообразующие признаки (Татарова, 2024).

**Цель данной статьи** – проанализировать эволюцию здоровьесберегающего просвещения, выделив ключевые этапы его развития, преемственность подходов и особенности диверсификации в современных условиях. В работе рассматриваются следующие аспекты:

1) генезис здоровьесберегающего просвещения в Российской Империи, где закладывались основы гигиенического воспитания населения, несмотря на ограничения, связанные с низким уровнем грамотности, экономической отсталостью и отсутствием единой системы координации;

2) институционализация санитарного просвещения в СССР, которая характеризовалась созданием централизованной системы, внедрением массовых профилактических программ и использованием инновационных форм коммуникации, включая театры санитарного просвещения, киноленты и полиграфическую продукцию;

3) современный этап развития в странах СНГ, где, несмотря на кризис 1990-х годов, постепенно формируются новые эффективные модели здоровьесберегающего просвещения, сочетающие традиционные подходы с цифровыми технологиями и междисциплинарным взаимодействием. Исследование представляет системный взгляд на трансформацию здоровьесберегающего просвещения, подчеркивая его роль в сохранении общественного здоровья и формировании культуры профилактики в странах постсоветского пространства.

*Научная новизна* работы заключается в комплексном рассмотрении преемственности и диверсификации здоровьесберегающего просвещения на протяжении разных исторических периодов, что позволяет выявить как успешные практики, так и проблемные зоны, актуальные для современных систем здравоохранения стран СНГ.

Практическая значимость исследования связана с возможностью использования исторического опыта для разработки эффективных стратегий профилактики заболеваний, адаптированных к условиям цифровой эпохи и глобальных вызовов, таких как пандемии и рост неинфекционных заболеваний.

Методологическую основу исследования составляют сравнительно-исторический анализ, а также компартиативный анализ, позволяющий оценить влияние социальных, культурных, экономических и политических факторов на эволюцию профилактической медицины.

При проведении исследования с целью анализа социально-исторического материала использован социологический метод сбора первичной информации: глубинное интервью экспертов. Интервью собраны в 2025 г. Вид выборки: целевая (по критериям должности, опыта работы не менее пяти лет, компетентности в исследуемой сфере). В исследовании в качестве интервьюируемых экспертов приняли участие сотрудники государственной и муниципальной системы здравоохранения Москвы, медицинские работники, представители СМИ (20 экспертов).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

#### **1. Генезис здоровьесберегающего просвещения населения в Российской Империи**

Обратимся к анализу исторических предпосылок формирования здоровьесберегающего просвещения в Российской империи. При этом отметим, что рассмотрение исторических корней современных практик здоровьесберегающего просвещения позволяет выявить, что их формирование складывалось еще в дореволюционный период. Так, в Российской Империи просветительская деятельность в сфере охраны здоровья населения страны начала развиваться в первую очередь в рамках борьбы с эпидемиями, гигиенического воспитания родителей и подрастающего поколения, а также санитарно-профилактической работы среди представителей всех сословий, включая крестьянство.

Важную роль в становлении гигиенического просвещения как средства снижения материнской и младенческой смертности в России сыграл М.В. Ломоносов. Он один из первых осознал и обосновал необходимость формирования системного подхода к гигиеническому просвещению населения как важнейшему фактору улучшения демографической ситуации в стране, сохранению здоровья населения. М.В. Ломоносов особо подчеркивал катастрофический уровень смертности среди рожениц и новорожденных, что было связано с отсутствием элементарных медицинских знаний у повитух и повсеместным распространением архаичных, непрактических практик родовспоможения. В качестве первоочередной меры ученый предлагал создание специального руководства по акушерскому делу, что и было позже исполнено врачами.

Поскольку в стране была тотальная неграмотность крестьянского сословия, М.В. Ломоносов особое значение придавал вопросу распространения санитарно-гигиенических знаний среди населения. Для проведения просветительской работы он предлагал использовать существующие социальные институты: приходское духовенство, имевшее практически непрекаемый авторитет среди населения; местных грамотных людей из числа чиновников и отставных военных; земских врачей, если они имелись каких-либо регионах. Эти идеи здоровьесбережения, опережавшие свое время, не получили тогда должного воплощения в силу объективных социально-экономических условий. Однако они заложили концептуальные основы для последующего развития системы гигиенического и санитарного просвещения в России, которое стало активно развиваться лишь позже. Ценность работ М.В. Ломоносова состояла в том, что он впервые в отечественной практике научно обосновал взаимосвязь между санитарной грамотностью и демографическими показателями в стране, разработал конкретную практическую реализуемую программу популяризации основы медицинских знаний, предложил механизм внедрения этих знаний в массовое сознание населения (Ломоносов, 1873)

С подачи руководства страны изначально распространение медицинских и гигиенических знаний осуществлялось по нескольким направлениям. В том числе, это были:

1) противоэпидемические меры, которые включали распространение практически значимой информации о способах предотвращения инфекционных заболеваний, включая основы санитарии и проведения карантинных мероприятий;

2) гигиеническое просвещение беременных женщин и матерей (обучение правилам ухода за малолетним ребенком, основам рационального питания и поддержания чистоты в быту, гигиеническому воспитанию своих детей);

3) введение правил военной гигиены – внедрения санитарных норм в армейской среде для снижения общей инфекционной и другой заболеваемости среди солдат<sup>1</sup>.

