И. В. Журавлева

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ индивида и общества

НАУКА

РОССИЙСКАЯ
АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИОЛОГИИ

И. В. Журавлева

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ

индивида и общества

МОСКВА НАУКА 2006

УДК 316.3/4
ББК 60.56
Ж91

Издание осуществлено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ) проект № 06-03-16107д

Рецензенты:
доктор философских наук А.И. АНТОНОВ,
доктор экономических наук В.Д. ШАПИРО

Журавлева И.В.
Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева ; Ин-т социологии РАН. – М. : Наука, 2006. – 238 с. ISBN 5-02-035368-X (в пер.).

В монографии рассмотрено социальное явление "отношение к здоровью" – его историческая трансформация, особенности теоретического изучения, эмпирические показатели, факторы и социальные институты, воздействующие на его формирование. Анализ дан применительно к двум составляющим этого явления – отношению к здоровью индивида и к общественному здоровью. Показано доминирующее значение поведенческих факторов. На материалах отечественных и международных сравнительных исследований выявлены социокультурные особенности поведения россиян в сфере здоровья.

Книга предназначена для социологов, специалистов здравоохранения, образования и всех интересующихся проблемами социологии здоровья.

По сети "Академкнига"
ISBN 5-02-035368-X

© Институт социологии РАН, 2006
© Журавлева И.В., 2006
© Редакционно-издательское оформление. Издательство "Наука", 2006

ВВЕДЕНИЕ

Интерес к проблемам здоровья и поведению, с ним связанному, стал расти во второй половине XX в., когда на первые места в структуре заболеваемости и смертности вышли болезни, вызванные не внешними, а внутренними (поведенческими) причинами. В то же время появились негативные тенденции здоровья населения, которые усилились в период социально-экономических трансформаций в 90-е годы прошлого века и поставили общество перед необходимостью радикальных изменений в данной сфере. Становилось все более очевидным, что медицина не в состоянии обеспечить необходимый уровень здоровья населения, которое стало рассматриваться как элемент экономической и духовной жизни общества, в значительной мере влияющий на благополучие страны.

Отношение к здоровью как социальное явление включает в себя, с одной стороны, отношение к здоровью самого индивида, что близко каждому из нас. Поэтому важно знать, от чего зависит это отношение и какое состояние здоровья оно нам обеспечивает. С другой стороны, отношение к здоровью на государственном уровне, что подразумевает соответствующую законотворческую деятельность, финансирование сфер здравоохранения, образования, культуры, досуга, окружающей среды. Успешность этих действий в значительной степени зависит от наличия идеологии здоровья, направленной на сохранение здоровья и формирование разумного отношения к нему.

Сегодня специалисты все чаще пишут о том, что медицина только лечит болезни, а заниматься здоровьем предстоит самому человеку. Но его должны научить тому, *как* заботиться о здоровье, обеспечить необходимый материальный уровень жизни, создать социальные нормы, поощряющие здоровый образ жизни.

Стремление понять, как изменение отношения к здоровью может повлиять на неблагоприятные тенденции общественного здоровья обусловило обращение к данной теме.

Работа основывается на исследованиях, проводимых с 1984 г. в Институте социологии РАН при моем участии, а с 1987 г. – под моим руководством. Это серия исследований, осуществленных по

единой программе и анкете "Ваше здоровье" в 9 городах: Черновцах, Саратове, Вильнюсе, Шауляе, Москве, Оренбурге, Мурманске, Душанбе, Тбилиси. Всего было опрошено в период 1985–1991 гг. около 5 тыс. горожан в возрасте от 16 до 60 лет по трехступенчатой территориальной случайной выборке.

Исследование по международной программе МОНИКА (ВОЗ) совместно с ГНИЦ профилактической медицины Министерства здравоохранения РФ в 1988 и 1995 гг. (Москва) состояло в проведении двух скринингов, в ходе которых по случайной выборке было опрошено 835 и 1325 респондентов соответственно. Изучалась распространенность психосоциальных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Исследование "Отношение к здоровью русских и финнов" было осуществлено в Москве (545 респондентов) и Хельсинки (824 респондента) в 1991 г. методом почтового опроса. Опрос взрослого населения от 18 до 64 лет осуществлялся по репрезентативной выборке.

Международное исследование "Здоровье подростков и окружающая среда" было проведено в 1995–1996 гг. в России, Финляндии и Эстонии по единой методике. Опросы школьников 15–17 лет осуществлялись в Москве, Оренбурге и Абакане (1004 чел.), в Хельсинки (1396 чел.), в Таллине (1268 чел.). Отбор городов и учебных заведений в них был многоступенчатым с применением квотной и случайной выборок.

Экспертный опрос "Проблемы здоровья подростков (Москва, 1998 г.)" проводился в форме интервью по шести темам, отражающим влияние на здоровье детей и подростков институтов семьи, школы, системы здравоохранения, средств массовой информации. Было опрошено 30 экспертов, представлявших управленцев высшего и среднего уровня, руководителей детских учреждений, учителей, медиков, родителей подростков.

Содержательный анализ газетных публикаций по теме "Отражение проблем здоровья в печати" за 1-е полугодие 1999 г. в восьми центральных газетах – "Российской газете", "Известиях", "Московской правде", "Советской России", "Правде", "Комсомольской правде", "Московском комсомольце" и "Труде" – включал 114 публикаций, в которых была выделена 21 тема, связанная со здоровьем.

Исследование "Репродуктивное здоровье подростков: социокультурный и гендерный аспекты" (Тверь, 2001 г.) состояло из опроса школьников (316 чел.) и их родителей (132 чел.). Цель исследования заключалась в изучении репродуктивных установок подростков и факторов, влияющих на их формирование.

Экспертный опрос на тему «Половое просвещение подростков: "за" и "против"» (Москва, 2002 г.) был направлен на выяснение мнения экспертов о том, насколько необходимо такое просвещение, что оно должно включать, кто мог бы его осуществлять и что мешает внедрению подобного просвещения. Опрос проводился в форме интервью с экспертами (30 чел.) – депутатами Государственной Думы, госслужащими ряда министерств, научными сотрудниками, медицинскими работниками высшего управленческого звена, педагогами – директорами школ и гимназий.

Анализ образовательных программ в сфере здоровья и полового просвещения (Москва, 2002 г.) включил рассмотрение трех видов программ: 1) формирования здорового образа жизни; 2) полового просвещения; 3) профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании. Всего – 20 программ.

Работа также базируется на анализе вторичных данных, документов государственных и общественных организаций, законодательных актов, материалов информационных периодических изданий.

Все эти исследования – результат многолетней работы коллектива сотрудников сектора социальных проблем здоровья Института социологии РАН. Я признательна всем моим коллегам, которые внесли свой важный вклад в эту работу – А.И. Антонову, Л.С. Шиловой, Н.В. Лакомовой, Т.А. Демичевой, З.И. Пейковой, И.Л. Никитиной. Выражаю благодарность нашим финским коллегам – Х. Палосуо, А. Уутела, А. Хауккала, Х. Муссало-Раухама, П. Хокка – за многолетнее плодотворное сотрудничество.

Глава I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ

1.1. ИСТОРИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ

Отношение к здоровью, которое является одной из фундаментальных характеристик человеческого существования, осмысливается каждой культурой и каждой эпохой исходя из существующих ценностей и традиций. При этом следует различать отношение к индивидуальному здоровью и общественному. История первого насчитывает почти две тысячи лет и восходит к медицине Древней Греции и Древнего Рима. В античной греческой философии здоровье человека понималось как равновесие жизненных сил. Так, Платон писал, что в организме человека все подчинено закону, который определяет единство организма и среды, всеобщую гармонию. В эпоху средневековья нарушения в здоровье объяснялись греховностью человека и, соответственно, наказанием за его грехи.

Однако концепция общественного здоровья насчитывает немногим более двухсот лет. Ее возникновение связано с историческими событиями конца XVIII в. Великая Французская революция и другие политические события того времени оставили свой след в программных документах по вопросам здоровья населения прежде всего потому, что утверждавшемуся капитализму нужна была здоровая рабочая сила и постоянный прирост населения. И хотя проблема здоровья населения рассматривалась прогрессивными мыслителями и врачами еще в эпоху Возрождения, значимость здоровья как социального явления не поднималась до государственных масштабов, как это произошло в XIX в., когда в Англии был создан законодательный устав "Охрана народного здоровья"[1].

Россия позднее западноевропейских государств вступила в период капиталистического развития. Но еще в XVIII в. М.В. Ломо-

носов высказал идеи и предложил практические рекомендации по сохранению и укреплению здоровья крестьян путем распространения культуры, научных и медицинских знаний, осуществления законодательных мер по борьбе с вредными обычаями и предрассудками[2]. В реальности же ученые-медики и врачи-практики изучали преимущественно здоровье представителей господствующего класса. А философы занимались изучением проблем здоровья и болезни как соотношения духовного (души) и материального (тела). Каждый исторический период развития отличался определенным характером общественного здоровья, а концепция его неизменно становилась предметом острого идеологического спора.

Первую отечественную систему государственных общественных и гигиенических мероприятий, направленных на формирование общественного здоровья, разработал профессор С.Г. Забелин в "Слове о вреде, проистекающем от содержания себя в теплоте излишней" и в "Слове о правильном воспитании с младенчества" (1773, 1775). В диссертации И.Л. Данилевского "О наилучшем медицинском управлении" (1760) доминирует идея о взаимосвязи здоровья населения с общей и санитарной культурой, с одной стороны, и религиозными предрассудками и суевериями – с другой.

Итальянец Бернардино Рамаццини в конце XVII–начале XVIII вв. выступил с теорией о первостепенном значении характера и условий труда для ряда заболеваний, многие из которых позже отнесли к числу профессиональных. Об этом он писал в своей книге "О болезнях ремесленников" (1700). Социалисты-утописты Т. Мор, Т. Кампанелла, Ф. Фурье, К. Сен-Симон, Р. Оуэн общественную организацию будущего непременно связывали со здоровым трудом, бытом, с гигиеническим образом жизни, обеспечивающим жителям "Утопии" или "Города солнца" гармоническое физическое и психическое развитие. Врачи-просветители Ж. Ламетри, П. Кабанис и другие не уставали писать об ответственности общества за здоровье своих граждан, требовали обеспечения таких социальных условий, которые бы способствовали полезной для здоровья человека и общества деятельности.

Отечественные медики неоднократно подчеркивали взаимосвязь состояния здоровья человека и окружающей его среды. Выдающийся клиницист Г.А. Захарьин писал: "Будущее принадлежит медицине предупредительной, или гигиене в широком смысле слова"[3]. Он призывал исследовать не только вредные индивидуальные привычки, обычаи, но и негативные черты образа жизни целых поколений.

Параллельно со взглядами на здоровье медиков и выдающихся общественных деятелей на протяжении всей истории человечества существовала религиозная парадигма здоровья[4], согласно которой жизнь и смерть понимались как дар Бога. Попытки улучшить здоровье трактовались как вмешательство в компетенцию Всевышнего. Обязанности врача сводились лишь к уменьшению страданий больного. Христианство не создавало культа болезни, но оправдывало ее и признавало нормой человеческого бытия.

С середины XIX столетия продолжительность жизни в странах Западной Европы начинает расти, успехи медицины становятся очевидными. Религиозная парадигма здоровья начинает уступать свои позиции биомедицинской. Медицина становится все более доступной населению и романтизация болезни, немощи, слабости изгоняется из системы культурных ценностей. Новое отношение к болезни наиболее резко определил Ф. Ницше: "Быть больным – это преступление". Растущий культ здоровья выразился в организации первых после длительного перерыва Олимпийских игр в 1896 г. В первой половине XX в. объективная историческая потребность в улучшении здоровья населения была реализована в СССР. Физкультура и спорт стали действительно массовыми. Были выделены огромные материальные средства на развитие медицины, что привело к ряду важных для здоровья открытий. Но в начале 1960-х годов триумф медицины как главного фактора улучшения здоровья населения подвергся серьезной критике, с которой началось ограничение биомедицинской парадигмы здоровья. Р. Дюбо в книге "Мираж здоровья"[5] обвинил современное общество в порождении ряда болезней и усомнился в ведущей роли медицины.

Спустя четверть века эти идеи были развиты в известной книге И. Иллича "Медицинская опасность"[6]. Он описал ущерб, наносимый людям медицинской помощью (некомпетентность медиков, их незаинтересованность в здоровых людях, ослабление у населения самосохранительного поведения вследствие патерналистского характера медицины), и призвал к деиндустриализации и депрофессионализации общества, что должно привести к повышению самозаботы и самодостаточности людей, обеспечению им здоровых социальных условий.

Третьей программной публикацией в истории трансформации категории "отношение к здоровью" является книга Т. Маккеона "Роль медицины: мечта, мираж или опасность?"[7]. Автор считает, что главными детерминантами здоровья или болезни являются внешние социальные факторы (жилищные условия, ка-

чество питания, уровень жизни) и индивидуальное поведение человека. При этом ответственность за здоровье он возлагает, прежде всего, на самого человека, а уж затем – на общество и государство.

Итак, переход от биомедицинской к социальной парадигме здоровья был обусловлен рядом причин: несостоятельностью медицины при объяснении популяционных, социально-культурных изменений в здоровье населения, беспомощностью медицины в лечении ряда болезней при росте стоимости материально-организационной сферы здравоохранения, а также ввиду полного безразличия медицины к здоровью здоровых.

Указанные процессы в сфере общественного здоровья совпали с социально-политическими изменениями в ряде стран. В 60–70-е годы в мире стали преобладать демократические настроения с ориентацией на социальную политику. Знаменательным событием в этом ряду было принятие в 1979 г. Всемирной организацией здравоохранения стратегической Декларации "Здоровье для всех к 2000 г.", которая, по сути, явилась программой будущих социальных преобразований мира и основой социальной парадигмы здоровья с рядом основных характеристик: 1) признание в качестве базового определения ВОЗ, по сравнению с определением 1948 г., здоровья не просто как отсутствия болезней, но и как состояния физического, психического и социального благополучия; 2) признание в качестве объекта здравоохранения не только отдельного человека, но и населения; 3) признание опосредованного воздействия социальных факторов на здоровье человека; 4) признание взаимозависимости человека и общества, которая обусловливает значимость социально-культурных различий людей в качестве ведущего фактора[8].

Эта социальная парадигма, по мнению А.А. Баранова, обеспечивает связь качества здоровья населения с типом общественного устройства. Общество и человек – взаимнообусловлены. Понятия "здоровый" и "больной" – не столько медицинские, сколько социально-нормативные, которые основываются на представлениях о полноценности человека, принятых в данной культуре. Здоровье человека и населения может быть рассмотрено как один из видов социального норматива.

Применение этих постулатов к российской действительности середины XX в. показывает, что отношение к общественному и индивидуальному здоровью определялось тогда структурой заболеваемости населения, плохими материально-бытовыми и производственными условиями, низким уровнем гигиенической культуры. Драматизм ситуации вынуждал заниматься активной мас-

совой санитарной пропагандой, доступной и малограмотным людям, внедряемой в массовое сознание посредством использования методов наглядной агитации (стендов, плакатов), чтения лекций, издания листовок, брошюр, газет, создания фильмов силами домов санитарного просвещения, санэпидемстанций и лечебных учреждений всех уровней. Эта массированная пропаганда была обязанностью не только системы здравоохранения, но всего государства. Общественное здоровье в партийных документах провозглашалось одним из приоритетов социальной политики и, по сути, было таковым. Отношение к индивидуальному здоровью ограничивалось требованием соблюдения гигиенических норм – основы борьбы с инфекционными и паразитарными заболеваниями – и заботой о здоровье в случае болезни. Ценность индивидуального здоровья не артикулировалась. Система ценностей, присущая социалистическому государству, и патерналистский характер советского здравоохранения обусловливали отношение людей к своему здоровью как к общественному достоянию, и они, соответственно, готовы были пожертвовать им в случае необходимости ради общественных интересов.

Понятия личной свободы, права личности откровенно попирались. Нагляднее всего это проявлялось в жестком контроле за динамикой социально опасных заболеваний (венерических болезней, психических расстройств, алкоголизма, наркомании). Так, лечение венерических болезней имело принудительный характер. Кожно-венерологические диспансеры, помимо оказания медицинской помощи, выполняли работу, сходную, по сути, с работой следственного отдела прокуратуры по выявлению больных венерическими болезнями. С точки зрения здравоохранения, это давало огромный положительный эффект, а мнением заболевших никто не интересовался, проставляя в листке нетрудоспособности штамп кожно-венерологического диспансера и указывая диагноз[9]. Ценность общественного здоровья доминировала.

Впоследствии в результате повышения уровня жизни, улучшения бытовых условий, роста санитарно-гигиенической культуры населения в сочетании с широко организованной массовой вакцинацией и профилактикой произошло сокращение заболеваемости населения инфекционными болезнями и выросла средняя продолжительность жизни.

С 60-х годов прошлого века СССР был в числе стран с наиболее низкой смертностью. Рост продолжительности жизни прекратился в 1965 г., когда наша страна по этому показателю (64 года – у мужчин, 72 года – у женщин)[10] отставала от развитых стран всего на 2–3 года.

К этому же периоду относится изменение типа патологии – первые места в структуре заболеваний и смертности заняли неинфекционные хронические заболевания: сердечно-сосудистые, онкологические, травматизм и несчастные случаи. Это требовало изменения стратегии здравоохранения – переориентации на профилактику, поиск факторов риска наиболее распространенных хронических заболеваний и формирование здорового образа жизни. Последнее направление деятельности непосредственно зависело от уровня общественного развития, определяющего те или иные условия жизни населения. В этот период времени и в дальнейшем здоровье населения уже не было в числе приоритетов социальной политики государства. Снижение финансирования здравоохранения происходило именно тогда, когда переход к новой стратегии требовал значительного увеличения средств на ее осуществление, в то время как на Западе доля затрат на здравоохранение была увеличена в 2–3 раза[11]. Причем больше средств стало тратиться не только на медицинские нужды, но также на профилактику и пропаганду здорового образа жизни. В России стало традиционным финансирование охраны здоровья по остаточному принципу, и в этом проявлялось пренебрежение ценностью как общественного, так и индивидуального здоровья.

Фактически на государственном уровне объектом социальной политики в здравоохранении стали массовые заболевания и люди, подверженные им. Здоровый человек оказался вне зоны внимания здравоохранения. И хотя польза здорового образа жизни продолжала пропагандироваться, материальная обеспеченность и жизненные обстоятельства большинства населения не соответствовали нормативным требованиям здорового образа жизни, не способствовали адекватному восприятию этих лозунгов и их практической реализации. Бесплатное, доступное медицинское обслуживание укрепляло представление населения о том, что забота о его здоровье лежит всецело на здравоохранении, и ограничивало его собственную активность в этом направлении.

Переход общества от стагнации к динамичным переменам вызвал необходимость в кардинальных изменениях жизненных стратегий людей, в том числе в сфере здоровья.

Низкий уровень санитарно-гигиенической культуры и самосохранительного поведения населения в дореформенные годы обусловливал низкую ценность здоровья, которое фактически рассматривалось человеком как жизненный ресурс, средство достижения других значимых для индивида целей. По данным наших исследований, в конце 80-х годов на вопрос о том, при каких условиях респонденты пошли бы работать на производство с

вредными условиями труда, только 27% ответили "ни при каких условиях". А 70% опрошенных согласились бы работать ради большого заработка, получения квартиры, увеличения пенсии.

Перестройка и реформирование во всех сферах социально-экономической жизни происходили на фоне постоянного психоэмоционального напряжения людей, ухудшения экологии, качества питания, бытовых условий жизни, что отразилось на показателях заболеваемости хроническими болезнями. Наряду с этим началась реставрация эпидемиологической структуры заболеваемости, т.е. возвращение побежденных ранее инфекционных заболеваний. В 1995 г. было выявлено больных активным туберкулезом в 1,7, сифилисом – в 33,4, чесоткой – в 13,8, дифтерией – в 30,1 раз больше, чем в 1990 г.[12] Столь резкое, всего за пятилетие, ухудшение эпидемиологической обстановки в стране связано с разрушением советской системы здравоохранения путем ее непродуманного реформирования.

Рыночные отношения существенно ухудшили материально-бытовые условия жизни большей части населения России, а увеличение доли платных услуг в системе здравоохранения привело к росту неравенства в этой сфере. Ухудшению общественного здоровья способствовала также стихийно сложившаяся практика, при которой болезнь работников частных фирм и организаций не одобряется руководством и, как правило, за исключением тяжелых случаев, переносится "на ногах" без оформления больничного листа. Не способствует улучшению здоровья и сокращенная фактическая продолжительность годового отпуска в частных фирмах. Работающие в бюджетных организациях вынуждены работать в нескольких местах одновременно, что отрицательно сказывается на их физическом и психическом самочувствии.

Ценность индивидуального здоровья в этой социально-экономической ситуации постоянно растет, но лишь как инструментальная ценность – как средство достижения жизненных благ (престижной работы, материального благополучия и т.п.). При этом, если работники частного сектора имеют материальные возможности (при дефиците времени) и сформированную, но пока недостаточно реализуемую, потребность в заботе о здоровье, то работники государственных бюджетных организаций не имеют ни средств, ни возможности для цивилизованного поддержания здоровья. Их задача – выжить, адаптироваться к происходящим переменам и дождаться изменения социальной политики государства в отношении здоровья населения.

Наиболее "пострадавшей" группой населения в связи с отношением к здоровью являются дети и подростки (до 19 лет), доля

которых в численности населения в 2004 г. составила 24,4%[13]. Тенденции ухудшения их здоровья в последние 15 лет наиболее негативны по сравнению с другими возрастными группами населения, что чревато последствиями во взрослой жизни. Тем не менее эти факты не являются причиной для кардинальных изменений в области образования детей и подростков в сфере здоровья, формирования у них соответствующих ценностей, потребностей и позитивного самосохранительного поведения. Ситуация осложняется резко уменьшившимся в годы реформ числом бесплатных физкультурных и досуговых детских учреждений.

Новым направлением в современных условиях является восприятие здоровья и отношения к нему как к мере человеческих возможностей[14]. "Когда мы пытаемся описать опыт здоровья, – пишет современный феноменолог Д. Ледер, – нас поражает то, как мало мы обычно фокусируемся на нем. Эта привычная тенденция упускать из виду здоровье, считать его чем-то само собой разумеющимся, отражается в малом количестве описательной литературы, посвященной данному предмету. Быть здоровым – значит быть свободным от некоторых ограничений и проблем, побуждающих к саморефлексии"[15]. Известно, что ощущение здоровья бывает наиболее ярким после перенесенного заболевания или после спортивной тренировки. Но это чувство рано или поздно проходит, и здоровье вновь обретает свой статус "великого отверженного", по определению Д. Ледера. Опыт болезни дает возможность человеку осознать, что нездоровье, помимо неприятных ощущений, это еще и ограничение возможностей, связанных как с физическими, телесными, так и с психическими сторонами жизни.

Наибольшую остроту этот аспект восприятия здоровья приобрел в связи с отношением общества к инвалидам и инвалидов к самим себе. Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что в цивилизованных обществах, к которым стремится присоединиться и Россия, остро воспринимается проблема дискриминации по отклонениям в здоровье. А кроме того, число инвалидов в России постоянно растет.

В 2003 г. численность лиц, впервые признанных инвалидами, увеличилась в 1,5 раза по сравнению с 1990 г. За этот же период доля детей-инвалидов до 16 лет возросла в 4,6 раза. Причем из числа всех инвалидов в трудоспособном возрасте находятся 49,1%[16], что ставит перед государством и обществом важную задачу интеграции инвалидов в продуктивную трудовую деятельность и активную социальную жизнь. При этом постепенно меняется стереотипное восприятие инвалидов как больных людей.

Н.Г. Степанова считает, что "...некоторые сообщества людей с явными дефектами совершенно удовлетворены своим существованием и вовсе не считают себя ущербными. Например, карлики или лилипуты. Если бы им предложили лечение гормоном роста, они бы отказались от такого лечения. Им хорошо и уютно жить в своем мирке, они не расценивают свое положение как несчастье и не хотят выходить в мир больших людей"[17]. Аналогичная ситуация складывается с людьми, потерявшими слух, больными болезнью Альцгеймера и др. Они и их близкие создают свои общества, движения и борются за свои права, отстаивая для себя возможность адаптироваться к реальности с помощью имеющегося технического оборудования (телефоны, факсы, компьютеры, современные инвалидные кресла и т.п.), повысить качество жизни путем расширения предоставляемых обществом возможностей. При этом акцентируется растущая независимость человека от ограничений, задаваемых его не всегда совершенной телесностью. И тогда понятие "здоровье" становится синонимом "самореализации". А состояние здоровья обусловливается не только биологией человека, но его духовным потенциалом, развитостью его предметного мира.

Сегодня отношение к здоровью на индивидуальном уровне не является объектом сознательного формирования, а представляет собой стихийный процесс, результат воздействия сложного комплекса факторов. Отношение к общественному здоровью характеризуется отсутствием государственной идеологии здоровья при доминировании интересов больных людей и вниманием к болезням, а не к здоровью.

1.2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ И ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ

Феномен "отношение к здоровью" является важным компонентом социологии здоровья, для формирования которой основополагающее значение имели труды классиков социологии XIX–XX вв.

Прежде всего, это идеи Э. Дюркгейма о характере взаимосвязи индивидуального поведения человека и социальных процессов. В работе "Самоубийство"[18] акт суицида рассматривается как результат взаимодействия человека и общества, причем последнее несет ответственность за создание ситуации, приводящей к суициду. Выявленные Э. Дюркгеймом связи между уровнем са-

моубийств и такими показателями социальной интеграции, как семейное положение и религиозная принадлежность, продемонстрировали важность макро-социальных процессов, например экономических реформ, которые оказывают влияние на здоровье человека и его поведение.

В работах другого классика социологии М. Вебера[19] были заложены основы изучения образа жизни (life style) как диалектической взаимосвязи индивидуальных выборов (life conduct) и жизненных шансов (life chances). Индивиды выбирают образ жизни и соответствующее поведение, но их выбор детерминирован принадлежностью к определенному социальному классу.

Идеи М. Вебера применительно к проблемам здоровья были развиты американским социологом В. Коккеремом. Он исследовал здоровый образ жизни как "коллективную модель поведения в отношении здоровья, выбор которой ограничен жизненными шансами индивида"[20]. Под жизненными шансами подразумеваются пол, возраст, национальность, социальная принадлежность и т.п. Выбор включает принятие решения о различных поведенческих актах в сфере здоровья – соблюдении режима питания, отдыха, физических упражнений, употреблении алкоголя, курении и т.п. Поведение, соответственно, имеет положительные или отрицательные последствия для здоровья. При этом здоровье воспринимается не как самодостаточная ценность, а как возможность, условие для того, чтобы хорошо себя чувствовать, иметь возможность работать, творить, наслаждаться жизнью.

Рассмотрение поведения, связанного со здоровьем, шло последовательно в различных теоретических парадигмах: структурном функционализме, символическом интеракционизме, теории конфликта, постструктурализме, постмодернизме. Основной для категории "здоровье" является парадигма *структурного функционализма.*

Социология здоровья в значительной мере базируется на положениях структурного функционализма, изложенных в книге Т. Парсонса "Социальная система"[21], где важное место уделено анализу роли медицины в обществе и взаимоотношениям врач – пациент.

В теориях структурного функционализма общество рассматривается как социальная система, все подсистемы которой взаимосвязаны и направлены на сохранение равновесия в обществе. При этом медицина интерпретируется как механизм для поддержания равновесия и обеспечения социального контроля за поведением индивида, который должен быть здоровым, а в случае заболевания – стремиться к выздоровлению с целью дальнейшего

участия в общественно-экономической деятельности общества. Т. Парсонс рассматривает болезнь как форму девиантного поведения.

В книге трактуются понятия "роль больного" и "роль врача" как элементы структурно-функциональной модели общества. "Роль больного" имеет временный характер, ей делегируется ряд прав и обязанностей. В целом, "больной" не несет ответственности за свое состояние, но в то же время должен стремиться к скорейшему выздоровлению. Желание индивида подольше оставаться в роли больного чревато общественным порицанием и различными формальными и неформальными санкциями.

В 60-х годах XX в. структурный функционализм подвергся критике представителями символического интеракционизма за наделение индивидов пассивной ролью в социальной системе. В 70–80-х годах теория Т. Парсонса критиковалась такими учеными, как Е. Галлахер[22], Е. Берканович[23], Е. Герсон[24], за трактовку болезни как девиации и приписывание врачам роли субъектов социального контроля. Упрекали Т. Парсонса и за отсутствие объяснения случаев хронических заболеваний. Несомненно, в теории Т. Парсонса не нашли отражения многие проблемы социологии здоровья и медицины, но критиковать его сегодня за это было бы неуместно. Его последователям предоставляется широкое поле действия, а его вклад в науку – не только достояние истории. Подтверждением этого является "возвращение" в 90-х годах XX в. структурного функционализма в активный научный оборот. По мнению таких ученых, как Р. Робертсон, С. Брайан[25], идеи Т. Парсонса получили второе рождение. А его теория продолжает оставаться центральной в социологии здоровья и медицинской социологии при объяснении взаимодействия врач-пациент, роли здравоохранения в обществе и других вопросов.

Стремление учесть не только отношение пациентов к врачам и здравоохранению, но и рассмотреть деятельность индивидов, взаимодействия всех субъектов по поводу здоровья-болезни, обусловило появление новых теоретических парадигм. Одним из первых на смену структурному функционализму в социологии здоровья и медицины пришел *символический интеракционизм*. Суть его состоит в том, что социальная реальность конструируется как взаимодействие индивидуумов с помощью символов. Социум является следствием взаимодействия различных агентов, характеризующихся определенным поведением, а не результатом воздействия макросоциальных процессов. Наибольший вклад в социологию здоровья и медицины внесли такие представители данной парадигмы, как Э. Гоффман, А. Страусс, Х. Бек-

кер, Б. Грир, Э. Хьюз[26] своими исследованиями пациентов психиатрических больниц, процессов социализации и становления медиков и медицинского образования, характера взаимоотношений врачей и больных в ситуациях неизлечимых болезней и т.п.

Применительно к объекту нашего исследования – отношению к здоровью – символический интеракционизм важен тем, что заставляет обратить более пристальное внимание на позицию респондента, выступающего как активный субъект. Методология данной парадигмы учитывает не только ответы респондента, но и самоанализ исследователя.

Значительный интерес представляют также работы Д. Пьерре[27], который считает важным изучение "повседневных представлений" обычных людей, в том числе по поводу понятий "здоровье" и "болезнь", причин болезней, механизмов индивидуальной ответственности за здоровье.

В социологии здоровья символический интеракционизм доминировал в конце 60-х годов, а в 80-е годы утратил лидирующие позиции. Тем не менее он заложил теоретические основы исследования психического здоровья и эмоций, которые позволяют объяснить реакцию человека и его поведение в ситуациях стресса, опасности, депрессии и других обстоятельств при взаимодействиях с социальной средой.

Теория конфликта, которая представлена, прежде всего, работами К. Маркса и Э. Фридсона, применительно к социологии здоровья и медицины выступила в качестве определенного противовеса теории структурного функционализма. Теория конфликта объясняет развитие общества через столкновение интересов различных социально-экономических групп и классов и подвергает сомнению важность активной роли медицины для стабильности общества.

Американский социолог Э. Фридсон[28], рассматривая роль медицины и врача, отмечал, что медицина в современном обществе монополизировала контроль над здоровьем и болезнью, подчинив себе и другие сферы и профессии, имеющие отношение к здоровью. И. Зола[29] подтверждает экспансию медицины в обществе и делает вывод о медикализации сознания, когда здравоохранение берет на себя функции социального контроля. В. Наварро[30], используя марксистский подход, считает, что вмешательство государства в здравоохранение обусловливается необходимостью насаждать взгляды о решающей роли индивида в возникновении заболеваний и нивелировать урон, который наносит здоровью людей капиталистическая система с присущим ей социальным неравенством, в том числе в сфере здоровья.

Теория конфликта оказала важное влияние на становление социологии здоровья смещением акцента с исследований болезней и системы здравоохранения на изучение здоровья и формирующих его социальных институтов.

Пристальное внимание к социальной реальности и способам ее отражения в сознании характерно для *постструктурализма*. Сторонники этой парадигмы утверждают, что тело, природа – это конструируемые понятия, а болезнь – продукт человеческой когнитивной деятельности. Яркий представитель данного направления М. Фуко считает, что медицина должна не только лечить, но и развиваться "как знание о здоровом человеке". Он указывает на существование двух основных направлений в медицинской практике: "медицина видов", включающая классификацию, диагностику и лечение болезней, и "медицина социального пространства", подразумевающая профилактику болезней. Первое направление видит в человеке объект для медицинского вмешательства и контроля, второе считает общественное здоровье предметом регулирования со стороны медицины и общества. Медицинское знание, по мнению М. Фуко, социально конструируемо, поскольку оно базируется не на восприятии отдельной болезни, а на обобщенной информации, которая исторически, географически и социально обусловлена.

Постструктурализм в определенной степени повлиял на возникновение нового направления исследований – социологии тела. Она изучает процессы формирования представлений о своем теле как социальном феномене, о социальном конструировании здоровья, болезней, эмоций.

Постмодернизм, пришедший на смену постструктурализму, предложил новые категории для объяснения происходящих в обществе изменений. В связи с социологией здоровья эти идеи разрабатываются в немногочисленных работах Н. Фокса[31] при анализе дискурса здоровья, В. Коккерема и Т. Абеля[32] – при рассмотрении проблемы индивидуальной ответственности человека за свое здоровье.

Наиболее ярким представителем постмодернизма, внесшим важный вклад в социологию здоровья и медицины, является П. Бурдье. Введенное им понятие habitus (совокупность социальных отношений, схема интеграции людей, система индивидуальных установок, ориентаций) позволяет объяснить поведение индивида, который воспроизводит социально-культурные правила, "стили жизни" разных социальных групп. Медицина, по терминологии П. Бурдье, осуществляет "символическое насилие", навязывая свою систему значений, символов, иерархию ценностей,

которые приобретают естественный, "само собой разумеющийся характер"[33].

Большое значение для социологии здоровья и медицины имеет книга П. Бурдье "Distinction", в которой представлены модели потребления социальных групп населения. Анализируя различные сферы жизни человека (его отношение к физической активности, досугу, характеру питания и т.п.), автор показывает, как habitus формирует то или иное отношение к здоровью.

На основе этих идей В. Коккерем предпринял попытку объяснить низкую продолжительность жизни мужчин в России[34] особенностями социальной структуры населения, распространенностью вредных привычек (курение, алкоголизм), безразличным отношением к заботе о здоровье, неблагоприятными условиями жизни, которые интернализировались в специфический habitus, свойственный в основном мужчинам среднего возраста, представителям рабочего класса. Разработанная П. Бурдье теория дала возможность объяснить связь между принадлежностью к определенному классу, стилю жизни и отношением к здоровью.

Краткое рассмотрение основных теоретических парадигм, связанных с социологией здоровья и медицины, показало смещение интереса исследователей с анализа роли больного, роли врача и значения медицины в рамках структурного функционализма к рассмотрению роли здорового индивида, его тела и факторов, способствующих формированию здоровья, в рамках других парадигм. Можно сказать, что по мере исследования проблематики здоровья в разных социологических парадигмах произошел постепенный переход к теме здоровья и процессу его формирования как одной из основных ценностей современной цивилизации. Этот процесс сопровождается разработкой понятийного аппарата, научного инструментария и новых концепций.

Поведенческий фактор в концепциях изучения здоровья

Определение и классификация видов поведения, направленных на сохранение и укрепление здоровья, – тема, активно исследуемая зарубежной и отечественной социологией. Проблема состоит в том, что, вопреки логике и здравому смыслу, человек, знающий, что нужно делать для улучшения своего здоровья, каким образом изменить поведение, в реальности в большинстве случаев не делает этого. Задача ученых – в разработке такой теории здоровья, на основе которой были бы созданы механизмы,

позволяющие воздействовать на поведение индивида несмотря на указанные выше стереотипы поведения.

Наиболее известное определение поведения, связанного со здоровьем (health behavior), принадлежит С. Каслу и С. Коббу[35]. Под ним понимается любая активность личности, направленная на сохранение, предупреждение болезни или выявление болезни при отсутствии симптомов. Поведение, связанное с болезнью (illness behavior), – это любая активность человека, считающего себя больным, направленная на поиск пригодных для лечения средств и достижение выздоровления.

Все виды поведения, связанные со здоровьем, Д. Гохмэн[36] предлагает делить на превентивные (предупреждающие) и протективные (защитные), объединенные единой профилактической ценностью. Превентивное поведение подразумевает оптимальную физическую активность, соблюдение режима сна, отдыха, питания, отказ от курения, ограничение употребления алкоголя, использование ремней безопасности в автомобилях, соблюдение правил техники безопасности на работе, иммунизацию в целях профилактики инфекционных заболеваний, профилактические медицинские осмотры и т.п. Протективное поведение включает такие действия, как прием витаминов, пищевых добавок, лекарств с целью предупреждения возникновения заболевания, использование парной бани, различных традиционных (голодание, очищение организма и т.п.) и нетрадиционных методик заботы о здоровье, вплоть до молитвы.

Традиционно деятельность в области поведения, связанного со здоровьем, заключается в профилактике медицинского характера (прививки, осмотры, обследования и т.п.) и изучении привычек, особенностей питания, двигательной активности и других характеристик образа жизни индивида.

Общепринятые подходы к поведению в сфере здоровья сводятся к исследованию причин вредного для здоровья поведения и выработке стратегий по его изменению. В социальной психологии разработано несколько соответствующих теоретических моделей. Наиболее распространенная *модель убеждения в пользе здоровья* ("Health – Belief – Model") концептуализирует профилактические здравоохранительные действия в рамках психологического подхода "затраты- выгоды" (И. Розенсток и М. Беккер)[37]. Изменение поведения рассматривается как следование мотивам, которые становятся главными и воспринимаются как приносящие "выгоду" в ситуациях, когда человек стоит перед выбором из конфликтующих мотивов. Важным компонентом модели является стимул к действию, так как часто возникает не-

обходимость в активизирующем стимуле для инициирования новых поведенческих действий. Хотя эта модель успешно применялась и разрабатывалась для изучения поведения, связанного со здоровьем, ее прогностические возможности были ограничены. Также критиковалось неоправданное акцентирование в модели субъективных факторов, представленных в виде концептуальных убеждений[38].