1) церковь (духовные лица, религиозные деятели – священнослужители, используя высочайший в то время авторитет церкви, рассказывали мирянам о гигиенических правилах нормах, в частности, по результатам чтения книги С.Ф. Хотовицкого «Врачебно-народное наставление для духовных училищ», 1844 г.);

2) здравоохранение (земские и городские врачи, фельдшеры не только лечили людей, но и активно занимались санитарным просвещением, учили пациентов соблюдать правила гигиены);

3) благотворительные организации занимались подготовкой и изданием, и распространением печатных просветительских брошюр и плакатов, организовывали публичные лекции по теме здоровьесбережения);

4) «народные чтения» (эта практика реализовывалась путем проведения просветительских лекций, адаптированных для малограмотного и суеверного населения страны).

Поскольку основная часть населения была безграмотной, в то время важную роль играли и визуальные или комбинированные средства: наглядные агитационные материалы (плакаты, листовки), учебные пособия с множеством картинок, специализированные издания с яркими и доступными для понимания иллюстрациями.

Однако при этом множество различных факторов затрудняли просветительскую работу среди населения страны. Несмотря на предпринимаемые усилия руководителей государства, врачей, священнослужителей церкви и благотворителей эффективность здоровьесберегающего просвещения ограничивалась целым рядом барьеров. Основная их часть носила социально-культурный характер. Так, можно назвать следующие факторы низкой эффективности здоровьеспросветительской деятельности:

1) низкий уровень общей грамотности – значительная часть населения страны, особенно в сельской местности и на отдаленных от столиц территорий, не умела читать, что напрямую затрудняло восприятие печатных материалов (например, Ф. Барсук-Моисеев. «Путь к здравию, или наука сохранять свое здоровье», 1791 г.);

2) традиционные, веками формировавшиеся, верования и суеверия; при этом в разных регионах страны сохранялись особые мистические и сакральные представления о физических и душевных болезнях и об их лече-

---

<sup>1</sup> Указы Петра I (Великого) // Центр гигиенического образования населения. URL: <https://cgon.rosпотребнадзор.ru/istoriya/istoriya-sanitarnogo-prosveshcheniya/stanovlenie-i-razvitiye-sanitarnogo-prosveshcheniya-v-rossii-/ukazy-petra-i-velikogo>. (дата обращения: 10.11.2024)

нии/исцелении/изгнании; что базировалось как на официальных православных традициях, так и на устойчивых пережитках, оставшихся со времен язычества;

3) недостаток квалифицированных кадров – нехватка врачей и фельдшеров, в особенности в отдаленных губерниях страны, препятствовала проведению системной просветительской работы в крестьянской среде.

Помимо социокультурных, на эффективность здоровьесберегающей деятельности негативным образом влияли экономические факторы. Они очень сильно ограничивали санитарно-просветительскую работу в стране. Распространение гигиенических знаний и санитарных норм среди населения Российской Империи сталкивалось с рядом экономических препятствий, которые замедляли развитие профилактической медицины и снижали эффективность всех просветительских инициатив (государственных, церковных, благотворительных, общественных). Экономические факторы состояли в следующем:

1) ограниченном финансировании системы здравоохранения того времени: государственные и местные земские бюджеты выделяли недостаточно средств на медицинскую работу, на оказание помощи населению, а тем более на санитарное просвещение. большая часть расходов на медицину ложилась именно на местные бюджеты (на земства), чьи возможности варьировались в зависимости от региона, то есть наиболее бедные губернии вообще не могли обеспечить даже базовую медицинскую инфраструктуру; благотворительные организации, игравшие важную роль в гигиеническом просвещении, полностью зависели от частных пожертвований, которые были крайне нерегулярными;

2) нехватка медицинских кадров: подготовка земских врачей и фельдшеров требовала значительных финансовых затрат, а их распределение по стране было крайне неравномерным, с уклоном в центральные районы; в сельской местности, где проживало большинство крестьянского населения, медицинских работников катастрофически не хватало, что делало систематическое просвещение невозможным в принципе; невысокие зарплаты врачей и фельдшеров, тяжелые условия труда в сельской местности резко снижали мотивацию специалистов работать в отдаленных регионах страны;

3) дороговизна самих печатных материалов и организации работы по их распространению: издание брошюр, плакатов, листовок и журналов по повседневной гигиене требовало высоких типографских мощностей, была высока себестоимость печати просветительских материалов; транспортная и почтовая инфраструктура (особенно на Севере, в Сибири, на Кавказе и в Средней Азии) была очень слабо развита, что затрудняло и в части случаев делало невозможной доставку печатной литературы в отдаленные районы; высокий уровень неграмотности (особенно среди крестьян, а также женщин всех сословий) снижал вос требованность печатных текстовых материалов, делая их производство экономически полностью неэффективным;

4. Экономическая отсталость и низкий уровень жизни (основная масса крестьянского населения жила в условиях крайней бедности и нужды, что делало гигиенические рекомендации (например, регулярное мытье рук и тела с мылом или кипячение воды) трудновыполнимыми из-за нехватки денег; в свою очередь в городах рабочие трудились на заводах в антисанитарных условиях, но капиталисты крайне редко вкладывались в улучшение быта и тем более санитарное просвещение работников; эпидемии (холера, тиф, оспа и другие) наносили огромный ущерб экономике, но при этом профилактика этих заболеваний оставалась недофинансированной, поскольку власти предпочитали бороться с последствиями, а не с причинами распространения инфекций.