Основным содержанием *модели параллельных реакций* (Х. Левенталь, Т. Прохаска, Р. Хиршман[39]) является условие соблюдения в течение длительного времени рекомендаций по сохранению и укреплению здоровья. Личностное восприятие человеком соответствующих рекомендаций обусловливает изменения установок и поведения.

Основной стратегией модели выступает пошаговая коммуникация. Параллельность заключается в особенностях прохождения информации по двум параллельным путям. Один включает создание представления об угрозе болезни и плана ее преодоления, а другой – создание эмоциональной реакции и схемы ее нивелирования. Модель включает в себя параметры жизненного цикла индивида в виде: 1) возрастных изменений поведения в сфере здоровья; 2) изменений факторов, влияющих на изучаемое поведение по мере прохождения возрастных периодов. Так, если для подростков характерно нарастание рискованных видов поведения при одновременном развитии когнитивного контроля, то у пожилых людей меняется отношение к тяжелым физическим упражнениям, сокращается употребление психоактивных веществ, развиваются механизмы преодоления. Делается вывод о том, что ключевыми периодами в изменении поведения, связанного со здоровьем, являются подростковый и пожилой возраст. Поскольку данная модель построена полностью на когнитивных принципах, к ее недостаткам относят ограниченность используемых детерминант данного поведения[40].

В модели стадий самоизменений поведения[41] дистресс рассматривается как фактор поддержания различных форм аддиктивного поведения. Большинство людей в ситуации дистресса не обращаются за помощью к профессионалам, а пытаются сами справиться с проблемой. Выбор средств зависит от характера проблемы (лица с избыточным весом чаще читают соответствующие статьи и книги, а индивиды в состоянии дистресса предпочитают обращение к межличностным отношениям). При использовании данной модели преобладают два основных процесса: 1) применение препаратов (алкоголя, никотина и пр.) и специальной диеты; 2) контроль за межличностным взаимодействием –

отвержение людей, создающих проблемы, и общение с теми, кто помогает их решить.

Теория обоснованных действий (И. Айзен, М. Фишбейн[42]) основана на предположении о том, что непосредственными детерминантами поведения являются различные взаимодействия. Мнения или убеждения выступают переменными поведения, через них внешние параметры (нормы, установки, социально-демографические факторы) оказывают влияние на поведение. Теория обоснованных действий была направлена на определение соотношения между мнениями, убеждениями и поведением индивида. Поведение, согласно данной теории, определяется установкой и субъективной нормой. Установка (отношение) – это собственные мнения индивида о возможных последствиях поведения и оценка – позитивная или негативная – результатов такого поведения. Субъективная норма – это мнение о возможной реакции других людей на подобное поведение и личностная мотивация соответствия таким ожиданиям.

Одна из сильных сторон этой теории – возможность количественно измерить каждый из компонентов (последствия, оценки, реакции, мотивировка соответствия нормам) и использовать их для точного предсказания поведения.

Все рассмотренные поведенческие модели имеют ряд общих черт. Они исходят из теории социальной мотивации, основаны на установках, убеждениях и предположении, что по каждому виду поведения, связанного со здоровьем, может быть получено соотношение "затрат" и "выгод"[43]. В конкретных исследованиях обычно комбинируются элементы различных моделей.

Известный исследователь поведения в области здоровья Д. Меканик[44] на основе своих исследований пришел к выводу, что паттерны такого поведения являются частью жизненного стиля, характеризующего способность личности предвидеть проблемы и активно их преодолевать. Поведение, связанное со здоровьем, является частью таких паттернов, отражающих социальные ценности и включенность личности в культуру данного сообщества.

В соответствии с когнитивно-бихевиоральным подходом (Й. Иваневич, М. Матесон[45]) поведение, связанное со здоровьем, также рассматривают как элементы паттернов жизненного стиля, но при этом акцент делают на осознанности принимаемых индивидом решений. В связи со здоровьем решения разделяются по критерию ответственности личности за свое здоровье. Здравоохранение рассматривается как один из ресурсов здоровья.

В отечественной науке во второй половине XX в. при изучении поведения, связанного со здоровьем, традиционно выделялись

такие виды поведения, как гигиеническое – относящееся к здоровью, и медицинское – относящееся к болезни. Со временем стало очевидно, что такое деление не соответствует современному уровню знаний и не отвечает практическим потребностям в данной сфере. К тому времени наибольшие наработки были достигнуты в социальной гигиене и социальной психологии, утверждавших, что здоровье населения формируется комплексом культурных, социально-экономических факторов, особенностями психики и психологии людей[46]. Исследования в данных направлениях открыли новые перспективы в повышении уровня здоровья населения, увеличении эффективности системы здравоохранения.

Важный вклад в исследование общественного здоровья внесли труды Н.А. Семашко[47], которые способствовали институциализации изучения социальных причин заболевания – продолжительности рабочего дня, жилищных условий, характера питания и т.п. Была доказана достоверная связь между социально-экономическим статусом, состоянием здоровья и смертностью. Высоко оценивая значение образования как фактора, влияющего на здоровье, Н.А. Семашко ратовал за повышение его уровня и улучшение санитарного просвещения населения. Одним из первых он стал трактовать болезнь как социальное явление, выделив категорию социальных болезней (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания).

Оригинальные взгляды на здоровье человека в социально-психологическом контексте были характерны для П. Сорокина. Помимо изучения ментальных расстройств он анализировал влияние на здоровье таких качеств и состояний человека, как доброта, любовь. Рассуждая о роли и силе любви в сохранении здоровья человека, он писал, что "из двух субъектов с идентичными биологическими организмами добрый и приветливый человек имеет тенденцию к более продолжительной жизни и лучшему здоровью, чем недобрый, и, особенно, одержимый ненавистью человек"[48].

В первые десятилетия прошлого века большинство исследований в области здоровья осуществлялось специалистами из сфер здравоохранения, социальной гигиены и медицинской демографии. Определенный вклад вносила и социология. Но в середине 30-х годов развитие социологии было приостановлено по идеологическим соображениям. В 60-х годах политическая оттепель сопровождалась активизацией исследований философских и социальных аспектов здоровья. В тот период понимание здоровья и болезни было выведено за рамки общебиологического и дополнено психо-физиологическими, а также общественно-трудовыми

компонентами. В 70-е–80-е годы начался процесс институциализации социологии здоровья, социологии медицины и отделения их от сложившейся проблематики социальной гигиены. Важный вклад в философско-социальное осмысление феномена здоровья в контексте марксистского подхода внесли такие ученые, как Г.И. Царегородцев, А.М. Изуткин, В.П. Петленко, Е.Н. Кудрявцева, Д.Д. Венедиктов, В.Н. Иванов, В.М. Лупандин, Ю.И. Бородин, Л.Г. Матрос, Ю.П. Лисицын и др.

К этому же периоду относится создание ценностно-мотивационного подхода к изучению здоровья. Эта концепция нашла отражение в монографии "Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни"[49], а также в публикациях А.И. Антонова, М.С. Бедного, В.С. Зотина, Ю.П. Лисицына, В.М. Медкова и др. Однако работ теоретико-методологического характера по анализу отношения к здоровью и социологии здоровья в целом было в тот период очень мало. Практически все попытки создания социологии здоровья до 80-х годов. XX в. были основаны на марксистском подходе и рассматривали здоровье как диалектическое единство биологического и социального без детальной конкретизации этих сторон. Социологические исследования были посвящены главным образом выяснению воздействия производственных отношений, технического прогресса на состояние здоровья населения. В 80-е годы спектр исследований заметно расширяется, начинается разработка собственно социологической парадигмы изучения здоровья.

В 80-х годах началось исследование самосохранительного поведения. Сначала в Центре изучения проблем народонаселения МГУ им. М.В. Ломоносова (1980–1983 гг.), затем с 1984 г. в Институте социологии АН СССР, где был создан сектор социальных проблем здоровья под руководством д.ф.н. А.И. Антонова.

Разработка концепции самосохранительного поведения (ССП), под которым понимается система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни, базировалась на представлении о первичной потребности в самосохранении. Движущими силами ССП являются также органические потребности (в сне, пище, воде и т.п.), психофизиологические (в безопасности существования, сохранении организма), психологические (в благополучии, самоуважении), социальные (в образовании, статусе, творчестве, самореализации и т.п.), потребность в здоровье и в продолжительном (по числу лет) существовании.

Представленная на рис. 1.1 структура ССП позволяет увидеть, что ССП, основываясь на потребностях личности в самосохране-

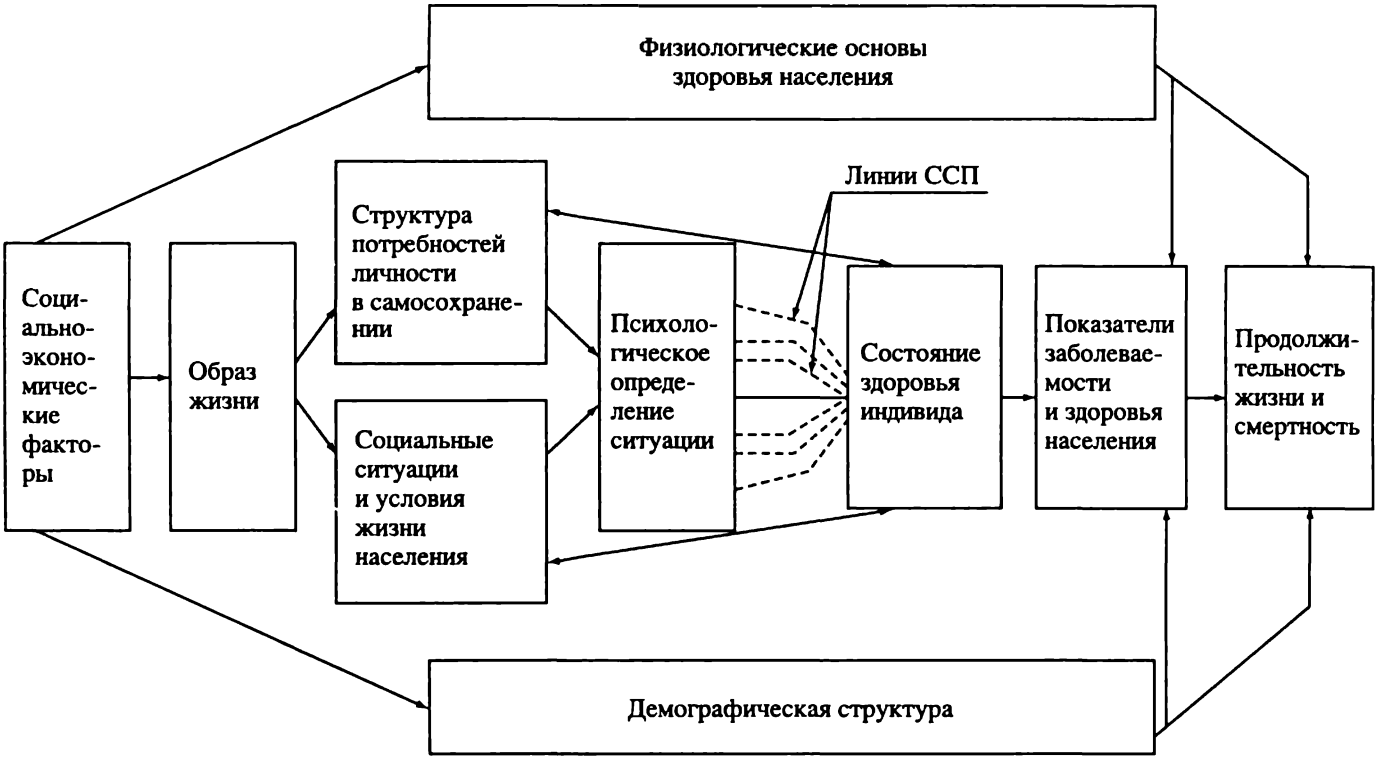

Рис. 1.1. Структура самосохранительного поведения (ССП)

Антонов А.И. Основные положения программы исследования // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: ИС АН СССР, 1989. С. 23.

нии, на оценке социальной ситуации, опосредуется действием социально-экономических факторов, влиянием образа жизни, особенностями психологии личности (при допущении сходных физиологических основ здоровья) и образует так называемые линии, или стратегии, ССП. Самосохранительное поведение, в свою очередь, обусловливает то или иное состояние здоровья индивида, а с учетом демографической структуры населения – различные показатели заболеваемости, продолжительности жизни и смертности населения в целом и его отдельных слоев и групп.

Разработанные теоретические положения концепции ССП были апробированы в ходе опросов 1984–1990 гг. в девяти городах пяти республик СССР по единой программе и методике (с 1987 г. – под руководством И.В. Журавлевой).

Всплеск интереса к социальным аспектам здоровья обусловил активизацию исследований философами социальной ценности здоровья (Ф.Н. Блюхер), методологических аспектов измерения здоровья (Е.Н. Кудрявцева), его нравственных основ (Ю.М. Устюшкин), "нормы" здоровья (И.А. Гундаров, Г.Г. Оганов) и др.[50]

Активно разрабатываются категории "образ жизни", "уровень жизни", "качество жизни", "здоровый образ жизни" как характеристики сферы жизнедеятельности и системы факторов, обусловливающих здоровье (Ю.П. Лисицын, З.С. Шангареева, Л.Ф. Молчанова и др.)[51].

Внимательному изучению подверглась и категория "отношение к здоровью" при исследовании проблемы неравенства в доступе к здоровью. Исследование Н.Л. Русиновой и Дж. Браун, проведенное в два этапа с использованием количественных и качественных методов, позволило сделать следующий вывод: чем более низким социально-экономическим статусом обладают люди, тем в меньшей степени они могут контролировать свою жизнь и состояние здоровья в том числе[52].

Несмотря на определенные достижения зарубежных и отечественных исследователей в изучении поведения, связанного со здоровьем, нельзя не отметить методологические трудности, имеющиеся в этой области.

Прежде всего, это факт наличия в основе изучаемого поведения самых разных, порой конфликтных, мотивов. Причем корреляция между различными позитивными, с точки зрения здоровья, действиями оказывается довольно незначительной, тогда как некоторые поведенческие паттерны (такие, как курение, употребление алкоголя, наркотиков) оказываются взаимосвязанными в более высокой степени[53]. Несмотря на все усилия до сих пор не удалось найти какую-либо легко идентифицируемую позитив-

ную ориентацию на здоровье, которая могла бы выступать в качестве основы для стимуляции усилий по поддержанию здоровья и избеганию риска.

Отсутствие такой общей ориентации связано с тем, что большинство видов поведения, важных с точки зрения влияния на здоровье, вызвано мотивами, которые не связаны непосредственно со здоровьем и в значительной степени программируются в индивидуальные паттерны и институциональную жизнь семей и сообществ. Оказалось, что поведение в сфере здоровья, как результат определенной общепринятой каждодневной деятельности, не требует осознанной мотивации и приложения особых усилий. Так, поведение является в большей степени следствием воздействия культуры и социальной структуры общества, а не личностных мотивов и убеждений[54]. Схемы поведения, зависящие от сознательной мотивации, оказываются менее устойчивыми, чем те, которые являются естественным итогом воздействия социальных норм и традиций. Подтверждением этого служат изменения, произошедшие в последние десятилетия в разных странах в связи с усилением внимания к здоровью населения. Например, запреты на курение в общественных местах, массовое увлечение оздоровительным бегом и т.п. оказывают на население большее воздействие, чем любая профилактическая программа, направленная на изменение индивидуального поведения.

1.3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ "ЗДОРОВЬЕ"

Исследование феномена "отношение к здоровью" невозможно без определения этого понятия. Каждая из составляющих его частей – "здоровье" и "отношение" – вне зависимости друг от друга распространены достаточно широко. Понятие "здоровье" так же, как понятие "болезнь"[55], являются основными в медицине. Понятие "отношение" – одно из самых употребимых в философии, социологии, психологии и других науках. Однако эти понятия достаточно часто имеют разную интерпретацию.

Вопрос об определении понятия "здоровье" является ключевым, поскольку в зависимости от того, как определяется сущность здоровья, зависят дальнейшие стадии его изучения: разработка показателей, оценка состояния, изучение факторов и закономерностей проявления и т.п.

Английское слово "health" ("здоровье") происходит от англосаксонского слова "whole" – целый, невредимый, что является, по сути, семантическим определением здоровья. Попытки дать

обобщающее определение "здоровья" берут свое начало в глубокой древности. Философ, врач, математик Пифагор считал, что "здоровье – есть гармония, равновесие, а болезнь – нарушение гармонии. Нравственное здоровье есть стремление к добру"[56]. В настоящее время число определений понятия "здоровье" превышает три сотни и каждое из них отражает концепцию автора. Единого же мнения относительно данной дефиниции ни в отечественной, ни в зарубежной социологии нет и, вероятно, не может быть.

Ряд определений здоровья, данных древними учеными, дополняется современными, которые собраны в работе П.И. Калью. Он рассмотрел около 80 разных формулировок сущности здоровья и отметил наиболее часто встречающиеся в них признаки: "1 – нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальное течение физических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству; 2 – динамическое равновесие организма и его функций и факторов окружающей среды; 3 – способность к полноценному выполнению основных функций, участие в социальной деятельности и общественно-полезном труде; 4 – способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность; 5 – отсутствие болезни, болезненных состояний, либо болезненных изменений; 6 – полное физическое и духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармонического взаимодействия всех органов"[57]. Далее П.И. Калью справедливо отмечает, что указанные признаки здоровья не исчерпывают всего разнообразия признаков, используемых разными авторами при характеристике сущности здоровья.

Абсолютное здоровье и абсолютная болезнь нереальны и между ними существует множество форм (например, феномен "третьего состояния", близкого "то к здоровью, то к заболеванию" и все же не являющегося ни тем, ни другим, а представляющего собой "гамму промежуточных состояний, указывающих на особые формы приспособления"[58]). Проблема определения сущности здоровья в обобщенном выражении, интегрально характеризующем все элементы этой категории, по-прежнему остается важной и до сих пор нерешенной. К трудностям, которые не способствуют более четкому, полному и адекватному пониманию сущности здоровья, можно отнести: относительность человеческих знаний;

сложность и многогранность самого феномена здоровья; непостоянство уровня здоровья; нечеткое разграничение биологического и социального, духовного и материального, сознательного и бессознательного, психического и соматического в человеческой сущности; отсутствие единой терминологической системы, используемой исследователями для определения здоровья; трудности количественного измерения элементов, характеризующих сущность здоровья и др.

Несмотря на указанные сложности и при всем многообразии трактовок данного понятия можно выделить несколько доминирующих подходов, которые соответствуют той или иной концептуальной модели.

– Медицинская модель здоровья предполагает определение, которое содержит лишь медицинские признаки здоровья. Здоровьем при этом считается отсутствие болезней и их симптомов.

– Биомедицинская модель здоровья предполагает отсутствие у здорового человека органических нарушений и ощущений нездоровья. Подчеркивается значение биологической сущности в жизнедеятельности и здоровье.

– Биосоциальная модель здоровья включает рассмотрение биологических и социальных признаков при приоритетной роли социальных.

– Ценностно-социальная модель здоровья считает здоровье основополагающей ценностью, необходимой для удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия во всех сферах жизни[59]. Этой модели в наибольшей степени соответствует определение Всемирной организации здравоохранения, в котором здоровье характеризуется "состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения"[60]. Данное определение имеет очень широкий характер и нередко критикуется в литературе, но, согласно комментариям профессора Д. Карстера[61], ВОЗ намеренно выбрала это определение. Оно характеризует идеальное состояние человека и является, таким образом, социальным ориентиром, к которому необходимо стремиться и обществу, и медицине, и каждому человеку.