То есть экономические причины (недостаток финансирования, нехватка ме-

дицинских кадров, высокая стоимость печатной продукции, низкий уровень жизни и слабая транспортная и почтовая инфраструктура) серьезно затрудняли санитарно-просветительскую работу в стране. Это приводило к тому, что даже самые прогрессивные гигиенические идеи руководителей, врачей и общественных деятелей (например, Мудров М.Я. «Краткое наставление, как предохранять себя от холеры, излечивать ее и останавливать распространение оной», 1830 г.) не могли быть реализованы в массовом масштабе, а профилактическая медицина и просвещение населения развивались медленно и неравномерно.

Помимо социокультурных и экономических, развитию здоровьесберегающего проведения препятствовали организационные причины, не позволяющие распространять санитарно-просветительскую работу на территории всей страны. Организационные проблемы были связаны с системой управления, координацией между институтами и отсутствием единой стратегии внедрения и развития профилактической медицины. Среди организационных факторов можно назвать несколько следующих:

1) отсутствие централизованной системы гигиенического и санитарного просвещения (в частности, до реформ второй половины XIX века, в особенности до создания организованной земской медицины, не существовало какого-либо единого государственного органа, ответственного за гигиеническое и санитарное просвещение в стране); предпринимаемые меры по санитарному просвещению носили локальный (к примеру, в большей степени в столицах) и фрагментарный характер, зависели от личной инициативы отдельных врачей, конкретных благотворителей или представителей местной власти; ситуация улучшилась только когда земства начали относительно организованную и системную работу в этом направлении; но даже тогда их деятельность охватывала не все регионы страны (например, Север, Сибирь и казачьи области оставались не охваченными такой работой);

2) разобщенность между различными ведомствами и учреждениями: медицинские, образовательные и религиозные структуры действовали без какой-либо четкой координации своей деятельности; чиновники, отвечавшие за внутренние дела в стране, занимались преимущественно карантинными мерами, но вовсе не профилактическим просвещением; священнослужители могли влиять на население, но их участие в гигиенической пропаганде было спорадическим, несистемным; учебные заведения, в которых время от времени велось преподавание гигиены, охватывали лишь небольшую часть образованного населения; отсутствовали стандартизованные программы обучения гигиене, из-за чего информация подавалась бессистемно, без учета общей картины, учитывающей негативные последствия бытовой и профессиональной антисанитарии;

3. Недостаток подготовленных кадров для медико-просветительской работы: земские и другие врачи, фельдшеры и учителя, которые могли эффективно заниматься санитарным просвещением, не получали специальной подготовки по практически пригодным методикам популяризации гигиенических и первичных медицинских знаний; многие земские врачи были перегружены тяжелой лечебной работой и физически вовсе не могли уделять время профилактике; в сельской местности всегда не хватало не только медиков с профессиональным образованием, но и грамотных людей, которые могли стать распространителями санитарных знаний на местах (например, сельских учителей или священников);

4) слабая инфраструктура для распространения и донесения информации до целевого адресата: отсутствие массовых каналов устной и письменной коммуникации: газеты и журналы того времени по медицине выходили малыми ти-

ражами и были совсем недоступны крестьянам и другим бедным слоям населения; «народные чтения» и публичные лекции проводились лишь в крупных городах и уездных центрах; существовали трудности с распространением печатных материалов в отдаленных от центра территориях; даже если брошюры и плакаты печатались, их вовсе не всегда доставляли в отдаленные деревни; в ряде регионов (например, в Средней Азии или на Кавказе) материалы не переводились на местные языки, что делало недоступным знакомство населения с их содержанием;

5) неэффективные методы просвещения населения: освещение вопросов гигиены часто велась сугубо сухим, медицинским, непонятным для простого народа языком, совсем без учета уровня грамотности и традиционных представлений населения о теле и об окружающей среде; вместо наглядных визуальных и практических методов (например, демонстрации правильного мытья рук с мылом) основной упор делался на теоретические лекции и беседы, которые плохо воспринимались аудиторией на практике; отсутствие обратной связи мешало разработке результативных и доступных путей донесения информации; власти и медики редко адаптировали свои подходы к местным условиям, даже если видели их неэффективность; отсутствие радио, телеграфа и массовых газет века ограничивало возможности оперативного информирования населения о приближении эпидемии и о правилах соблюдения элементарных санитарных норм; даже когда появились профессиональные медицинские журналы (в том числе «Народный гигиеническо-врачебный журнал для грамотных людей всех сословий»), их тиражи были настолько малы, что их читательская аудитория резко ограничивалась образованными слоями населения;

6) бюрократические барьеры и сопротивление консервативных кругов: введение новых обязательных санитарных норм иногда блокировалось консервативными чиновниками, считавшими гигиеническое просвещение только лишь излишним вмешательством в естественную жизнь народа; некоторые церковные деятели воспринимали медицинские новшества как некую угрозу традиционным, привычным догмам и устоям (например, вакцинация могла быть трактуема священником однозначно как «богопротивное дело»); местные власти нередко просто экономили на профилактике, выделяя средства лишь только в ответ на появление эпидемии, а не на предупреждение.