Е.В. Дмитриева предлагает иную классификацию[62], согласно которой к первой группе относятся функциональные определения, ко второй – определения, данные через философские кате-

гории биологического и социального, к третьей – определения здоровья как нормы, к четвертой – динамические определения.

При функциональном подходе здоровье трактуется как необходимое условие для чего-либо. Т. Парсонс определяет здоровье как "оптимальные возможности индивида эффективно выполнять свои роли и задачи, для которых он был социализирован". Структурный функционализм акцентирует внимание на успешности выполнения индивидом своих функций, для чего ему необходимо быть в хорошем физическом и психическом состоянии[63].

В русле данного подхода рассматривалось понятие "здоровья" и в СССР – как необходимое условие для выполнения трудовых, общественных и биологических функций. Подобное отношение к здоровью было связано с ролью человека как исполнителя поставленных политических задач. Такой взгляд на содержание понятия "здоровье" отражен в работах Г.И. Царегородцева, А.В. Шиманова, С.Я. Чикина, Ю.П. Лисицына[64] и др.

Другие исследователи отдавали предпочтение *биосоциальному подходу*, когда здоровье определялось через диалектическое единство биологического и социального. Подобные трактовки характерны для работ А.М. Изуткина, Д.Д. Венедиктова, В.Д. Жирнова, П.Д. Тищенко, К.В. Орехова. Понимание здоровья как единства биологических и социальных качеств наиболее распространено в отечественной литературе[65].

Определенное внимание ученых привлекает и подход, при котором понятия "*здоровье*" и "*норма*" *тождественны*. Под нормой чаще всего понимается "состояние оптимальной жизнедеятельности человека или реальной возможности достичь его через определенный интервал времени за счет саморегуляции и адаптации"[66]. Этот взгляд в той или иной степени разделяют А.Д. Степанов, О.А. Егоров, М.И. Резник, В.П. Петленко[67].

Ряд ученых акцентируют внимание на *динамическом характере здоровья*, понимая под динамикой баланс между различными системами, адаптацию человека к обстоятельствам. В.П. Казначеев определяет здоровье как процесс жизненного цикла индивида[68], М.С. Бедный[69] говорит о здоровье как о динамическом равновесии с окружающей природой и социальной средой. Л.Г. Матрос рассматривает здоровье как "процесс гармоничного взаимодействия социального и биологического в человеке, обеспечивающий ему устойчивость во взаимоотношениях с внешней средой"[70].

Иного взгляда на здоровье придерживаются С.Я. Чикин и Г.И. Царегородцев, которые понимают здоровье прежде всего как "*состояние*, когда человек может оптимально осуществлять

все общественные и биологические функции, присущие ему как социально-биологическому существу. Здоровье является выражением и проявлением целостности. Оно не сводится лишь к физическому состоянию, а предполагает одновременно психоэмоциональную уравновешенность, то есть психическое здоровье"[71]. Аналогичный взгляд на дефиницию "здоровье" представлен в "Кратком словаре по социологии", где здоровье определяется, с одной стороны, через отсутствие болезни – "состояние, противоположное болезни, полнота жизненных проявлений человека", а с другой – как "состояние полного психического, физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов"[72] (определение ВОЗ).

Другая классификация дефиниций здоровья связана с делением их на *негативно* и *позитивно* интерпретирующие здоровье. Первые определяют здоровье через отсутствие болезни или признаков заболевания. Здоровым индивид является до тех пор, пока у него не появились отклонения от нормы даже при отсутствии субъективных ощущений. Вторые, по мнению П. Эгглетона, описывают такое состояние здоровья, которое соответствует физиологическим и психологическим запросам общества, характеризуется определенным потенциалом, силой и может выступать в качестве товара[73]. Признание значения социальных и психологических параметров здоровья существенно изменило и расширило определение здоровья и вывело его за рамки клинических критериев, но не дало ответа на вопрос: кого следует считать здоровым?

"Недостатком почти всех определений здоровья, – по мнению И.И. Случевского – является то, что они не предусматривают возможности взаимной компенсации одних элементов здоровья другими. Речь идет о том, что, например, недостаточное физическое здоровье может быть по существу компенсировано хорошим психическим (душевным) здоровьем"[74]. Данное положение более подробно проанализировано У.А. Кагермазовым. Он ссылается на мнения О.С. Глазмана, Г.И. Царегородцева и др., которые считают, что если способности человека к общественно полезной деятельности утрачиваются, то граница состояния здоровья кончается и начинается состояние болезни. Другие исследователи (И.В. Давыдовский, В.Е. Сельвестров и др.) не согласны с этим утверждением по той причине, что в инкубационном периоде при целом ряде заболеваний – туберкулезе, сифилисе, шизофрении и т.п. – больные долгое время остаются практически здоровыми и сохраняют способность к труду[75]. Таким образом, биологическое понятие нормы и болезни не совпадает с социальным

понятием о них, и человек с безупречными морфофизиологическими параметрами может не осуществлять никакой целесообразной, общественно полезной деятельности, и наоборот, личность, отягощенная некоторыми физиологическими недостатками, может принести обществу определенную пользу.

Следует отметить также, что в соответствии с профессиональными требованиями человек может оказаться "здоровым" для работы учителем и в то же время быть непригодным для работы летчиком. В связи с вышеуказанным возникает вопрос о целесообразности создания ряда определений здоровья: психического, физиологического, соматического, социального и т.п.

Особо необходимо остановиться на понятии "социальное здоровье", которое может быть определено как состояние благополучия, рассматриваемое через призму социальных отношений, систему социальных ценностей, этических, нравственных и правовых норм общественного устройства. Среди них главными являются: равные возможности, гарантия прав и защищенность, свобода и независимость личности. Социальное здоровье населения определяется степенью реализации социальных ценностей и может рассматриваться с объективных и субъективных позиций. Последнее адекватно степени индивидуальной удовлетворенности условиями и качеством жизни[76]. Существуют и более краткие определения. Например, "социально здоровым индивидуумом считается тот, кто содействует развитию общества"[77]. Но все же эта сторона здоровья, по сравнению с психической и соматической сторонами, остается малоисследованной. Кроме того, некоторые ученые, например И.В. Давыдовский[78], считают, что "социальное" в здоровье может быть лишь фактором, обусловливающим то или иное состояние, а не составным элементом самого определения. Одним из аргументов для такого вывода является то, что человек может быть здоровым, относясь к ряду людей с неблагополучным социальным положением, и, наоборот, он может быть нездоровым в благополучных социальных условиях. С другой стороны, в пользу социальности здоровья свидетельствуют, например, следующие факты: несмотря на субъективные самооценки, качества человека в конечном счете познаются в сравнении с другими людьми по установленным нормативам, оцениваются обществом, в котором живет человек, так как личность – не обособленный индивид, а элемент "ансамбля" социальных отношений.

Социальное здоровье в определенной степени зависит от "социального ресурса", или "социального капитала" личности. "Социальный ресурс" современного россиянина, по мнению

В.А. Ядова, состоит из следующих компонентов: социального происхождения и первичной социализации, возраста, состояния здоровья, образования, квалификации, владения иностранными языками, уровня материального благополучия, гендерной, этнокультурной и религиозной принадлежности и т.п.[79] Состояние здоровья в этом перечне занимает одно из ведущих мест.

В ряде определений здоровья в качестве главенствующего выступает *индивидуальный потенциал* как сумма различных факторов, определяющих состояние здоровья. Это жилищные условия, питание, наличие санитарно-гигиенической информации, навыков и умений в сфере здоровья. Трудность при определении индивидуального потенциала Д. Сидхауз видит в его зависимости от социально-демографических параметров индивидов, групп, населения в целом, а также в определении условий, способствующих его сохранению на необходимом уровне[80].

В современной отечественной социологии понимание "здоровья" расширяется введением таких понятий, как "качество жизни", "уровень жизни", "продолжительность жизни" (А.Е. Иванова, В.М. Димов)[81], при этом по-прежнему преобладает традиция определения здоровья в контексте существующей системы общественных отношений.

Существует также понимание здоровья как *предмета потребления и товара*, т.е. того, что может быть предоставлено индивиду или утрачено им. Например, обеспечение здоровья может быть достигнуто через обращение в частную систему здравоохранения, через покупку экологически чистых продуктов, лекарств, медицинских услуг, или же, напротив, здоровье может быть утрачено в результате болезни, несчастного случая. В данном определении сделана попытка приравнять здоровье к другим измеряемым индикаторам и, кроме того, оценить здоровье как отчуждаемый от индивида атрибут. Такая механистическая формулировка здоровья плохо согласуется с его гуманистической парадигмой[82].

Рассматривая сущность понятия "здоровье", мы имеем в виду главным образом здоровье индивида. Вместе с тем научные и практические цели ставят нас перед необходимостью оценивать здоровье группы людей (семьи, школьного класса, жителей района, города и т.п.) и населения в целом. Тогда приходится оперировать понятиями "здоровье группы", "здоровье населения", "здоровье популяции". Перечисленные понятия в большей или меньшей степени совпадают с понятием "общественное здоровье", которое "не является простой суммой здоровья индивидов, поскольку общественное здоровье по сравнению с индивидуаль-

ным – это качественно иная интегративная категория, отражающая, по мнению Е.Н. Кудрявцевой, способность членов общества (коллектива) полноценно выполнять функции по дальнейшему развитию общества (коллектива) и вести образ жизни, обеспечивающий сохранение, укрепление и развитие этой способности"[83]. Д.Д. Венедиктов видит в общественном здоровье индикатор жизнеспособности общества как социального организма и его возможности роста и социально-экономического развития, рационального использования природных ресурсов и поддержание экологического равновесия с окружающей природной и социальной средой[84].

Понятие "общественное здоровье" имеет несколько значений. В узком смысле под общественным здоровьем подразумевается как здоровье определенного населения, так и система превентивных мер, направленных на защиту здоровья этого населения, особенно в области охраны окружающей среды и контроля за инфекционными заболеваниями.

В более широком смысле понятие "общественное здоровье" охватывает очень широкий набор организационных действий, включающих не только контроль над деятельностью всех медицинских служб, но также вопросы поддержания здорового образа жизни, осуществление различных программ и стратегий, обеспечивающих принципы социальной справедливости в сфере услуг здравоохранения.

Международный словарь терминов Всемирной организации здравоохранения рекомендует при изучении общественного здоровья интегрировать знания биологии, социогуманитарных наук и наук о поведении человека с результатами эпидемиологических исследований, социологического изучения образа и условий жизни, общественного мнения, анализа служб здравоохранения.

Анализ сущности понятия "здоровье" с социологической точки зрения обусловливается его включенностью в ту или иную парадигму здоровья – религиозную, природную и социальную[85].

В то же время в рамках одного временнóго отрезка дефиниции здоровья по-разному интерпретируются в разных социологических школах.

Основоположник *структурного функционализма* Т. Парсонс в работе "Социальная система" принимал в целом биомедицинскую модель здоровья. В подобном понимании в обществе возрастала роль здорового индивида, физическое и психическое состояние которого соответствовало ожиданиям общества. Заболеваемость и ее негативное воздействие на общественные процессы предполагалось минимизировать[86].

Описание понятия "здоровье" в русле *социального конструктивизма* обусловливалось различиями в конструировании этого понятия в разных странах с присущими им системами социальных и культурных отношений. В понимании индивидов здоровье выступало феноменом, который они использовали для объяснения своих отношений с социумом. В обществе создаются системы представлений о здоровье, в которых все элементы взаимосвязаны на основе общих принципов. Обращаясь к ним, индивиды находят объяснение тому, что происходит с ними. К. Эрцлиш считает, что эти системы являются "банком", с помощью которого и происходит конструирование индивидом реальности[87]. Выбор того или иного понимания здоровья зависит от ситуации, в которой оказывается человек. Люди выбирают те объяснения, которые позволяют им справиться со своими проблемами. Так, исследования различных по состоянию здоровья групп людей (онкологические больные, имеющие серьезную травму, больные шизофренией, рассеянным склерозом и т.п.)[88] показали, что восприятие здоровья во всех этих группах неодинаковое. Будучи больными, многие высоко оценивают состояние своего здоровья, имея в виду в большей степени, чем реальное состояние здоровья, проявление таких черт, как сила характера, самоконтроль, вера в будущее. Социальное конструирование представлений позволяет понять, как выстраиваются обыденные представления людей и от чего они зависят.

В целом, можно сделать вывод о том, что "здоровье" – социальный феномен, продукт общественного развития, связанный с определенным историческим периодом времени и его социальными и культурными условиями.

1.4. "ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ" КАК СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОНЯТИЕ

Актуальность изучения проблемы отношения к здоровью связана с исторически обусловленной сменой патологии, характеризующейся сегодня лидерством эндогенных факторов заболеваемости и смертности, низким уровнем культуры самосохранения населения, изменением характера российского здравоохранения посредством лишения его патерналистской сути.

"Отношение" является преимущественно философским и психологическим понятием. Философы видят в "отношении" понятие, отражающее взаимосвязь элементов определенной системы[89]. Изучение этого понятия восходит к Платону и Аристоте-

лю, которые считали, что "отношение есть связь между идеями, благодаря которой они становятся доступными познанию" и что "нечто есть то, что оно есть, лишь в связи с другим или находясь в каком-то ином отношении к другому"[90].

Психологи видят в "отношении" "гипотетический конструкт, обозначающий состояние готовности, основанное на прошлом опыте, которое направляет, искажает или иным образом воздействует на наше поведение"[91].

Социологи трактуют "отношение" как полиструктурное понятие и отмечают несколько возможных значений. В самой последней отечественной "Социологической энциклопедии" 2003 г. под "отношением" понимается:

1) сложившаяся на основе имеющихся знаний устойчивая благоприятная (или неблагоприятная) оценка индивидом экономического процесса или идеи;

2) взаимодействие двух или более лиц в производственном процессе;

3) соотношение двух величин, чисел;

4) взаимная связь разных величин, предметов, действий;

5) связь между кем-нибудь, возникающая при общении[92].

В социологических энциклопедиях раскрывается многозначность понятия "отношение" в ряде статей: "отношение к труду", "отношение личности", "отношения идеологические", "отношения общественные", "отношения национальные", "отношения политические", "отношения ролевые в семье", "отношения социальные", "отношения экономические" и т.д. Понятие "отношение к здоровью" отсутствует всюду.

Зарубежные социологи считают, что "отношение" (attitude) – это усвоенная постоянная тенденция особым образом воспринимать людей либо ситуации или относиться к ним. Это понятие содержит индивидуальные и социальные аспекты. Социологи связывают социальное поведение с определенными социальными структурами и ситуациями. Есть несколько определений термина – Г. Олпорт, 1935; Габер и Фрид, 1975; Роукич, 1960[93]. Одни считают, что имеющееся в наличии отношение ведет к определенному поведению, другие – что оно существует только мысленно, так как открытое поведение может определяться ситуациями. При этом авторы структурируют понятие "отношение" посредством трех основных элементов:

- когнитивного – убеждения, идеи, мнения;
- эмоционального – ценности, эмоции, чувства;
- поведенческого – предрасположенность к действию или сама деятельность.

"Отношение к здоровью" как социологическое понятие пока недостаточно разработано и требует концептуального уточнения. Данное понятие в отечественной социологии впервые было описано нами[94] в 1989 г., вошло в научный оборот и широко используется в литературе по проблемам здоровья[95].

Отношение к здоровью – одно из центральных понятий социологии здоровья, одно из фундаментальных оснований системы ценностей личности, комплекс мотивов, связывающих личность с обществом, культурой.

Мы определяем "отношение к здоровью" *как сложившуюся на основе имеющихся у индивида знаний оценку собственного здоровья, осознание его значения, а также действия, направленные на изменение состояния здоровья.* Но данное определение относится только к одной из трех ипостасей "отношения к здоровью", а именно – "отношению индивида к здоровью". Кроме того, "отношение к здоровью" может быть рассмотрено на макроуровне, т.е. на уровне общества, и на микроуровне – на уровне группы; соответственно и определения этого понятия будут другими. "*Отношение к здоровью на уровне общества" – это система мнений и социальных норм, существующих в обществе по поводу здоровья и выраженных в действиях, направленных на изменение состояния общественного здоровья на различных уровнях управления.* "Отношение к здоровью на уровне группы" объединяет в себе черты двух приведенных определений, поскольку специфика данного вида отношения заключается в трансляции индивиду сложившейся в обществе системы социальных норм и мнений, но с учетом реальной индивидуальной оценки здоровья членами группы.

Структура понятия "отношение к здоровью" включает в себя: 1) оценку состояния здоровья; 2) отношение к здоровью как к одной из основных жизненных ценностей; 3) деятельность по сохранению здоровья.

Отношение к здоровью слагается из двух взаимодополняющих направлений: сохранение здоровья (предупреждение и лечение болезней) и совершенствование здоровья человека (развитие биологических и психологических характеристик, обеспечивающих высокую адаптацию к меняющейся внешней среде).

Первое направление отражает традиционные аспекты медицины – профилактику и лечение, второе предполагает решение двух типов задач. Одни связаны с повышением устойчивости природных задатков человека, поиском резервов здоровья. Другие направлены на изменение психофизиологических возможностей человека, в том числе с привлечением достижений науки.

Отношение к здоровью – результат совокупности отношений, характеризующих данное общество на определенной стадии его развития. С этим связана проблема выявления факторов, воздействующих на отношение к здоровью. Различают *факторы общего характера*, которые определяются экономической ситуацией, социально-политической системой общества, особенностями его культуры и идеологии, и *специфического* характера, к которым относятся состояние здоровья (индивидуальное и общественное), особенности образа жизни, информированность в сфере здоровья, влияние семьи, школы, системы здравоохранения и т.д. Эти факторы *преломляются* в структуре личности индивида – носителя того или иного отношения к здоровью, или это преломление осуществляется в структуре массового сознания, формируя те или иные нормы поведения в сфере здоровья. Наиболее традиционным является изучение обусловленности отношения к здоровью такими социально-демографическими характеристиками индивида как пол, возраст, уровень образования, уровень квалификации, семейное положение.

Классификация данного понятия может быть осуществлена по различным основаниям.

С точки зрения *субъекта*, в качестве которого выступает общество, группа или индивид, соответственно различаются: отношение общества к здоровью, отношение группы к здоровью, отношение индивида к здоровью.

Если же три указанных уровня берутся в качестве *объекта исследования*, то можно выделить: отношение к здоровью общества; отношение к здоровью группы; отношение к здоровью индивида. Иными словами, это взгляд на проблему в связи с ролью социальных институтов – государства, общества, образования, средств массовой информации, семьи, школы.

По *степени активности* различают активное и пассивное отношение к здоровью.

По *формам проявления* – позитивное, нейтральное, негативное.

По *степени адекватности* принципам здорового образа жизни: адекватное, самосохранительное и неадекватное, саморазрушительное.

Одной из центральных методологических проблем в исследовании здоровья является выбор адекватных задачам *показателей*. Отношение к здоровью – полиструктурное понятие, включающее несколько значений. В соответствии с тремя основными аспектами этого понятия будут различаться и показатели отношения к здоровью.

Так, отношение к здоровью индивида включает: 1) самооценку индивидом собственного состояния здоровья; 2) отношение к здоровью как к жизненной ценности; 3) удовлетворенность состоянием своего здоровья и жизнью в целом; 4) деятельность по сохранению здоровья.

Отношение к здоровью на уровне общества представляет собой: 1) оценку состояния здоровья населения и тенденций его изменений; 2) систему социальных норм в отношении общественной ценности здоровья; 3) социальную политику в сфере общественного здоровья.

Отношение к здоровью на уровне группы (семьи, трудового или учебного коллектива, референтной группы) включает: 1) оценку состояния здоровья группы и отдельных ее членов; 2) сложившиеся социальные нормы отношения к здоровью; 3) реальные действия по улучшению состояния здоровья членов группы. При этом основная функция группы в контексте отношения к здоровью состоит в трансляции индивиду сложившихся в социуме норм по поводу здоровья с учетом реального состояния индивидуальных оценок здоровья членов группы.

Существует традиционное разделение всех показателей на *негативные* (заболеваемость, инвалидность, смертность и т.п., которые положены в основу стратегии органов здравоохранения) и *позитивные* (поступки индивида, ведущего здоровый образ жизни, доля в популяции здоровых лиц, государственные мероприятия по развитию физической культуры, введение в школьную программу предмета "Здоровье" и т.п.). Поскольку здоровье сегодня изучается преимущественно посредством негативных показателей, которые характеризуют отклонения в здоровье, то в связи с ростом значимости здоровья как общественного и индивидуального богатства в новых социально-экономических условиях со всей очевидностью встала проблема разработки позитивных показателей, которые, по мнению Е.Н. Кудрявцевой, отражают «позитивную сторону диалектического единства "здоровье-болезнь", присущего человеку как социально-биологической целостности, и характеризуют возможности человеком (коллективом, населением) полноценно выполнять свои социальные функции. При этом следует иметь в виду, что состояние человека, при котором он полноценно выполняет свои социальные функции, динамично изменяется во времени и пространстве и зависит от множества характеристик (пол, возраст и т.п.)»[96].

Значение позитивных показателей обусловливается, во-первых, тем обстоятельством, что именно с их помощью возможно определение трудового и социального потенциала, которым об-

ладает население и от которого во многом зависит развитие общества. Во-вторых, информация, полученная с помощью позитивных показателей, может сыграть важную роль в обосновании и реализации социальной политики и государственных мер, направленных на создание условий и образа жизни населения, препятствующих возникновению и развитию болезней. В-третьих, разработка позитивных показателей может способствовать выработке более рационального отношения к собственному здоровью, формированию самосохранительного мировоззрения и поведения. Указанные обстоятельства свидетельствуют о целесообразности методологической переориентации исследования здоровья, суть которой – в изменении объекта и предмета исследования и в перенесении акцента с изучения больного на исследование здоровья здорового человека.

Еще один критерий классификации показателей отношения к здоровью – деление их на *объективные* и *субъективные*.

Объективные характеристики выражаются в реальной оценке здоровья индивида (группы, населения) через соответствующие показатели заболеваемости, инвалидности и др. На основе этих показателей разрабатываются эмпирически проверяемые индикаторы отношения к здоровью. Структура мотивов деятельности в сфере здоровья характеризует субъективную сторону отношения к здоровью. В комплексе мотивов выделяют ориентацию на хорошее здоровье как самоцель (фундаментальная ценность) и на здоровье как средство успешной работы, карьеры, достижения каких-либо целей (инструментальная ценность). Структура мотивации в сфере здоровья складывается в течение жизни человека и отражает особенности его социализации. Мотивы возникают, развиваются и формируются на основе потребностей. Вместе с тем они относительно самостоятельны, ибо потребность не определяет строго характер мотивов, их силу и устойчивость. При одной и той же потребности у разных людей могут возникать разные мотивы.

Потребность человека – это испытываемая им нужда в чем-либо, мотивы – побуждения человека в связи с этой нуждой. Их связь проявляется в том, что потребности реализуются в поведении и деятельности посредством мотивов. Например, потребность в здоровье реализуется в деятельности по заботе о здоровье, выбор которой человек осуществляет под влиянием сформировавшихся мотивов. Потребности и мотивы оказывают влияние друг на друга. Потребности могут отражаться на разных уровнях: биологическом, физиологическом, психологическом. Мотивы возникают на высшем уровне отражения потребно-

стей – их осознании. И тогда осуществляется мысленный переход от осознания необходимости быть здоровым вообще к осознанию необходимости конкретных действий по сохранению здоровья и осознанного их выбора.

В Советском Союзе задача формирования мотивации рассматривалась как обеспечение доминирования социальных, общественно значимых мотивов в различных видах деятельности. Следствием этого было изменение личностью в некоторых критических ситуациях своих потребностей и соответствующей мотивации. Например, пренебрегая потребностью самосохранения, человек бросался спасать горящий трактор. При этом происходило осознание индивидом потребности общества, которая становилась его собственной потребностью. Большой вклад в разработку проблем мотивации внесли А.П. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, П.М. Якобсон, С.Г. Москвичев, Б.А. Фролов, А.Г. Ковалев и др. Изучением мотивов с позиции отношений личности занимался В.И. Мясищев.

Анализ различных определений мотивов свидетельствует о том, что для большинства авторов характерно единство в главном – понимании потребностного характера мотивов. Мотивация человека рассматривается как социальная по своей сущности, сформировавшаяся под воздействием окружающей действительности. В процессе формирования мотивационной среды происходит трансформация социальных установок во взгляды и убеждения, становящиеся позицией личности.

В зарубежной психологии выделяются два противоположных направления в понимании мотивации. Фрейдисты и необихевиористы считают, что личность стремится к снижению напряжения, уравновешиванию себя с чуждой социальной средой. Представители другого направления (А. Маслоу, Г. Олпорт) защищают модель непрерывного развития и совершенствования личности и побудительных причин ее поведения. В качестве основных потребностей (мотивов) ими выделяются физиологические побуждения, потребность в безопасности и защите, любви, уважении и самореализации. При этом подчеркивается "поиск напряжения, которое движет поведением". Но в обоих направлениях отражается лишь динамически-энергетическая сторона поведения человека и не принимается во внимание социальная детерминация поведения[97].

Одной из наиболее распространенных в настоящее время за рубежом является "персонологическая" теория мотивации А. Маслоу. Он противопоставлял свои взгляды бихевиористам и экзистенциалистам. Его концепция самоактуализации состоит в

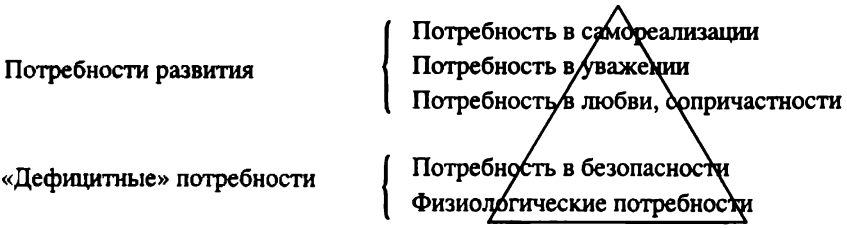

Рис. 1.2. Динамическая иерархия потребностей А. Маслоу

том, что стремление индивида к непрерывному развитию является ведущим мотивом, а общественная мотивация игнорируется.

По А. Маслоу[98], мотивы определяются потребностями, которые имеют несколько уровней: 1 – физиологический (потребность в пище, воде, обеспечение гомеостаза); 2 – в свободе, безопасности; 3 – в любви и сопричастности; 4 – в уважении; 5 – в самореализации. А. Маслоу считает, что новая потребность возникает лишь при удовлетворении нижележащей (см. рис. 1.2).

Потребность в самореализации А. Маслоу понимает как непрерывную реализацию потенциальных возможностей, способностей, призвания, как более полное познание индивидом самого себя[99]. Потребность в здоровье является компонентом высшего уровня потребностей – потребности в самореализации[100]. Несмотря на то, что представленные группы потребностей находятся в иерархической подчиненности, формирование личности зависит от того, на что именно направлена личность – на реализацию потребностей низших уровней (физиологических и безопасности) или потребностей развития. При этом стремление к самореализации А. Маслоу считал ведущим мотивом здорового человека.

Ряд ученых, комментируя данную динамическую иерархию потребностей, подчеркивают, что самореализацию в высшем нравственном смысле следует трактовать в качестве самотрансценденции, т.е. выхода человека за пределы своего "Я", его ориентации на других, на свою социальную деятельность[101]. В. Франкл так же, как и А. Маслоу, в рамках гуманистической психологии считал, что человек реализует себя, создает свою личность, свободу и счастье через служение благородному делу и любовь к другому человеку. Эту потребность в обретении цели и смысла жизни, потребность любить других он называл самой главной человеческой потребностью, или "человеческим измерением"[102].

Духовные, альтруистические потребности имеют ключевое значение для человеческого счастья, для обретения чувства удо-

влетворенности жизнью. А удовлетворенность жизнью является косвенным интегральным показателем состояния здоровья. Природа человека такова, что удовлетворение физиологических и материальных потребностей, потребности в безопасности, даже при условии, что человек любим, уважаем, признан, успешно занимается любимым делом, оказывается недостаточно. Удовлетворенные потребности перестают мотивировать, со временем приедается все, в чем нет благородной цели и результата, полезного для людей. Наступает потеря интереса к жизни, депрессия. Нередко выход ищут в девиантных формах поведения, способных на время снять состояние напряжения, неудовлетворенности жизнью через получение острых ощущений и запретных удовольствий со всеми вытекающими из этого последствиями для здоровья и жизни в целом.

Существуют и другие классификации потребностей. В Философском энциклопедическом словаре указывается несколько оснований для классификации потребностей: "по сферам деятельности (потребности труда, познания, общения, рекреация); по объекту потребности – материальные и духовные, эстетические и т.п.; по их функциональной роли – доминирующие и второстепенные, центральные и периферические, устойчивые и ситуативные; по субъекту потребности – индивидуальные, групповые, коллективные, общественные"[103].

Все они разноплановы и недостаточно продуктивны для наших задач. Применительно к ним наибольший интерес представляет классификация К. Обуховского: 1) потребность в самосохранении; 2) потребность в сохранении вида; 3) познавательная потребность; 4) потребность в эмоциональном контакте; 5) потребность в смысле жизни[104]. Здесь прямо названа интересующая нас потребность в самосохранении, которую мы понимаем в определенном смысле как синоним потребности в здоровье, вернее, как итог реализации последней.

Заслуживает внимания и классификация П.В. Симонова, делящего все потребности на: 1) биологические; 2) социальные; 3) идеальные[105], причем каждая в свою очередь подразделяется на две разновидности: сохранение и развитие. Это также достаточно конструктивный подход, но относительно потребности в здоровье сложность состоит в том, что она не укладывается в рамки отдельных значений представленных схем. Потребность в здоровье, являясь, несомненно, биологической, приобретает все больший социальный смысл.

Более всего задачам нашего исследования отвечает классификация жизненных потребностей, разработанная С.Б. Кавери-

ным[106]. Логическим основанием для создания классификации стал принцип деятельности, который заимствован из положения К. Маркса о неотделимости потребностей и деятельности и о том, что само действие по удовлетворению потребностей ведет к порождению новых[107].

В соответствии с этим принципом правомерно предположить, что возникшая потребность в здоровье актуализирует мотивацию и обеспечивает действия по поддержанию здоровья. Но парадокс состоит в том, что даже в случае обострения болезни и очевидной потребности в усилиях, направленных на улучшение состояния здоровья, люди не предпринимают необходимых действий, предпочитая пассивное ожидание выздоровления.

Объяснение такого парадоксального поведения связано с противоречивой природой человеческих потребностей, которым, по мнению С.Л. Рубинштейна, присущ пассивно-активный характер[108], а также со спецификой мотивационной сферы личности в целом, определяющей отношение человека к здоровью. Очевидно, что именно особенности структуры мотивационной сферы являются основным предиктором адекватного или неадекватного отношения человека к здоровью.

Итак, на протяжении двух последних веков отношение к здоровью индивида и населения в целом претерпело существенную трансформацию. Исторически обусловленная смена патологии, характеризующаяся лидерством эндогенных факторов заболеваемости и смертности, изменение характера российского здравоохранения посредством лишения его патерналистской сути, выдвинули проблему отношения к здоровью в нашей стране в число первостепенных. В условиях рыночной экономики ценность индивидуального здоровья возрастает, имея исключительно инструментальный характер. Общественное здоровье не принадлежит к числу государственных приоритетов, что обусловливает соответствующее к нему отношение.

Теоретическое осмысление здоровья и отношения к здоровью шло последовательно в различных парадигмах: структурного функционализма, символического интеракционизма, теории конфликта, постструктурализма, постмодернизма. Очевидно изменение вектора интереса исследователей от анализа различных атрибутов болезни и медицины к изучению здоровья, здорового индивида и факторов формирования здоровья. Ведущую роль в этих процессах играет самосохранительное поведение индивида.

Определение понятий “здоровье”, “общественное здоровье”, “социальное здоровье” зависит от концепции автора и выбран-

ной парадигмы. Историческая и методологическая ретроспектива существующих определений демонстрируют их высокую вариабельность.

Отношение к здоровью как социальный феномен характеризуется слабой разработанностью методологических подходов, адекватных показателей и влияющих на отношение к здоровью факторов.

Примечания

[1] *Лисицын Ю.П., Сахно А.В.* Здоровье человека – социальная ценность. М., 1988. С. 14–16.

[2] *Ломоносов М.В.* О сохранении и размножении российского народа. СПб., 1761.

[3] *Лисицын Ю.П.* Слово о здоровье. М., 1986. С. 148–149.

[4] *Баранов А.В.* О социальной парадигме здоровья // Петербургская социология. СПб., 1997. С. 9–12.

[5] *Dubo R.* Mirage of Health. N.Y.: Harper and Row, 1959.

[6] *Illich I.* Medical Nemesis. N.Y., 1975.

[7] *McKeown T.* The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesia? Oxford: Blackwell, 1979.

[8] *Баранов А.А.* О социальной парадигме здоровья // Петербургская социология. СПб., 1997. С. 13–14.

[9] Фундаментальные основы политики здравоохранения. М.: НИИ им. Н.А. Семашко, 1999. С. 55.

[10] Российский статистический ежегодник 2003. М., 2003. С. 117.

[11] *Шилова Л.С.* Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья // Конфликтология здоровья и здравоохранение в современной России. Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. М., 1999. № 15. С. 93–97.

[12] Российский статистический ежегодник 2003. М., 2003. С. 250–252.

[13] Российский статистический ежегодник 2004. М.: Росстат, 2004. С. 83.

[14] *Юдин Б.Г.* Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. М.: ИФ РАН, 2001. С. 68–73.

[15] *Leder D.* Health and Disease: 5 Experience of Health and Illness // Encyclopedia of Bioethics. Vol. 2. N.Y., 1995. P. 1106–1113.

[16] Российский статистический ежегодник 2004. М.: Росстат, 2004. С. 278–279.

[17] *Степанова Н.Г.* Этика геномики // Человек. 1999. № 5. С. 8–12.

[18] *Дюркгейм Э.* Самоубийство. СПб., 1998.

[19] *Weber M.* Wirtshaft und Gesellshaft. Tübingen, 1922.

[20] *Cockerham W., Rutten A., Abel T.* Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber // Sociological Quarterly 38: 321–342, 1997.

[21] *Parsons T.* The Social System. N.Y.: Free Pres, 1951.

[22] *Gallagher E.* Lines of Reconstruction and Extension in the Parsonian Sociology of Illness // Social Science and Medicine, 10, 1976. P. 207–218.
[23] *Berkanovic E.* Lay Conception of the Sick Role // Social Forces, 51, 1972. P. 53–64.
[24] *Gerson E.* The Social Character of Illness: Deviance or Politics? // Social Science and Medicine, 10, 1976. P. 219–224.
[25] *Robertson R., Bryan S.* Talcott Parsons: Theorist of Modernity. London: Sage, 1999.
[26] *Goffman E.* Asylums. Anchor. 1961; *Strauss A.* Awareness of Dying. Chicago: Aldaine, 1965; *Becker H., Greer B., Hughes E., Strauss A.* Boys in White: Student Culture in Medical School. Chicago, 1961.
[27] *Pierret J.* Constructing Discourse about Health and their Social Determinants // Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease. 1995.
[28] *Freidson E.* Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge. N.Y., 1970.
[29] *Zola I.* Medicine as an Institution of Social Control // Sociological Review, 20, 1972. P. 487–504.
[30] *Navarro V.* Medicine under Capitalism, N.Y., 1976.
[31] *Fox N.* Postmodernism. Sociology and Health. Buckingham, 1993.
[32] *Cockerham W., Abel T.* Max Weber, Formal Rationality and Healthy Lifestyles // Sociological Quarterly 34: 413–425, 1993.
[33] Современная западная социология. М., 1990. С. 45.
[34] *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., 2002. С. 30.
[35] *Kasl S., Cobb S.* Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior // Archives of Environmental Health. 1966. Vol. 12. № 2. P. 246–266.
[36] *Gochman D.* Health Behavior: Plural Perspectives // Health Behavior: Emerging Research Perspectives. N.Y., L. 1988. P. 3–17.
[37] *Becker M., Rosenstock I.* Compliance with Medical Advice // Health Care and Human Behavior. L., 1984. P. 175–208.
[38] *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. СПб: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 1999. С. 406–410.
[39] *Leventhal H., Prohaska T., Hirschman R.* Preventive Health Behavior across the Life Span // Prevention in Health Psychology. Hanover; L., 1985. P. 135–191.
[40] *Martean T.* Health Belief and Attributions // Health Psychology: Processes and Applications. N.Y., 1989. P. 1–23.
[41] *Prochaska Y., Diclemente C.* Common Processes of Self-Change in Smoking, Weight Control, and Psychological Distress // Coping and Substance Use. Orlando, 1985. P. 345–363.
[42] *Ajzen I., Fishbein M.* Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Engelwood Cliffs: Prentice-Hall, 1980.
[43] *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. СПб., 1999. С. 410.
[44] *Mechanic D.* Health and Behavior: Perspectives on Risk Prevention // Prevention in Health Psychology. Hanover, L., 1985. P. 6–17.

[45] *Ivanevich Y., Matteson M.* Promoting the Individual's Health and Well-Being // Causes, Coping and Consequences of Street at Work. Chichester, 1989. P. 267–299.

[46] *Томилин С.А.* Демография и социальная гигиена. М., 1973. С. 48–49.

[47] *Семашко Н.А.* Избранные произведения. М.: Медицина, 1967.

[48] *Сорокин П.* Главные тенденции нашего времени. М.: Наука, 1997. С. 263.

[49] Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. М.: Медицина, 1975.

[50] Здоровье человека как предмет социально-философского познания. М.: ИФ АН СССР, 1989; Социально-философские и мировоззренческие проблемы здоровья человека. М., 1984.

[51] *Лисицын Ю.П.* Образ жизни и профилактика // Всесоюзная конференция по социально-экономическим проблемам здоровья человека. Львов. 1984; *Шангареева З.С.* Социальные проблемы здоровья населения. Автореф. дис... д-ра социол. наук. СПб., 2000; *Молчанова Л.Ф.* Образ жизни семьи и здоровье // Сов. здравоохранение 1990, № 10.

[52] *Браун Дж., Русинова Н.Л.* Социальные неравенства и здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. № 1. Т. 2. С. 113.

[53] *Mechanic D.* The Stability of Health and Illness Behavior: Results from a Sixteen-Year Follow-Up // American Journal of Public Health. 1979. Vol. 69. P. 1142–1145.