Такие, организационные факторы, как отсутствие централизации, разобщенность ведомств, нехватка кадров, слабая инфраструктура, бюрократия, неадаптированные методы работы, – делали санитарно-просветительскую деятельность малоэффективной. Совокупность социокультурных, экономических и организационных факторов препятствовала развитию здоровьесбережения населения в целом. Только к концу XIX столетия, с развитием земской медицины и ростом общественных инициатив, ситуация начала меняться, но до системного охвата всего населения было еще далеко.

Тем не менее, здоровьесберегающее просвещение, существовавшее в Российской Империи, заложило серьезные основы для последующего развития профилактической медицины. Однако вполне очевидно, что эффективность этой деятельности и перспективы ее развития были ограничены социокультурными и экономическими условиями эпохи.

В государстве создавались губернские врачебные управления, сформирован Медицинский департамент Министерства полиции, появилась «Комиссия по распространению гигиенических знаний в народе при Обществе русских врачей им. Пирогова», расширилась деятельность общественных объединений (в частности, «Комитет сестёр милосердия Красного креста», «Русское общество сохранения народного здоровья»).

## **2. Государственная система санитарного просвещения в СССР: институционализация и масштабы деятельности**

С образованием советского государства вопросы санитарного просвещения населения приобрели принципиально новый статус, превратившись из локальных и личных инициатив в системную государственную политику. В первые годы советской власти была создана принципиально новая организационная структура «Отдел санитарного просвещения при Народном комиссариате здравоохранения РСФСР» (1919 г.), что ознаменовало начало централизованного подхода к медицинскому просвещению. Правовой основой разворачиваемой деятельности стали декреты Советского правительства, в том числе «О мероприятиях по сыпному тифу» (1919) и «Об обязательном оспопрививании» (1919), «О санитарных органах республики» (1922)<sup>1</sup>. Эти документы заложили законодательную базу для создания всеобъемлющей системы профилактики заболеваний, причем не только инфекционных. В СССР медико-санитарное просвещение приобрело плановый и массовый характер.

Для решения поставленных задач, направленных на создание условий для здоровьесбережения населения, была создана многопрофильная и разветвленная инфраструктура, которая включила в себя следующие элементы:

1) стационарные просветительские учреждения: «Дома санитарного просвещения», специализированные диспансеры (туберкулезные, кожно-венерологические и другие), избы-читальни со специальными медицинскими уголками;

2) мобильные формы организационно-просветительской работы: особым образом оборудованные и оснащенные санитарно-просветительские автомобили; специальные агитпоезда; передвижные киноустановки;

3) инновационные для того времени формы санитарно-просветительской пропаганды: «Театры санитарного просвещения», тематические кинофильмы (к примеру, популярная лента «Туберкулез - заразная социальная болезнь»), диафильмы для детской аудитории, специально для детских садов и школ; «санитарные трехдневники» в крупных городах.

Особое внимание уделялось полиграфической продукции. Только в 1920-е годы по профилактике туберкулеза было издано 111 наименований брошюр общим тиражом 900 000 экземпляров<sup>2</sup>. Разработкой наглядных материалов занимались не только медики, но и профессиональные художники, писатели, кинематографисты, что обеспечивало высокое качество и доступность подачи информации для всего населения страны.

Важной особенностью советской системы санпросвета стало сочетание собственно лечебной и профилактической работы. Диспансеры выполняли тройную функцию:

- 1) лечение больных;
- 2) обследование всех контактных лиц;
- 3) массовая просветительская профилактика среди населения.

Такая централизованная система позволила в кратчайшие сроки добиться значительных успехов в борьбе с эпидемиями и повысить санитарную культуру населения, особенно в ранее отсталых сельских регионах. Масштабы работы

<sup>1</sup> Из истории календаря профилактических прививок в СССР / России // Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора. URL: <https://cgon.rosпотребnadzor.ru/istoriya/interesnye-fakty-iz-istorii/iz-istorii-kalendarja-profilakticheskikh-privivok-v-sssr-rossii>. (дата обращения.17.12.2024)

<sup>2</sup> Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора. URL: <https://cgon.rosпотребnadzor.ru>. (дата обращения.17.12.2024)

действительно были беспрецедентными - только в первые десятилетия советской власти санитарным просвещением было охвачено несколько десятков миллионов человек по всей стране.

В 1928 г. был создан «Институт санитарной культуры Мосздравотдела», в состав которого вошел «Экспериментальный театр отделения санитарного просвещения Московского губернского отдела здравоохранения». Театр показывал постановки о работе врачей, проводил ознакомительные лекции и беседы со зрителями, показывал «санитарные суды» над возбудителями инфекций или гражданами, не желающими соблюдать гигиену.

В подготовке сюжетов и игре на сцене театра принимали участие артисты, ученые, врачи. В подготовительной и актерской работе был задействован лично народный комиссар здравоохранения СССР Н.А. Семашко<sup>1</sup>.

В стране постепенно расширялся как спектр профилактических мероприятий, так и охват различных слоев населения. Медико-профилактическая работа приобрела комплексный характер, включив в себя несколько принципиально новых направлений:

1) расширение массово реализуемых профилактических программ: практически всеобщая вакцинация населения против значимых инфекционных заболеваний; системная борьба с детскими инфекциями (дифтерия, коклюш, корь, ветрянка); внедрение антипаразитологических мероприятий в сельском хозяйстве, в частности в животноводстве; разработка первых программ онкологической профилактики;

2) укоренение санитарного просвещения в системе образования: введение обязательных гигиенических разделов воспитательные программы детских садов и в учебные планы средних общеобразовательных школ, профессионально-технических училищ, высших учебных заведений, курсов повышения квалификации для рабочих и колхозников; разработка специализированных учебных программ и методических материалов;

3) использование новых медиатехнологий: запуск регулярной телевизионной программы «Здоровье»; разработка иллюстрированных брошюр и комиксов; выпуск анимационных фильмов просветительской медицинской тематики; создание специализированного детского контента, включающего серию диафильмов (в частности «Катя у медвежат»).