[54] *Mechanic D.* The Promoting Health // Society. 1990, 27 (2). P. 16–22.

[55] Понятием, противоположным "здоровью", является "болезнь", которая определяется как "процесс, возникающий в результате воздействия на организм вредоносного (чрезвычайного) раздражителя внешней или внутренней среды, характеризующийся понижением приспособленности живого организма к внешней среде при одновременной мобилизации его защитных сил. Болезнь проявляется нарушением равновесия организма с окружающей средой, выражающимся в возникновении побочных (неадекватных) реакций, а у человека – снижением на время болезни его трудоспособности". "Болезнь". БСЭ. М., 1970. Т. 3. С. 509. Данная категория в работе рассматриваться не будет.

[56] *Ковнер С.* История медицины. Киев, 1878.

[57] *Калью П.И.* Сущностная характеристика понятия "здоровье" и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. М., 1988. С. 33–35.

[58] *Давыдовский И.В.* Проблемы причинности в медицине (Этиология). М., 1968. С. 126; *Брехман И.И.* Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. 1982. № 2. С. 49.

[59] *Никифоров Г.С.* Психология здоровья. СПб., 2002. С. 38–39.

[60] *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., 2002. С. 81–84.

[61] *Карстер Д.* Что такое психическое здоровье? // Здоровье мира. 1973. № 8.

[62] *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., 2002. С. 84.

[63] *Parsons T.* The Social System. N.Y., 1951.

[64] *Царегородцев Г.И., Шиманов А.В.* НТР и некоторые методологические проблемы современной медицины // Методологические и социальные проблемы современной медицины. Сб. науч. трудов. М., 1986.; *Чикин С.Я., Царегородцев Г.И.* Что такое здоровье? М., 1992.; *Лисицын Ю.П.* Образ жизни и здоровье населения. М.: Знание, 1982.

[65] *Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И.* Социология медицины. Киев, 1981; *Венедиктов Д.Д.* Социально-философские проблемы здравоохранения // Вопросы философии. 1980. № 4; *Жирнов В.Д.* Мировоззренческие и методологические аспекты определения понятия "здоровье" // Социально-философские и мировоззренческие проблемы здоровья человека. Львов, 1984; *Орехов К.В.* Экономические, экологические и демографические проблемы здоровья (методический аспект) // Тезисы Всесоюзной конференции социально-экономических проблем здоровья человека. Львов, 1984.

[66] *Резник М.И.* Философский анализ нормы в медицине. Дис. ... канд. филос. наук. ЛГУ, 1980.

[67] *Степанов А.Д.* Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. Горький, 1975; *Егоров О.А.* Очерки по философским вопросам биологии и медицины. М., 1966; *Петленко В.П., Резник М.И.* Методологическая функция основных категорий диалектики. Диалектика и медицина // Философия и методологические проблемы военной и военно-медицинской теории. СПб, 1984.

[68] *Казначеев В.П.* Здоровье нации, просвещение, образование. М., 1996.

[69] *Бедный М.С.* Здоровье и продолжительность жизни. М., 1999.

[70] *Матрос Л.Г.* Социальные аспекты проблемы здоровья. Новосибирск, 1992. С. 42–48.

[71] *Чикин С.Я., Царегородцев Г.И.* Что такое здоровье? М., 1992.

[72] Краткий словарь по социологии. М., 1989. С. 76–77.

[73] *Aggleton P. Health. L.*, N.Y., 1995.

[74] НТР, здоровье, здравоохранение. М.: Медицина, 1984. С. 137.

[75] *Кагермазов У.А.* О понятиях "норма", "здоровье" и "болезнь" // Вестник АМН СССР. 1973. № 9. С. 20.

[76] *Римашевская Н.М.* О методологии определения качественного состояния населения // Качество населения. М.: ИСЭПН РАН, 1993. С. 17–18.

[77] Социально-философские и мировоззренческие проблемы здоровья человека. М.: ВНИИМИ, 1984. С. 60.

[78] *Давыдовский И.В.* Методологические основы патологии // Вопросы философии. 1968. № 5. С. 84–94.

[79] *Ядов В.А.* Социальный ресурс индивидов и групп как их капитал: возможность применения универсальной методологии исследования

реального расслоения в российском обществе // Кто и куда стремится вести Россию? Акторы макро-, мезо- и микроуровней современного трансформационного процесса. М.: МВШСЭН, 2001. С. 113–118.

[80] *Seedhouse D.* Health: The Foundations for Achievement. Chichester, 1986.

[81] *Иванова А.Е.* Здоровье населения: понятийные, методические и информационные аспекты. М.: ИСПИ РАН, 1996; *Димов В.М.* Философия и социология здоровья. Курс лекций. Алматы, 1998.

[82] *Дмитриева Е.В.* Социальные аспекты здоровья и здравоохранения: конфликты в рамках теории // Конфликтология здоровья и здравоохранения в современной России. Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. № 15. М.: ИС РАН, 1999. С. 44.

[83] *Кудрявцева Е.Н.* Здоровье человека: понятие и реальность // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987. С. 44–45.

[84] *Венедиктов Д.Д.* Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987. С. 73.

[85] *Баранов А.В.* О социальной парадигме здоровья // Петербургская социология. СПб., 1997. № 1. С. 8–18.

[86] *Parsons T.* The Social System. N.Y.: Free Press. 1951.

[87] *Herzlich C.* La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie // Sciences Sociales et Santé 2(2). 1984. P. 71–84.

[88] *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью как критерий социальной стратификации // Трансформация социальной структуры и стратификация российского общества. М.: ИС РАН, 1999.; *Pollock K.* Mind and Matter: A Study of Conception of Health and Illness among Three Groups of English Families with Particular Reference to Multiple Sclerosis, Schizophrenia and Nervous Breakdown. Cambridge, 1984.

[89] Философский энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1983. С. 470.

[90] Новая философская энциклопедия. Т. III. М., 2001. С. 176.

[91] *Мясищев В.П.* Основные проблемы и современное состояние психологического отношения // Психологическая наука в СССР. Т. 2. М., 1960.

[92] Социологическая энциклопедия. М., 2003. С. 132.

[93] Большой толковый социологический словарь. Collins. *Д. Джери, Дж. Джери.* Т. 1. М., 1999. С. 535.

[94] Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. Отв. ред. Журавлева И.В. М.: ИС РАН, 1989; Отношение населения к здоровью. Отв. ред. Журавлева И.В. М.: ИС РАН, 1993.

[95] *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья. М., 2002. С. 116–118; *Димов В.М.* Философия и социология здоровья. Курс лекций. Алматы, 1998. С. 89–90; *Никифоров Г.С.* Психология здоровья. СПб., 2002. С. 82–84.

[96] Здоровье человека как предмет социально-философского познания. М., 1989. С. 72, 77.

[97] *Ковалев В.И.* Мотивы поведения и деятельности. М.: ИП АН СССР, 1988. С. 21–37.

[98] *Маслоу А.* По направлению к психологии бытия. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002; *Маслоу А.* Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999.

[99] *Ильин Е.П.* Мотивация и мотивы. СПб, 2000. С. 23.

[100] *Хьелл Л., Зинглер Д.* Теории личности. СПб., 2000. С. 487–496.

[101] *Антонов А.И.* Микросоциология семьи. М., 1998. С. 236.

[102] *Реан А.А., Коломинский Я.Л.* Социальная педагогическая социология. СПб., 1999. С. 36.

[103] Философский энциклопедический словарь. М.,1983. С. 519.

[104] *Обуховский К.* Психология влечений человека. М., 1971.

[105] *Симонов П.В., Ершов П.М.* Темперамент, характер, личность. М., 1984.

[106] *Каверин С.Б.* О психологической классификации потребностей // Вопросы психологии. 1987. № 5. С. 123.

[107] *Маркс К., Энгельс Ф.* Соч. Т. 3. М., 1955. С. 26–27.

[108] *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. В 2 т. М.: Педагогика, 1989.

Глава II

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ НА УРОВНЕ ИНДИВИДА

Выбор показателей, соответствующих задачам социологического исследования, является важной методологической задачей. Отношение к здоровью индивида характеризуется четырьмя группами показателей: 1) самооценка здоровья, 2) ценность здоровья, 3) удовлетворенность состоянием здоровья, 4) деятельность по сохранению здоровья.

2.1. САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ

Самооценка здоровья – это оценка индивидом своего физического и психического состояния, ключевой показатель отношения к здоровью, для которого характерны три основные функции: 1) регулятивная, 2) оценочная, 3) прогностическая.

Самооценка как интегральный показатель заключает в себе оценку не только наличия или отсутствия симптомов заболевания, но и психологического благополучия – своих возможностей и качеств, осознания жизненной перспективы, своего места среди других людей[1]. Люди, как правило, оценивают свое здоровье с точки зрения возможности выполнять социальные функции и роли. Исследования показали, что психологический дистресс, депрессивные симптомы влияют на трудоспособность и самооценку здоровья сильнее, чем многие серьезные хронические заболевания[2]. Это, собственно, и обусловливает регулятивную функцию самооценки здоровья. Вместе с тем самооценка физического и психического состояния выступает в качестве реального показателя здоровья людей. Еще Гиппократ определял здоровье как субъективно-психологическое ощущение. Хотя субъективные оценки априори не могут быть полностью надежными при определении истинного состояния здоровья, обнаружена довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной ха-

рактеристики здоровья, выявленная в результате различных исследовательских процедур, в частности, путем сравнения самооценок и данных медицинских карт – совпадение зафиксировано в 70–80% случаев[3].

Более того, в результате нескольких лонгитюдных исследований пожилых людей было установлено, что с помощью самооценок здоровья можно прогнозировать будущую смертность, учитывая известные факторы риска и социально-демографические показатели, причем такие прогнозы оказывались даже точнее врачебных[4]. Кроме того, самооценка здоровья как социологический показатель позволяет косвенным образом характеризовать и тех респондентов, которые не обращаются к врачам, но имеют отклонения в здоровье, и таким образом формировать потенциальные группы риска, т.е. прогнозировать тенденции состояния здоровья населения. В то же время нельзя не учитывать того обстоятельства, что респондент оценивает свое здоровье в соответствии со сложившимися культурными стандартами и нормами. Об этом свидетельствует значительный процент случаев, когда опрашиваемые по своему социомедицинскому статусу относились к категории больных (при опросе, например в кардиологическом, онкологическом и других отделениях больниц)[5] и тем не менее оценивали свое здоровье как "хорошее". Это является доказательством того, что люди обычно интерпретируют здоровье скорее как физическую дееспособность, возможность выполнять свои привычные обязанности, а не как наличие или отсутствие конкретных симптомов болезни. Наши наблюдения, касающиеся подобных трактовок здоровья, могут быть также подтверждены результатами исследования петербургских социологов[6].

Таким образом, многоплановость самооценки и в качестве мотивационной детерминанты поведения относительно факторов, способствующих или угрожающих здоровью, и в качестве показателя здоровья (реального и на перспективу) заслуживает пристального внимания и анализа. Не случайно практически все исследования по проблемам здоровья включают в себя самооценку в качестве точки отсчета при характеристике различных аспектов здоровья[7].

Анализ самооценок здоровья взрослых в различных исследованиях за период с 70-х годов XX в. до 2002 г. показывает, что для россиян преобладающими ответами являются оценки здоровья как "хорошего" в диапазоне 20–30%, как "удовлетворительного" – 50–60% и как "плохого" – 10–15%. (Следует иметь в виду, что в различных исследованиях дифференциация самооценок мо-

жет иметь трех-пятичленную шкалу, что обусловливает соответствующую перегруппировку данных[8].) Это свидетельствует о достаточной временной и территориальной устойчивости показателя, находящегося под влиянием комплекса факторов, основными из которых являются пол, возраст, уровень образования, социальный статус, уровень территориальной общности, национальная принадлежность и условия жизнедеятельности. Интересно, что по показателю самооценки здоровья россияне, а в бытность СССР и советские люди, проживавшие в различных республиках, краях и областях, существенно отличались и отличаются от представителей других стран, где самооценка здоровья значительно выше. Так, в Великобритании в 1980 г. в исследовании, охватившем 25 тыс. семей, "отличным" назвали здоровье 31% опрошенных, "хорошим" – 34%, удовлетворительным – 21% и "плохим" – 10%[9]. Аналогичные данные получены в Финляндии в 1991 г.: "очень хорошее" здоровье у 19% мужчин и 16% женщин, "довольно хорошее" у 43% и 43% соответственно, "нормальное" у 32% и 33%, "скорее плохое" и "очень плохое" – у 7% мужчин и 7% женщин"[10].

Распределение самооценок в зависимости от возраста показывает традиционную картину снижения уровня здоровья с возрастом. Причем данный субъективный показатель позволил нам зафиксировать рубеж, на котором происходит "скачок" в ухудшении состояния здоровья – это примерно 35-летний возраст[11]. Это позволяет сделать вывод о целесообразности проведения профилактической работы в сфере здоровья дифференцированно по возрастам. При этом необходимо уделять особое внимание "критическому" для здоровья возрастному рубежу.

Гендерные различия в самооценках здоровья характеризуются традиционно завышенной самооценкой здоровья мужчин по сравнению с женщинами практически во всех возрастных категориях. Образование также неизменно оказывается важным фактором для самооценки здоровья – менее образованные респонденты всегда хуже оценивают свое здоровье. Особенно это относится к мужчинам[12].

Изменение социально-экономической ситуации в стране, снижение жизненного уровня и увеличение стрессогенных нагрузок обусловили снижение уровня здоровья населения в целом. Как показали панельные исследования Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) за шестилетний период (1994–2000 гг.), у одних и тех же респондентов, участвовавших во всех "волнах" мониторинга, уменьшилось число оценивающих здоровье как "очень хоро-

шее" и "хорошее" у мужчин и женщин, и увеличилась доля мужчин с "плохим" здоровьем, что позволяет сделать вывод о том, что "мужчины сложнее переносят экономические проблемы, поскольку не используют эффект культурных и социальных факторов так, как женщины"[13].

По данным того же исследования, самооценка здоровья россиян в последние годы реформ зависела от постоянного места проживания и национальности. Городские жители (мужчины и женщины) реже (на 30%) давали высокие оценки своему физическому здоровью, чем сельские. Этот показатель устойчив и при контроле другими факторами. Мужчины-горожане выше оценивали свое эмоциональное здоровье. Респонденты неславянских национальностей, как мужчины, так и женщины, в 2,5–3 раза чаще оценивали свое физическое здоровье как "хорошее" и "очень хорошее". У женщин неславянских национальностей разница в самооценке здоровья возрастала при контроле экономическими переменными и падала при контроле поведенческими и социальными. Аналогичные результаты получены и в наших исследованиях в Душанбе и Тбилиси.

Кроме корреляций с факторами социально-демографического характера выявлена связь с социально-психологическими переменными, в частности с установками респондентов на степень ответственности за свое здоровье. В исследовании "Ваше здоровье" респондентам предлагалось выбрать один из трех возможных факторов ("условия жизни", "усилия человека", "наследственность"), который, по их мнению, в наибольшей степени обусловливал состояние их здоровья. В Оренбурге 56% ответивших выбрали "условия жизни", 26% – "усилия самого человека", 5% – "наследственность", 13% затруднились с ответом.

Если рассмотреть группы опрошенных по самооценке здоровья в зависимости от выбранного фактора, то очевидна четкая тенденция возрастания, по мере ухудшения состояния здоровья, доли респондентов, выбравших "условия жизни", и противоположная тенденция – чем здоровье лучше, тем больше указавших на значение "собственных усилий человека" для здоровья (см. рис. 2.1).

Гендерные различия в самооценках здоровья традиционны: в группе с "хорошим здоровьем" незначительно, но преобладают мужчины (53%). Большинство из них считают, что здоровье зависит от "условий жизни", на "усилия человека" надеется лишь каждый третий. У женщин примерно одинаковые доли (42 и 41%) выбравших первые два фактора. Но в сравнении с мужчинами у них большая доля тех, кто выбрал "усилия человека"[14].

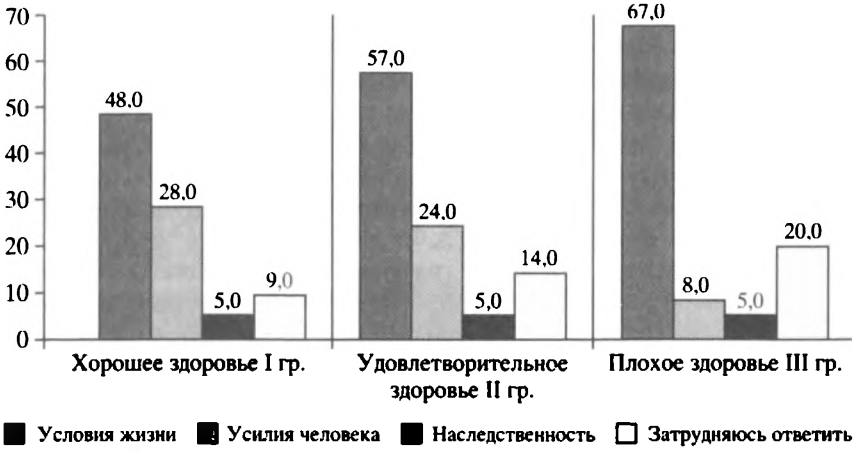

Рис. 2.1. Зависимость состояния здоровья от трех основных факторов, влияющих на здоровье (Оренбург, %)

В группе с "удовлетворительным здоровьем" женщин в 1,5 раза больше, чем мужчин. И у мужчин, и у женщин доля выбравших "условия жизни" в 2,5 раза превышает долю отметивших "усилия человека", т. е. здесь больше, чем в предыдущей группе, надежда на здоровье связывается с "условиями жизни".

В группе с "плохим здоровьем" женщин вдвое больше, чем мужчин. Здесь среди тех, кто надеется на "усилия человека", мужчин в 4 раза больше, чем женщин, т.е. мужчины начинают думать о собственных усилиях в связи с состоянием здоровья только тогда, когда ухудшается их самочувствие. Женщины заботятся о здоровье, даже не имея болезненных симптомов.

Характерно соотношение между долями респондентов, выбравших "условия жизни" и "усилия человека", в различных группах по самооценке здоровья (рис. 2.1): чем хуже здоровье, тем больше разрыв между величинами. В I-й группе с "хорошим" здоровьем это – 1,2 (48% : 38%), во II-й группе с "удовлетворительным" – 2,4, в III-й группе с "плохим" – 13,4. По мере ухудшения здоровья люди все больше надеются на "условия жизни", проявляя беспомощность перед лицом болезни. Особенно это характерно для мужчин.

Определенным образом сказывается на выборе респондентом факторов, определяющих здоровье, принадлежность к той или иной социальной группе. Доля рабочих во всех группах с разной самооценкой здоровья примерно одинаковая, причем у рабочих не обнаружена корреляция между состоянием здоровья и

предпочитаемым фактором. Независимо от самочувствия предпочтение отдается "условиям жизни", а вера в "собственные усилия" низка. Среди служащих взгляд на "условия жизни" как определяющий фактор здоровья меняется в зависимости от самочувствия: чем хуже здоровье, тем больше ищут объяснение в "условиях жизни" и меньше надеются на себя (доля выбравших "усилия человека" уменьшается от 40% в I группе до 9,5% в III-й группе).