В многонациональной стране особое внимание уделялось языковой адаптации разрабатываемых санитарно-просветительских материалов. В том числе, в течение 1939-1941 гг. была проведена масштабная работа по переводу медицинской литературы на языки всех народов СССР, что значительно повысило доступность информации для национальных меньшинств.

Кроме того, военная сфера также стала важным элементом системы санитарного просвещения. Это время ознаменовалось такими нововведениями как:

1) установление обязательного «санитарного часа» в армейском распорядке; регулярное проведение занятий по личной гигиене, профилактике заболеваний, оказанию первой помощи;

2) использование демобилизованных военнослужащих как проводников санитарной культуры в гражданской жизни<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Из истории театра санитарного просвещения // Центр гигиенического образования населения. URL: <https://cgon.rosпотребnadzor.ru/istoriya/istoriya-sanitarnogo-prosveshcheniya/stanovlenie-i-razvitiye-sanitarnogo-prosveshcheniya-v-rossii-/v-prodolzhenie-temy-iz-istorii-teatra-sanitarnogo-prosveshcheniya>. (дата обращения.17.12.2024)

<sup>2</sup> Центр гигиенического образования населения Роспотребнадзора. URL: <https://cgon.rosпотребnadzor.ru>. (дата обращения.17.12.2024)

Важными результатами этой многоплановой работы стали: формирование единой системы санитарного просвещения, создание механизмов непрерывного гигиенического образования, разработка инновационных методов популяризации медицинских знаний, обеспечение всеобщего доступа к профилактической информации. Эти меры способствовали значительному повышению санитарной грамотности населения и создали основу для более позднего развития системы здравоохранения в СССР.

В условиях военного времени система санитарного просвещения в Советском Союзе претерпела существенную трансформацию, адаптируясь к экстремальным условиям. Государственная политика в этой сфере приобрела выраженный мобилизационный характер, что было вполне обусловлено крайней необходимостью решения комплекса критически важных задач. Они включали следующие компоненты:

1) учет специфики военного периода, а именно обострение эпидемиологических рисков вследствие массовых перемещений населения, ухудшения санитарных условий, нарушения системы водоснабжения, появление химического оружия, дефицит медицинских кадров на фронте и в тылу;

2) определение ключевых направлений работы: во-первых, массовая подготовка населения по основам первой медицинской помощи, противоэпидемическим мерам, санитарно-химической защите, во-вторых, создание системы донорства, в том числе формирование донорских кадров, пропаганда здорового образа жизни доноров, разработка отечественных фармацевтических препаратов, включая замещение импортных медикаментов и создание новых лекарственных форм;

3) подготовка методического обеспечения: во-первых, разработка специализированных агитационных материалов по санитарной обороне, по детскому питанию, по профилактике инфекций; во-вторых, ускоренная подготовка санитарных активистов: сокращенные программы обучения, практико-ориентированный подход, массовое вовлечение добровольцев;

4) разработка организационных механизмов просветительской работы: создание мобильных санитарных бригад, развертывание сети временных учебных пунктов, внедрение системы оперативного информирования населения.

Эффективность такой трансформированной системы можно подтвердить следующими важными результатами, такими как предотвращение крупных эпидемий на фронте и в тылу, формирование массового донорского движения, сохранение здоровья детского населения, поддержание санитарного благополучия в экстремальных условиях. Особого внимания заслуживает рассмотрение институциональной основы такой организованной деятельности, базирующейся на таких постулатах как централизованное управление из Наркомздрава, координация с военными и гражданскими ведомствами, использование всех доступных каналов коммуникации.

В целом можно заметить, что исторический опыт советской системы санитарного просвещения военных лет демонстрирует возможности быстрой адаптации профилактических санитарно-просветительских программ, эффективность мобилизационных моделей, важность государственного регулирования, высокое значение массового вовлечения населения. Эти принципы сохраняют свою актуальность при разработке современных систем противоэпидемического реагирования при возникновении кризисных ситуаций<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Становление и развитие санитарного просвещения в России // Центр гигиенического образования населения Роспотребнадзора. URL: <https://cgon.rosпотребnadzor.ru/istoriya/istoriya-sanitarnogo-prosveshcheniya/stanovlenie-i-razvitiye-sanitarnogo-prosveshcheniya-v-rossii>. (дата обращения.17.12.2024)

В послевоенный период советская система санитарного просвещения столкнулась с необходимостью решения комплекса медико-социальных проблем, вызванных последствиями военных действий. Реализация восстановительных мероприятий потребовала мобилизации значительных ресурсов различных профессиональных сфер, что привело к формированию уникальной межведомственной модели профилактической санитарно-просветительской работы.