При сравнении установок рабочих и служащих на выбор факторов здоровья оказывается, что во всех группах с разным уровнем здоровья служащие больше рабочих уповают на "собственные усилия" по поддержанию здоровья. В определенной степени здесь сказывается уровень образования, который, как показали наши предыдущие исследования, коррелирует со степенью активности в отношении своего здоровья. Студенты и учащиеся независимо от состояния здоровья отдают предпочтение фактору "условия жизни".

В отдельную подгруппу из служащих с высшим образованием были выделены врачи, поскольку из работ других исследователей было известно, что врачи характеризуются более негативным отношением к своему здоровью, чем представители других профессиональных групп[15]. Наши результаты подтвердили выводы предшественников[16].

Распределение предпочтений по тому или иному фактору в зависимости от самооценки здоровья и профессиональной принадлежности обнаруживает, что респонденты всех профессий с различным состоянием здоровья в большей степени предпочитают фактор "условия жизни". Исключение составляют лишь служащие без высшего образования и врачи. Разница между группами по самооценке здоровья состоит только в том, что меняется соотношение между долями выбравших "условия жизни" и "усилия человека". Мужчины более оптимистичны в своих оценках.

Среди трех основных факторов, обусловливающих состояние здоровья, мужчины отдают предпочтение "условиям жизни" до тех пор, пока их здоровье не становится плохим – тогда они вспоминают о роли собственных усилий. Женщины заботятся о здоровье, даже имея хорошее здоровье. Но, в общем, по мере ухудшения здоровья респонденты все больше надеются на "условия жизни", проявляя беспомощность и незнание возможностей своего организма.

В целом, представленные данные позволяют сделать вывод о том, что самооценка здоровья является значимым информативным показателем здоровья, позволяющим получить достаточно

объективное представление не только о состоянии здоровья индивида в момент опроса и на перспективу, но и о его социально-психологическом благополучии. Искомый показатель характеризуется временной и территориальной устойчивостью. Зафиксированы корреляции самооценки здоровья с полом, возрастом, профессией, национальностью, местом проживания респондентов. Достоверна также связь самооценки здоровья с установками на степень ответственности индивида за свое здоровье.

2.2. ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННАЯ ЦЕННОСТЬ

В определении феномена "ценности" мы солидаризируемся с Н.И. Лапиным, который понимает под ценностями "обобщенные цели и средства их достижения, выполняющие роль фундаментальных норм. Они обеспечивают интеграцию общества, помогая индивидам осуществлять социально одобряемый выбор своего поведения"[17].

Базовые ценности индивида формируются в период первичной социализации и обычно остаются достаточно стабильными, претерпевая изменения лишь в кризисные периоды жизни человека и его социальной среды. Эти изменения касаются преимущественно структуры ценностей, т.е. перемещений, рангов, когда одни ценности получают более высокий статус, другие становятся менее значимыми – в этом заключается их социокультурный смысл[18].

Основы ценностного подхода к здоровью были сформулированы болгарскими учеными М. Поповым и П. Михайловым и россиянами А.М. Изуткиным, А.Ф. Полисом, В.П. Петленко, А.Я. Иванюшкиным. Обычно выделяют три уровня ценности здоровья: биологический – здоровье как саморегулирующаяся адаптирующаяся система организма; социальный – здоровье как мера социальной активности индивида; и психологический – здоровье не как отсутствие болезни, а как стратегия ее преодоления[19].

Специфика ценности здоровья как феномена заключается в ее латентном характере – большинство людей осознают ценность здоровья только тогда, когда оно находится под угрозой. Подобное отношение человека к своему здоровью свидетельствует о существовании ценности здоровья как объективного явления и как его отражения в сознании субъекта.

На уровне индивидуального сознания здоровье как феномен характеризуется тремя специфическими чертами: 1) тесной взаи-

мосвязью субъективно-объективных характеристик; 2) постоянным наличием данной ценности (наряду с ценностью человеческой жизни) 3) долгосрочностью изменения состояния здоровья[20].

Под субъективно-объективными характеристиками понимается взаимосвязь объекта (здоровья) и субъекта (отношение к здоровью) в ситуации, когда объект является неотъемлемой частью субъекта. Объективная сторона ценности здоровья возникает с момента осознания человеком своего существования и сохраняется до его смерти. При этом люди привыкают к обладанию этой жизненно важной ценностью и обнаруживают ее значимость только в случае утраты. Долгосрочное изменение состояния здоровья предполагает способность здоровья постепенно латентно ухудшаться (в отличие от резких потерь, например, работы, денег, семьи). Поэтому здоровье воспринимается индивидом как ресурс, который может быть использован для получения других ценностей (денег, работы, любви и пр.).

Принципиально важным моментом является обусловленность индивидуальной ценности здоровья ценностью этого феномена на уровне общественного сознания. На этом, более высоком, уровне здоровье рассматривают как социальную, политическую и экономическую ценность. Декларирование здоровья как социальной, гуманистической ценности было характерно для социалистической системы. Право на здоровье и бесплатную медицинскую помощь было закреплено в законодательном порядке и возлагало определенную ответственность за здоровье граждан на государство. С государственной точки зрения здоровье является прежде всего политической и экономической ценностью, а состояние здоровья нации обусловливает национальную безопасность и уровень развития экономики.

Ценность здоровья в различных экономических системах реализуется в соответствии с доминирующим консенсусом ценностей. В США, где система здравоохранения имеет преимущественно частнопредпринимательский характер, здоровье, как сугубо инструментальная ценность, достигается за счет высокого уровня доходов. Быть здоровым престижно, и каждый лично отвечает за свое здоровье. В западноевропейских странах медицинская помощь является видом социального страхования, и уровень здоровья основывается на "принципе солидарности" – перераспределении финансовых ресурсов от материально обеспеченных здоровых членов общества к социально не защищенным слоям населения[21].

Но, независимо от экономической системы обеспечения здоровья, ценность общественного здоровья с социокультурной точ-

ки зрения неизменно является инструментальной ценностью, т.е. средством достижения более высоких социальных целей.

Индивидуальная ценность здоровья в зависимости от психосоматического и психологического состояния индивида может быть как фундаментальной, так и инструментальной. Для здорового человека здоровье – это возможность полноценной жизни, т.е. инструментальная ценность. Для пожилого, больного человека здоровье нередко становится главным в жизни, т.е. фундаментальной ценностью. Если же такого рода ценность характерна для здорового человека, то это свидетельствует о гипертрофированном чувстве самосохранения, не имеющем позитивно-ценностного содержания. Доминирующей ценностью здоровья является именно инструментальная, что не уменьшает значимости здоровья как важнейшего компонента человеческой жизни.

Ретроспективный анализ феномена "ценность здоровья" обнаруживает, что на протяжении нашей давней и недавней истории индивидуальная жизнь человека была полностью подчинена интересам общества. Исторически сложившиеся социальные нормы в отношении здоровья транслировались в виде традиций из поколения в поколение. При этом до 1917 г. доминировала православная концепция с ее первичностью духовной жизни и небрежением телесной, а после революции задачи построения коммунизма оттеснили на периферию сознания ценность здоровья и трансформировали ее. Хотя массовое физкультурное движение создавало видимость заботы государства о здоровье нации, фактически это была забота о функционировании "винтиков" большой государственной машины.

В советский период нашей истории постулировалось публичное провозглашение ценности человека ("Все для блага человека!") в сочетании с пренебрежением к жизни отдельного индивида. Это естественным образом формировало небрежное отношение к поддержанию и сохранению здоровья и даже жизни.

Социально-экономические изменения в начале 90-х годов внесли существенные коррективы в иерархию ценностей. На уровне государственной политики исчезли лозунги о ценности индивидуального здоровья как общественного богатства. Система здравоохранения практическими действиями (плата за лечение, высокие цены на лекарства и проч.) реально повлияла на изменение ценности индивидуального здоровья, поставив россиян перед фактом: забота о здоровье – это дело индивида, а не государства. Резкая замена патерналистской концепции здравоохранения на индивидуалистическую была не до конца осознана населением и не привела пока к коренному изменению отношения

к здоровью и самосохранительного поведения. Сегодня характерной чертой отношения к здоровью на государственном уровне как было, так и остается расхождение между провозглашаемыми социальными нормами и условиями для их реализации. На фоне декларируемого конституционного права каждого человека на здоровье фактически отсутствуют необходимые условия для соответствующего самосохранительного поведения. Как считает И.Н. Веселкова, "российскому обществу свойственна глубоко деформированная система ценностей, в которой ценности здоровья и жизни отдельного человека занимают слишком незначительное место, чтобы они были способны мобилизовать необходимые экономические ресурсы и социальную энергию на свою защиту"[22]. Как следствие этой ситуации – у россиян в последнее десятилетие изменилась структура основных жизненных ценностей.

По данным нашего исследования "Ваше здоровье", в начале 90-х годов при оценке 10 жизненных ценностей респонденты ставили "здоровье" на 3-е место после "работы" и "семьи". При этом ценность здоровья для них определялась его инструментальным характером. В ответах на вопрос "Что способствует достижению жизненного успеха в первую очередь?" наибольшие доли ответов пришлись на "здоровье" и "материальный достаток". При этом из набора мнений о значении здоровья в жизни человека респонденты чаще всего выбирали "Здоровье – это, конечно, важно, но иногда можно и забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечений и т.п."

Инструментальную ценность здоровья подтверждали и намерения респондентов поехать на работу в страну (этот и далее – прожективные вопросы), климат которой вреден для здоровья, – лишь менее половины отказались бы от поездки; и намерения работать на вредном производстве – только 27% заявили, что не стали бы работать ни при каких условиях, а более половины работали бы, пока позволяло здоровье и даже в случае заболевания ради возможного получения квартиры, большой пенсии, достойного материального обеспечения. Такое отношение к здоровью является следствием отсутствия выбора у населения средств для достижения необходимых жизненных благ, и здоровье при этом оказывается единственным доступным ресурсом человека, даже не всегда осознаваемым.

Наличие в структуре ценностей у советского человека сильной идеологической компоненты не позволяло ему адекватно воспринимать значение своего собственного здоровья. Так, на вопрос "Ходите ли Вы на работу с недомоганием, и если ходите,

Таблица 1

Динамика жизненных ценностей населения по данным социально-гигиенического мониторинга[24] (%)

Жизненные ценности	Все опрошенные			В том числе в возрасте до 30 лет		
	1991	1997	1999	1991	1997	1999
Здоровье	73,8	78,2	75,8	77,8	71,9	73,8
Дети	73,3	47,4	64,9	75,7	39,3	56,7
Семья	83,6	50,8	64,7	95,8	55,9	57,4
Работа	33,3	22,1	49,0	38,0	26,9	30,6
Деньги	–	51,4	57,6	–	60,7	56,6

то почему?" оказалось, что 30% респондентов "часто", а 59% "иногда" ходят на работу с недомоганием, прежде всего из "чувства долга", "ответственности" и боязни, что "недостаточно болен для получения больничного листа"[23].

Итак, для россиян главная ценность здоровья состояла раньше и состоит сейчас в возможности его эксплуатировать, использовать для удовлетворения других потребностей. Логичным было бы предположить, что люди должны заботиться о сохранении и поддержании этого ресурса – здоровья – в оптимальном состоянии. Но данные исследования свидетельствуют, что люди не только не ориентированы на сохранение своего здоровья, но и нормативные представления перестраивают таким образом, чтобы оправдать свое бездействие в этом отношении. Причем низкая культура самосохранения способствует снижению ценности здоровья в ее фундаментальном значении и росту ее инструментальной составляющей.

Как следствие этих процессов – к концу 90-х годов "здоровье" заняло 1-е место в системе ценностей горожан как инструментальная ценность. По данным социально-гигиенических исследований здоровья НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, проведенных на 15 территориях страны, если в 1991 г. в структуре основных жизненных ценностей взрослого населения здоровье уступало первенство "семье", конкурируя с ценностью "детей", то в 1999 г. оно оказалось на 1-м месте со значительным "отрывом" от других ценностей (см. табл. 1).

Такое выдвижение здоровья в качестве доминанты ценностей обусловлено не ростом культуры здоровья, а новым пониманием значения здоровья в условиях адаптации к новым экономическим

требованиям. Работа значительной части населения в коммерческом и частном секторе экономики потребовала приобщения к западным стандартам самосохранения, по которым здоровье признается "неотъемлемой характеристикой профессиональной ценности и перспективности личности на рынке труда"[25]. Эти новые стандарты стали предъявляться при найме на работу, формируя таким образом новые социальные нормы в сфере здоровья, которые, не будучи подкрепленными соответствующей социальной политикой, ставят население перед необходимостью перестраивать систему ценностей опытным путем.

Негативный вклад в этот процесс вносят средства массовой информации, которые, не формируя позитивных ценностей в сфере здоровья, активно пропагандируют приверженность вредным привычкам, чем наносят существенный вред здоровью, особенно здоровью подростков и молодежи – категорий населения, наиболее подверженных психологическому воздействию, как позитивному, так и негативному. К сожалению, позитивные возможности остаются наименее востребованными, тогда как именно от сегодняшнего отношения молодежи к здоровью зависит ценность здоровья и его состояние у следующих поколений. Итак, ценность здоровья, которая априори относится к первичным витальным потребностям индивида, в сложных условиях трансформации общественных процессов оказывается вынужденной обеспечивать более сложные человеческие потребности, например, интерактивные (в общении, взаимодействии с другими людьми), социализационные (в усвоении норм, образцов поведения, принятых в обществе) и т.п. И в этом смысле ценность здоровья выступает как важный социокультурный показатель.

2.3. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ИНДИВИДА ЗДОРОВЬЕМ И ЖИЗНЬЮ В ЦЕЛОМ

Показатель удовлетворенности индивида своим здоровьем является интегральным психо-социальным эмпирическим показателем, поскольку, с одной стороны, он характеризует именно самооценку здоровья и отношение индивида к своей самооценке, с другой стороны, находится в сложном взаимодействии с оценками параметров качества жизни (жилищными условиями, характером питания, медицинского обслуживания, материальным благополучием т.п.) и удовлетворенностью жизнью в целом. Об этом свидетельствуют данные ВЦИОМа по исследованию качества жизни (в 1997 г. опрошено 2406 чел., см. табл. 2).

Таблица 2

Удовлетворенность здоровьем и жизнью в целом[26] (%)

		Здоровьем		Жизнью в целом	
		вполне удовл.	совсем не удовл.	вполне удовл.	совсем не удовл.
По полу	мужчины	22,8	14,2	11,5	17,9
	женщины	11,8	25,7	4,8	20,9
По возрасту	до 29 лет	35,4	7,6	12,8	16,2
	30–49 лет	14,3	14,8	6,9	17,0
	50 лет и старше	5,5	36,5	5,2	25,0
По образованию	высшее, незаконч. высшее	16,0	12,9	7,9	13,7
	среднее, ср. специальное	19,6	15,5	8,2	15,5
	ниже среднего	13,7	29,0	7,4	26,4
По доходу	высокий	24,8	12,7	11,1	8,3
	средний	12,9	22,4	6,5	18,7
	низкий	16,7	20,1	6,7	28,2
По типу поселения	Москва, Санкт-Петербург	21,2	20,8	13,8	16,5
	большие города	16,9	18,5	7,5	16,0
	средние и малые	18,3	23,4	7,1	23,8
	села	12,9	18,1	7,1	17,3

В целом, показатели удовлетворенности здоровьем по всем позициям примерно вдвое превышают соответствующие показатели удовлетворенности жизнью, тогда как доли ответов о неудовлетворенности здоровьем и жизнью близки по величине и находятся в пределах допустимой погрешности.

Мужчины традиционно выше, чем женщины, оценивают и состояние своего здоровья, в данном случае удовлетворенность здоровьем, и удовлетворенность жизнью. Неудовлетворенных здоровьем и жизнью женщин больше, чем мужчин.

Аналогичные тенденции связаны с распределением респондентов по возрастным группам и доходу: с увеличением возраста растет доля неудовлетворенных здоровьем и жизнью. Образовательный уровень не оказывает существенного влияния на удовлетворенность здоровьем и жизнью в целом, но является значимым фактором при измерении неудовлетворенности: чем выше образование респондентов, тем меньше доля неудовлетворен-

Таблица 3

Социально-психологические проблемы населения[27] (%)

	1991	1997	1999
Удовлетворенность своей жизнью	79,7	42,9	40,2
Наличие стрессовых ситуаций	55,7	66,8	67,3
Чувство одиночества	37,4	66,3	52,9

ных. Тип поселения выявил наибольшую неудовлетворенность как здоровьем, так и жизнью в целом в средних и малых городах, по сравнению с другими типами поселения.

Валидность приведенных данных подтверждается данными мониторинговых исследований (1989–2000 гг.) НИИ им. Н.А. Семашко. По их результатам, в 1997 г. "отличным и хорошим" назвали свое здоровье 22% мужчин и 11,9% женщин (что полностью совпадает с данными ВЦИОМа). Анализ показателя "удовлетворенность своей жизнью" в динамике обнаруживает резкое снижение доли лиц, удовлетворенных жизнью, за период социально-экономических преобразований 1991–1999 гг. (см. табл. 3).

Если в 1991 г. испытывала чувство удовлетворенности жизнью подавляющая часть взрослого населения (79,7%), то к 1999 г. доля удовлетворенных жизнью сократилась вдвое (40,2%), в то же время увеличилась доля лиц, испытывающих чувство одиночества и подверженных стрессовым ситуациям. У мужчин и женщин, указавших на наличие стресса в их жизни, отмечаются значительно более низкие субъективные оценки здоровья, ускоренная динамика возрастных изменений и увеличение распространенности основных неинфекционных заболеваний (болезни системы кровообращения, органов пищеварения и т.п.).

Таким образом, изменение качества жизни населения в последнее десятилетие, характеризующееся ухудшением материальной сферы жизни и резкой сменой ценностных ориентаций, приводит не только к психологическому дискомфорту, стрессу, но на его фоне – к ускоренному развитию патологии, ухудшению здоровья.

Субъективные показатели удовлетворенности здоровьем и жизнью в целом отражают в определенной степени реальную ситуацию и могут использоваться наряду с другими количественными и качественными показателями здоровья.

2.4. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИНДИВИДА ПО СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Рассмотренные выше показатели отношения индивида к здоровью – самооценка и ценность здоровья – обусловливают соответствующее поведение индивида, которое мы называем *самосохранительным. Это система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни.* Эмпирическим индикатором самосохранительного поведения (ССП) является деятельность индивида по заботе о своем здоровье.

Существует два основных методологических подхода к изучению данного процесса. В западной социологии распространена концепция, в связи с которой люди, утратившие социальные обязанности, свободны в своем решении отказаться (или нет) от сохранения своего здоровья без страха нарушить таким путем общественные моральные нормы. Данная концепция постулирует отношение к своему здоровью как к сугубо личному делу[28].

Противоположная концепция квалифицирует заботу о сохранении здоровья как обязанность перед обществом. А.Б. Тугаринов видит при этом несколько возможных подходов, в соответствии с которыми эта социальная обязанность может рассматриваться: 1) как особая самообязанность человека (пока наше общество не достигло этого уровня самосознания); 2) как результат соглашения, основанного на объективных показателях здоровья человека (например, при приеме на работу в авиации); 3) как следствие выполнения других обязанностей, соблюдение которых требует поддержания здоровья (например, семейные взаимоотношения); 4) как результат действия более общих социальных обстоятельств для конкретного человека (например, форс-мажорные обстоятельства)[29].