Характерными особенностями данного периода можно считать такие:

1) создание междисциплинарных творческих коллективов совместно с медицинскими работниками; расширение профессионального состава участников-активистов: вовлечение специалистов культурной сферы, в частности кинорежиссеров, художников-графиков, литераторов, мультипликаторов;

2) международное признание эффективности советского подхода: получение престижных наград на специализированных конкурсах (например, мультипликационный фильм «Непьющий воробей» 1965 г. получил приз II Международного конкурса санитарно-просветительских фильмов; серия тематических плакатов стала победителем нескольких международных выставок);

3) целевая тематическая направленность просветительских материалов: профилактика инфекционных заболеваний, борьба с социально-обусловленными патологиями алкоголизма и табакокурения, решение вопросов репродуктивного здоровья, гигиеническое воспитание;

4) инновационные формы подачи санитарно-просветительской информации: художественные киноленты с медицинской тематикой, анимационные фильмы профилактической направленности, высокохудожественные плакатные серии, иллюстрированные брошюры массового распространения.

В целом эффективность усовершенствованной послевоенной системы санитарного просвещения подтверждается: широким общественным резонансом, высокой оценкой международного профессионального сообщества, доказанной результативностью в снижении заболеваемости, формированием устойчивых гигиенических навыков у населения.

Так, исторический опыт демонстрирует высокое значение междисциплинарного подхода в развитии профилактической медицины, эффективность культурно-просветительских методов воздействия, возможности творческой интерпретации медицинской информации, важность международного профессионального признания. Эти принципы и сегодня сохраняют свою актуальность при разработке современных программ санитарного просвещения, демонстрируя успешность интеграции медицинских знаний и культурно-просветительских практик (Ершов, 1953).

В процессе эволюции системы массового медицинского просвещения в СССР произошла существенная трансформация организационных форм и содержательных приоритетов. Наблюдается четкая тенденция к децентрализации профилактической работы и ее интеграции в повседневную практику медицинских и образовательных учреждений. Этот процесс характеризовался целым комплексом следующих особенностей:

1) структурная реорганизация профилактической работы: во-первых, создание разветвленной сети специализированных подразделений, таких как центры здоровья, кабинеты медицинской профилактики в поликлиниках, профильные консультационные пункты в детских учреждениях, «Школы материнства» при женских консультациях; во-вторых, разработка целевых программ для различных социальных групп, таких как профессиональные коллективы, беременные женщины, родители детей раннего возраста, учащаяся молодежь;

2) тематическая эволюция просветительской деятельности: переход от узкоспециализированного санитарно-гигиенического просвещения к комплексной

пропаганде здорового образа жизни; разработка специализированных программ по здоровьесбережению; профилактика профессиональных заболеваний (на примере издания «Твои глаза», 1969 г.<sup>1</sup>); формирование здоровьесберегающего поведения; пропаганда профилактических медицинских осмотров;

3) методическое обеспечение профилактической работы по здоровьесбережению: создание стандартизованных образовательных программ, разработка специализированных пособий для различных целевых групп; внедрение интерактивных форм обучения (школы здоровья, тренинги, практикумы);

4) кадровая политика: подготовка специалистов по медицинской профилактике, привлечение узких специалистов к просветительской работе, создание единой системы межведомственного взаимодействия.

Данная трансформация отражала общую тенденцию развития советской системы здравоохранения: к профилактической направленности, к учету специфики различных социальных групп, к интеграции медицинских и педагогических подходов, к созданию устойчивых институциональных форм.

Результатом такой работы стало формирование многоуровневой системы здоровьесберегающего просвещения, сочетающей в себе массовые формы профилактической работы, индивидуализированный подход к различным категориям населения, научно обоснованные методики воздействия, постоянный мониторинг эффективности.

### **3. Здоровьесберегающее просвещение населения в странах СНГ**

Период после распада Советского Союза характеризовался глубоким системным кризисом в сфере медицинского просвещения (Вербицкая, 2021) и профилактики заболеваний (Прохоров, 1999). как инфекционного, так и неинфекционного характера (Прохоров, 2001). Социологический анализ данного этапа позволяет выделить несколько ключевых аспектов, характеризующих данную работу в странах СНГ:

1) институциональный коллапс системы здравоохранения: во-первых, резкое сокращение финансирования профилактических программ, дезинтеграция ранее единой системы санитарного просвещения; во-вторых, массовое закрытие медицинских учреждений первичного звена, включая особенно выраженное в сельской местности, приводящее к катастрофическому снижению доступности медпомощи;

2) медико-демографические последствия, в том числе, во-первых, рост показателей инфекционной заболеваемости, увеличение распространенности сердечно-сосудистых патологий, онкологических заболеваний, психических расстройств; во-вторых, ухудшение показателей, в частности детской и младенческой смертности, преждевременной смертности взрослого населения, инвалидизации населения;

3) факторы ухудшения общественного здоровья, включая такие как социально-экономическая дестабилизация, массовые психоэмоциональные стрессы, снижение качества и доступности медицинской помощи, разрушение системы профилактики заболеваний.

Современный этап характеризуется постепенным восстановлением системы здоровьесберегающего просвещения (Аксенова. Горбатов, 2024), однако с существенными качественными изменениями.

---

<sup>1</sup> Книжная полка санпросвета. Твои глаза // Центр гигиенического образования населения Роспотребнадзора. URL: <https://cgon.rosпотребнадзор.ru/istoriya/istoriya-sanitarnogo-prosveshcheniya/knizhnaya-polka-sanprosveta/knizhnaya-polka-sanprosveta-tvoi-glaza>. (дата обращения.17.12.2024)

Во-первых, диверсификация субъектов социально-медицинской просветительской деятельности за счет таких акторов как государственные медицинские учреждения, муниципальные центры здоровья, общественные организации (Горский, Волкова, 2020), частные медицинские структуры.

Во-вторых, решение проблем по координации междисциплинарной профилактической работы, сопровождающееся такими обстоятельствами как отсутствие единой концепции, разрозненность программ и инициатив, несистемный характер мероприятий.

В-третьих, постепенная и усиливающаяся цифровая трансформация медицинского просвещения, характеризующаяся массовым распространением интернет-ресурсов, возникновением острой проблемы достоверности информации, в том числе наличия низкокачественных научно-обоснованных материалов, распространение псевдомедицинских советов, появление рисков самодиагностики и самолечения.

В-четвертых, активное возрождение профилактического направления в профилактической медицине, включая постепенное восстановление системы диспансеризации, развитие школ здоровья, внедрение современных форм санитарного просвещения.

Данная диверсификация отражает общие тенденции: перехода от государственной монополии к плюрализму субъектов; глобализации информационного пространства; необходимости выработки новых механизмов контроля качества информации; поиска баланса между традиционными и инновационными формами работы.

Современные вызовы, связанные с угрозами пандемий, депопуляции, инвалидизации, требуют разработки научно обоснованных критериев оценки информации (Алексеёнок, Каира, Кондратова, 2024), эффективных механизмов популяризации доказательной медицины, системы профессиональной экспертизы интернет-контента, моделей интеграции различных субъектов профилактической работы.

Опыт профилактической работы, проводимой в республиках СССР, представляет значительный интерес для современных исследований в области социологии здоровья, медицинской антропологии, истории профилактической медицины, социальной политики в сфере здравоохранения.

### **Заключение**

Таким образом, сравнительно-исторический анализ развития здоровьесберегающего просвещения в Российской Империи, СССР и постсоветских странах Союза Независимых Государств (СНГ) позволяет выделить ключевые тенденции, характеризующие эволюцию рассматриваемого явления. На протяжении веков система санитарного просвещения трансформировалась от локальных инициатив до централизованной государственной политики, демонстрируя как преемственность подходов, так и их адаптацию к изменяющимся социально-экономическим и политическим условиям.

Так, изначально в Российской Империи закладывались основы гигиенического просвещения, однако его эффективность ограничивалась социокультурными, экономическими и организационными барьерами. Несмотря на это, уже в этот период были сформулированы основополагающие принципы, которые позже легли в основу советской системы здравоохранения, а далее и стран СНГ. Это такие принципы как: важность своевременной профилактики, необходимость масштабного вовлечения населения и использование всего комплекса доступных форм коммуникации.

Советский период ознаменовался созданием централизованной системы санитарного просвещения, которая стала неотъемлемой частью государственной политики во всем республиках СССР. Институционализация централизованной системы, включая создание специализированных учреждений, разработку методических материалов и внедрение инновационных форм работы, позволила достичь значительных успехов в снижении заболеваемости и повышении санитарной культуры населения. Особенно ярко это проявилось в условиях военного времени в период II-й Мировой войны, когда мобилизационная модель доказала свою эффективность в борьбе с эпидемиями и сохранении общественного здоровья.

Распад СССР привел к глубокому кризису в системе здравоохранения и санитарного просвещения стран СНГ. Однако современный этап характеризуется постепенным восстановлением и адаптацией к новым реалиям, включая цифровизацию и диверсификацию как субъектов, так и видов просветительской деятельности. В современных условиях сохраняются некоторые прежние недостатки, связанные с разрозненностью субъектов профилактической работы, и появляются новые трудности, обусловленные доступностью непрофессиональной информации, размещенной на разных ресурсах сети Интернет. Тем не менее, опыт, разработанный и успешно апробированный в республиках советского государства, сегодня остается максимально актуальным для разработки современных стратегий здоровьесбережения в странах СНГ.

Таким образом, здоровьесберегающее просвещение в странах СНГ демонстрирует, с одной стороны, преемственность подходов, унаследованных от советской системы, и, с другой стороны, их диверсификацию в условиях появления новых вызовов. Исторический опыт подчеркивает важность государственной поддержки, междисциплинарного сотрудничества и адаптации медико-просветительской работы к потребностям населения, что остается ключевыми векторами для будущего развития этой сферы.

#### **Список литературы:**

1. Аксенова Е.И. Анализ международных трендов в смещении модели оказания медицинской помощи к управлению здоровьем: экспертный обзор / Е.И. Аксенова, С.Ю. Горбатов. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – 28 с.
2. Алексеёнок А.А. Социальное здоровье современной студенческой молодёжи: социологический анализ / А.А. Алексеёнок, Ю.В. Каира, Е.К. Кондратова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 4. – С. 748-754. DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-748-754.
3. Вербицкая О.М. Медицинская сфера в 1990-е гг. и здоровье жителей российского села // Экономическая история: ежегодник. 2022. Т. 2021. С. 270. – EDN PSOXKA.
4. Горский А.А. Медицинская благотворительность: основные направления деятельности зарубежных некоммерческих организаций / А.А. Горский, О.А. Волкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 5. – С. 701-704. – DOI 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-701-704.
5. Ершов В.С. История развития, организация и методы работы домов санитарного просвещения: дис. ... канд. медиц. наук. Москва: Издательство Центрального института санитарного просвещения, 1953. –377 с.
6. Ломоносов М.В. О размножении и сохранении российского народа. [Письмо к И.И. Шувалову от 1 ноября 1761 г.] / Сообщ. П.П. Пекарским // Русская старина, 1873. – Т. 8. – № 10. – С. 563-580.

7. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России в прошлом, настоящем и будущем // Проблемы прогнозирования. – 2001. – № 1. – С. 148-163.
8. Прохоров Б.Б. Кризисы общественного здоровья в России и СССР в XX веке / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова // Мир России. Социология. Этнология. – 1999. – Т. 8, № 4. – С. 125-137.
9. Ярашева, А. В. Современные здоровьесберегающие практики россиян / А. В. Ярашева, С. В. Макар, Н. В. Аликперова // Народонаселение. – 2023. – Т. 26, № 2. – С. 127-138. – DOI 10.19181/population.2023.26.2.11. – EDN XOZVXW.
10. Татарова, Г. Г. Здоровьесберегающее поведение молодёжи: формирование типообразующих признаков методом неоконченных предложений / Г. Г. Татарова, А. В. Чиркова // Социологическая наука и социальная практика. – 2024. – Т. 12, № 1. – С. 25-61. – DOI 10.19181/snsp.2024.12.1.2. – EDN GWRDZA.

#### **Сведения об авторах:**

**Волкова Ольга Александровна**, доктор социологических наук, профессор, главный научный сотрудник, e-mail: volkovaoa@rambler.ru, SPIN-код: 1780-5071, AuthorID: 690209, <https://orcid.org/0000-0001-5325-0730>

**Чиж Нина Васильевна**, зав. отделом Российской музей медицины, адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д.12, строение 1, e-mail: nina-chizh@yandex.ru, SPIN-код: 4892-2876, AuthorID: 563332, <https://orcid.org/0000-0003-2384-6546>

<sup>1</sup>Институт демографических исследований ФНИСЦ Российской академии наук, адрес: 119333, Россия, г. Москва, ул. Фотиевой, дом 6, корпус 1.

<sup>2</sup> Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

1. Aksanova, E.I. and Gorbatov, S.Yu. (2024) *Analysis of international trends in the shift of the medical care model to health management: an expert review*. Moskva: GBU NIIQZMM DZM. 28 p. (In Russ.)
2. Alekseenok, A.A. and et all (2024) Social health of modern student youth: a socio-logical analysis. Problems of social hygiene, public health and the history of medicine. T. 32, № 4. p. 748-754. (In Russ.) DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-748-754.
3. Verbickaya, O.M. (2022) The medical field in the 1990s and the health of Russian rural residents. *Economic History: Yearbook*. T. 2021. S. 270. (In Russ.) – EDN PSOXKA.
4. Gorskij, A.A. and Volkova, O.A. (2020) Medical charity: the main activities of foreign non-profit organizations. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. T. 28, no.S, p.701-704. (In Russ.) DOI 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-701-704.
5. Ershov, V.S. (1953) History of development, organization and methods of operation of health care homes]: dis. ... kand. medic. nauk. Moskva: Izdatel'stvo Central'nogo instituta sanitarnogo prosveshcheniya. 377 p. (In Russ.)
6. Lomonosov, M.V. (1873) About the reproduction and preservation of the Russian people. / Soobshch. P.P. Pekarskim. *Russian antiquity*, 1873. T. 8. no. 10. p. 563-580. (In Russ.)
7. Prohorov, B.B. (2001) The health of the Russian population in the past, present and future. *Forecasting problems*. no. 1.p. 148-163. (In Russ.)
8. Prohorov, B.B. (1999) Public health crises in Russia and the USSR in the 20th century / B.B. Prohorov, I.V. Gorshkova. The world of Russia. Sociology. Ethnology. T. 8, no. 4. p. 125-137. (In Russ.)

9. Yarasheva, A. V., Makar, S. V. and Alikperova. N. V. (2023) Modern health preserving practices of Russians. *Population*. Vol. 26, no. 2. P. 127-138. (In Russ.) DOI 10.19181/population.2023.26.2.11. - EDN XOZVXW.
10. Tatarova, G. G. and Chirkova, A. V. (2024) Health-preserving behavior of young people: formation of type-forming features using the method of unfinished sentences. *Sociological science and social practice*. Vol. 12, no. 1. P. 25-61. (In Russ.) – DOI 10.19181/snsp.2024.12.1.2. – EDN GWRDZA.

#### **About the authors:**

**Olga A. Volkova**, Doctor of Sociological Sciences, Professor , Chief researcher at the Institute of Demographic Research of the Federal Scientific Research Center of the Russian Academy of Sciences, address: 119333, Russia, Moscow, st. Fotieva, house 6, building 1, e-mail: volkovaoa@rambler.ru, SPIN code: 1780-5071, AuthorID: 690209, <https://orcid.org/0000-0001-5325-0730>.

**Nina V. Chizh**, Head Department of the Russian Museum of Medicine, National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, address: 1,building, 12, st. Vorontsovo Pole, 105064, Moscow, e-mail: nina-chizh@yandex.ru, SPIN-code: 4892-2876, AuthorID: 563332, <https://orcid.org/0000-0003-2384-6546>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов:** все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и написание статьи, Все авторы – утвердили окончательный вариант статьи, несут ответственность за целостность всех частей статьи.

The authors declare no conflict of interest.

**Authors' contribution:** all authors made an equal contribution to the research and writing of the article. All authors - approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.