Перечисленные подходы свидетельствуют о многозначности понятия "забота о здоровье", востребованности его в различных сферах общественной и индивидуальной жизни. В широком смысле забота о здоровье отражается в образе жизни индивида, в узком смысле – в видах деятельности, непосредственно связанных со здоровьем. Рассмотрим более подробно второй аспект, который был предметом детального анализа в исследовании "Ваше здоровье", где мы раскрыли содержание "заботы о здоровье" в перечне возможных форм заботы: правильно питаться, своевременно обращаться к врачам, избегать курения, физического переутомления, вести активный образ жизни и т.п. (всего 14), и попросили респондентов выразить свое отношение к ним. Подавляющее большинство опрошенных (60–92%) в трех городах

(Оренбург, Мурманск, Душанбе) выразили свое согласие с необходимостью заботиться о здоровье: правильно организовывать питание и отказаться от курения (указали 91–94%); использовать свободное время и отпуск для укрепления здоровья, занятий спортом (80–90%); своевременно обращаться к врачам, проходить профосмотры, диспансеризацию, отказываться от спиртных напитков, соблюдать режим сна и отдыха (70–80%); избегать переутомления умственного и физического, работы на вредном производстве, знакомиться с информацией о симптомах различных заболеваний (61–65%); и, наконец, 39–60% респондентов не включили в понимание заботы о здоровье "самолечение" (за него высказались 20–22% в Оренбурге и Мурманске и 43,8% – в Душанбе)[30].

Итак, можно говорить, что у опрошенных существуют определенные представления о том, что нужно делать, чтобы сохранить здоровье, т.е. их взгляды соответствуют существующим социальным нормам. Но, как известно, реальное поведение существенно отличается от ценностных представлений. Поэтому лишь 10% опрошенных в наших исследованиях (и такой же процент по данным ВЦИОМа[31]) делали утреннюю зарядку, около 30% ходили в спортзал и бассейн, 32% уделяли внимание оздоровительным диетам, 52% старались использовать активные формы досуга.

Но наиболее показательными являются данные об отношении к своему здоровью и степени ответственности за него, полученные при проведении медицинскими работниками профилактических обследований. После четырех письменных приглашений явиться в удобное время к врачу-кардиологу пришли лишь 57% приглашенных мужчин в возрасте 40–59 лет. Даже среди больных ишемической болезнью и гипертонией отказываются от диспансерного наблюдения соответственно 22% и 32% стоящих на учете в поликлинике[32].

Важной характеристикой заботы о здоровье является **возраст начала заботы**. Нормативные представления об этом показателе таковы, что 62–65% респондентов в трех городах считают, что подобную заботу нужно проявлять "с детства", "с рождения". Но при ответе на вопрос: "Когда Вы сами начали заботиться о здоровье?" оказалось, что с детского возраста уделяют внимание заботе о здоровье всего 5–7% респондентов, чуть больше (6–8%) – с 11–15 лет. Наибольшая доля (13–17%) респондентов стала беспокоиться о здоровье в юности (16–25 лет) и в молодости (26–35 лет) – 11–12%. Почти половина (43%) опрошенных затруднились ответить на этот вопрос, а 10% ответили, что никогда

Таблица 4[33]

Распределение причин заботы о здоровье в зависимости от самооценок здоровья (Оренбург, %)

	Хорошее здоровье	Удовл. здоровье	Плохое здоровье
	I гр.	II гр.	III гр.
Воспитание	25,4	10,7	7,9
Влияние окружающих людей	26,5	11,8	4,8
Медицинская информация	9,9	11,4	6,3
Ухудшение здоровья	30,4	61,1	77,8
Возраст	4,4	1,8	1,6
N (чел.)	179	434	61

не заботились. Очевидны весьма существенные расхождения между нормами и реальным поведением.

Что касается **регулярности заботы о здоровье**, то постоянно делают это лишь 14–18%, хотя считают, что человек должен всегда заботиться о здоровье 77–78% респондентов в трех городах, т.е. представления о норме поведения и его фактические эквиваленты также не совпадают. Интересна и противоположная зависимость: всего 7–9% опрошенных считают, что заботиться о здоровье следует только в случае, если человек болен, и в то же время 53–57% респодентов назвали "ухудшение здоровья" в качестве основной причины заботы о здоровье в Мурманске и Оренбурге. В Душанбе эта доля существенно меньше – 40,5%.

62–70% опрошенных соглашаются с высказыванием о том, что "при малейшем подозрении на болезнь нужно идти к врачу, чтобы не дать болезни развиться". В реальности при наличии повода для беспокойства о здоровье почти у двух третей опрошенных их здравоохранительные акты обусловливаются иной мотивировкой.

Анализ **причин заботы о здоровье** в зависимости от состояния здоровья показывает, что чем лучше здоровье, тем в большей степени важны факторы воспитания и влияния окружающих людей (см. табл. 4).

При сравнении групп респондентов с различной самооценкой здоровья (от "хорошего" I гр. до "плохого" III гр.) значимость фактора "воспитание" уменьшается в 3,2 раза, "влияние окружающих людей" – в 5,5 раза, "медицинская информация" – в 1,6 раза, тогда как доля фактора "ухудшение здоровья" увеличивается в 2,5 раза.

Таким образом, можно сказать, что респонденты с "хорошим здоровьем" обладают им, главным образом, благодаря воспитанию, гигиенической грамотности и информированности – это и есть результат заботы о здоровье и рационального поведения в сфере здоровья, причем оно в большей степени характерно для женщин, чем для мужчин.

Важную роль для понимания поведения человека имеет осознание им **обстоятельств, препятствующих заботе** о здоровье. Интересно сравнить число ответов, полученных на прямой вопрос о наличии заботы (только 4–7% указали, что никогда не заботятся о здоровье), и долей принявших участие в ответе на вопрос: "Если не заботитесь, то почему?" – 62–70% респондентов ответили на этот контрольный вопрос, который выявил реальное число не проявлявших заботы о своем здоровье.

Среди респондентов, не заботящихся о своем здоровье, есть определенное единодушие в объяснении своего поведения. На первом месте в Оренбурге и Мурманске – "не хватает силы воли" (29 и 22%), а на втором – "нет соответствующих условий" (23 и 16%). В то же время тех, кто отметил "не знаю, как это делать", в Оренбурге в 2 раза больше, а "мне не нужно заботиться, я и так здоров" – почти в 4 раза больше, чем в Мурманске. В ответах душанбинцев на первое место вышло "нет времени" (33%) – вариант, отсутствовавший в предыдущих исследованиях. Как правило, за таким ответом скрывается стремление уйти от ответа. Далее следует: "нет соответствующих условий" (18%) и "не хватает силы воли" (12%), т.е. ответы подобны приведенным выше.

Два основных варианта ответов (по числу выбравших их) как бы предполагают желание заботиться, стесненное обстоятельствами. На них падает более 50% ответов (в Душанбе – 30%). Остальные ответы можно трактовать как показатель отсутствия потребности в каких бы то ни было действиях в связи с заботой о здоровье.

Итак, можно сказать, что основными препятствиями для заботы о здоровье (при наличии определенных установок у респондентов и нормативных представлений о данном предмете) являются субъективная причина – "не хватает силы воли" и объективная – "нет нужных условий". Думается, что работа по двум этим направлениям (усиление профилактической, просветительской работы и укрепление материальной базы) могла бы в определенной мере изменить существующее положение.

Забота о здоровье ассоциируется, прежде всего, с медициной, лечебными учреждениями и **врачебной помощью**. Логично было

бы предположить, что наиболее дисциплинированными в отношении здоровья должны быть люди с низкой самооценкой здоровья. Однако, как ни парадоксально на первый взгляд, но лица с хорошей самооценкой здоровья в случае болезни чаще обращаются к врачу, чем с плохой (44% – первые и 29% – вторые), при том, что вторые чаще, чем первые, не обращая на болезнь внимания, продолжают работать (21 и 26%). Наиболее беспечны в этом отношении лица с удовлетворительной самооценкой здоровья – 33% представителей этой группы намерены работать в болезненном состоянии, при этом они чаще прибегают к помощи лекарственных средств (22%) в сравнении с имеющими плохую (21%) и хорошую (14%) самооценку[34].

Несвоевременность обращения к врачу в случае болезни респонденты с плохой самооценкой своего здоровья объясняют нехваткой времени. Именно этой категории опрошенных почти вдвое труднее, чем респондентам с хорошей самооценкой, попасть к врачу (33 и 17%). Однако дело не столько в недостатке времени, сколько, как об этом свидетельствует анализ свободного и внерабочего времени респондентов, в неумении его организовать.

Косвенно это подтверждается тем, что именно среди людей с низкой самооценкой преобладают те, кто не делает утреннюю гимнастику, не совершает прогулки, не занимается спортом, не соблюдает режим вечернего приема пищи и даже реже бывает в кино, театрах и др. Но помимо косвенных аргументов, снимающих недостаток времени как мотивировку недостаточной обращаемости к врачу, есть и прямые мотивационные детерминанты. На вопрос: "В каких случаях, по Вашему мнению, следует обращаться к врачу?" ответ "во всех случаях болезни" в равной мере (47%) выбрали респонденты с хорошей и с плохой самооценкой здоровья и 40% с удовлетворительной; ответ "когда необходимо пройти обследование, профилактический осмотр" – 12% респондентов с хорошей самооценкой, 10% – с удовлетворительной и 7% – с плохой, т.е. самая низкая профилактическая ориентация у группы с низкой самооценкой здоровья.

Подтверждается это и другой позицией, согласно которой обращаться к врачу следует тогда, "когда состояние здоровья заметно ухудшится". Лица с низкой самооценкой так считают в 36% случаев, с удовлетворительной – в 39%, с хорошей – в 26%.

Очевидно, суждение о необходимости обращения к врачу не на начальных стадиях болезни, а преимущественно или даже только при ее усугублении, в несколько большей степени свойственно людям с удовлетворительной и низкой самооценкой

здоровья и толкает их к разного рода самооправданиям типа недостатка времени. Это же и делает их, в конечном счете, наибольшими потребителями врачебно-медицинской помощи. И действительно, если среди лиц с хорошей самооценкой здоровья за двенадцать месяцев, предшествующих исследованию, обращались к врачу 45% опрошенных, с удовлетворительной – 75%, то с низкой самооценкой – 94% опрошенных. Причем в первой группе (хорошее здоровье) это было 1–2-х разовое обращение (40 и 33%). Число обращений увеличивается до 3–6 и более раз у лиц с низкой самооценкой. Если проанализировать **причины обращений к врачу** опрошенных с различной самооценкой здоровья, то в определенной мере подтверждается высказанное ранее предположение о том, что несвоевременность обращений за медицинской помощью усугубляет болезнь, в результате чего повышается кратность посещения лечебных учреждений по поводу болезни. И действительно, основной причиной обращения к врачу лиц с низкой самооценкой здоровья является болезнь (61%) при 10% обращений в связи с профилактическим осмотром. Группа с удовлетворительной самооценкой: 53% обращений по поводу болезни и 19% – визиты профилактического характера. Респонденты с хорошей самооценкой здоровья: 43 и 30% соответственно. Следовательно, причина увеличения кратности обращений к врачу лиц с низкой самооценкой обусловлена не только состоянием их здоровья, но и их мотивами относительно того, в каких случаях следует обращаться за врачебной помощью. Среди них, как свидетельствуют данные, распространено мнение о том, что к врачу следует обращаться тогда, когда состояние здоровья заметно ухудшится, т.е. налицо неадекватная мотивация самосохранительного поведения относительно факторов лечебно-профилактического характера.

Позитивное самосохранительное поведение, как известно, предполагает не только своевременность обращения к врачу, но и **выполнение его предписаний и рекомендаций**. Здесь не наблюдается особых различий у представителей групп с разной самооценкой здоровья.

Одной из самых распространенных причин полного или частичного невыполнения предписаний и рекомендаций врача является мнение, "что болезнь пройдет без лечения". Лица с хорошей самооценкой заявили об этом в 46% случаев, с удовлетворительной – в 43% и с плохой – в 25%.

Среди причин невыполнения указаний врача названы, причем практически в равной пропорции во всех группах, "применение средств народной медицины" и "употребление лекарств, эффек-

тивных с точки зрения самих респондентов". В целом, чем ниже самооценка, тем респонденты менее склонны считаться с предписаниями врача относительно лекарств.

Определенные различия, обусловленные самооценкой здоровья, наблюдаются и в **формах заботы о здоровье**. Среди тех, кто оценивает свое здоровье как хорошее, в два раза больше (15%) регулярно делающих утреннюю гимнастику, чем среди удовлетворительно оценивающих здоровье (7%), и в три раза больше, чем в группе с плохой самооценкой (5%). Занимающихся спортом также больше в первой группе: соответственно 16%, 9% и 4%.

Некоторая разница наблюдается в приобщенности к активному повседневному отдыху, в частности к вечерним прогулкам. Ежедневно совершают их 25% людей с хорошей самооценкой, 9% – с удовлетворительной и 10% – с плохой; несколько раз в неделю соответственно – 16, 12 и 11%.

Таким образом, в зависимости от самооценки людьми своего состояния здоровья наблюдаются различия в характере заботы о нем. Одна из основных причин этих различий кроется в факторах мотивационного порядка.

Другим важным фактором формирования стиля заботы о здоровье является **культурный фактор**. Его влияние можно проследить на материалах международного российско-финского исследования "Отношение к здоровью" (1991), в ходе которого выяснялись предпочтительные формы заботы о здоровье (см. рис. 2.2).

Разница в ответах по поводу различных видов заботы о здоровье была значительная и статистически значимая по всем пунктам, за исключением профилактических осмотров у мужчин. Наиболее популярное оздоровительное средство для мужчин – занятия физическими упражнениями и в Москве, и в Хельсинки, а для женщин – стремление избежать вредных привычек и отдых. По сравнению с мужчинами в обоих городах женщины были более активны во всех формах заботы о здоровье, кроме физических упражнений.

Общность ответов у представителей двух стран не заслоняет значительного разрыва в долях ответивших. Если трем первым формам заботы о здоровье уделяют внимание от 53 до 70% финских респондентов, то соответствующие доли россиян – от 24 до 47%.

На вопрос о причинах недостаточной заботы о своем здоровье ответили свыше 90% российских респондентов и 66% финских. "Не хватает силы воли" – было главной причиной для финнов обоего пола и для русских женщин и второй по значимости

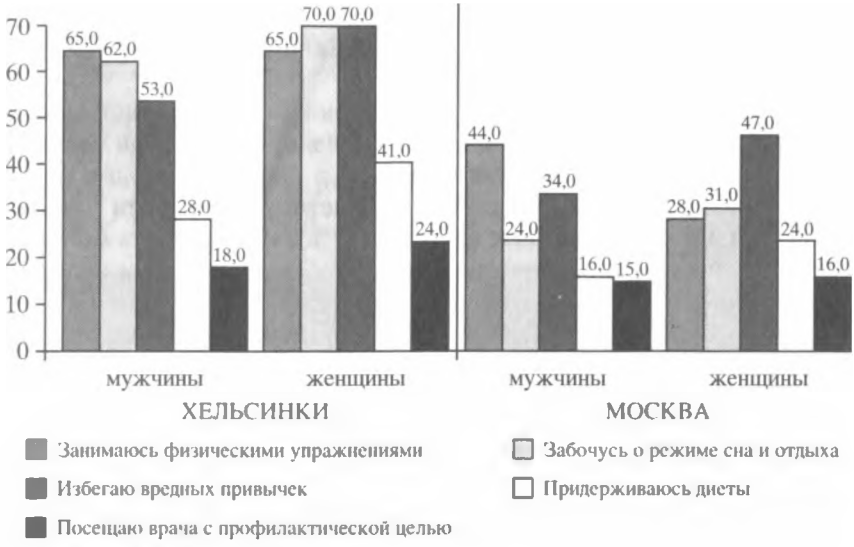

Рис. 2.2. Формы заботы о здоровье в Хельсинки и Москве (по полу, %)

причиной для российских мужчин, а на первом месте у них – ответ "нет соответствующих условий" для заботы о здоровье. Нехватка времени – следующая по распространенности причина для всех респондентов[35].

За этими символическими причинами скрывается несформированность у россиян потребности в заботе о здоровье, что приводит к существованию в России архаичных образцов самосохранительного поведения. Например, по данным Н.А. Мазура, среди 20–50-летних мужчин и женщин, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, всего лишь 15–20% опрошенных готовы изменить свои привычки и образ жизни, чтобы остановить развитие болезни[36]. И аналогичный пример – 2/3 американских семей изменили характер питания в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации сердца, которая (в течение 15 лет) настоятельно рекомендовала это сделать[37]. К сожалению, в нашей стране нет организации, заинтересованной в улучшении здоровья населения, и соответственно никто систематически не ведет подобную работу. Это в определенной мере влияет на трансформацию ценности здоровья и представлений о формах заботы о нем.

Забота индивида о своем здоровье обусловливается степенью **ответственности за здоровье**, которая в виде социальной нормы формировалась в предшествующие десятилетия. Модель поведе-

ния индивида в отношении здоровья в СССР, во-первых, была ориентирована не на сохранение и укрепление здоровья, а на лечение возникающих болезней; во-вторых, определялась патерналистским характером советского здравоохранения, когда бесплатное медицинское обслуживание, доступное для всего населения, было ответственно за здоровье индивида, что в определенной степени нейтрализовало его собственную активность в этой сфере; в-третьих, определялась предшествующим историческим опытом России с ее небрежением к жизни отдельного индивида, существование которого было целиком подчинено интересам общества.

Во второй половине XX в. изменились тенденции смертности и заболеваемости, и это актуализировало идею личной ответственности индивида за здоровье. На смену причинам смертности, связанным с острыми и инфекционными заболеваниями, пришли хронические заболевания, объяснявшиеся в значительной степени особенностями образа жизни человека. Это обусловило осуществление в 70-х годах прошлого века в западных странах концептуального перехода в политике охраны здоровья от рассмотрения индивида как пассивного потребителя услуг здравоохранения к осознанию его активной роли в сохранении собственного здоровья. Эта новая политика обеспечения здоровья ("Health Promotion") сводилась к стимулированию ориентированных на сохранение здоровья стереотипов поведения в сочетании с широкой системой соответствующих организационных, экономических, экологических и медицинских мер поддержки[38].

В России актуальность данной концепции стала осознаваться только в последнее десятилетие в условиях социально-экономических преобразований. А в исследованиях 80–90-х годов прошлого века российские ученые отмечали, что, например, менее четверти опрошенных петербуржцев указывали на решающую роль в сохранении своего здоровья "собственных усилий", более трети затруднились с ответом, и около 40% указали на "условия жизни". При этом в ответах на контрольный вопрос в безличной форме обнаружилось, что доля считающих именно человека ответственным за свое здоровье в два раза превышает указанные выше цифры[39], что свидетельствует, на наш взгляд, о существовании в то время установок респондентов на собственную активность в заботе о здоровье при невозможности реализовать их в соответствующей деятельности из-за доминирующей в то время патерналистской концепции здравоохранения и низкой культуры самосохранения населения.

В наших исследованиях зафиксирована зависимость ответственности индивида в заботе о здоровье от характера самооценки здоровья. Так, если лица с хорошей самооценкой здоровья, проявившие наибольшую активность в заботе о нем, в 53% случаев считают, что "состояние здоровья человека прежде всего зависит от него самого", то респонденты с удовлетворительной и плохой самооценкой – в 36 и 37% соответственно. При этом позиция "состояние здоровья человека в основном зависит не от него самого, а от уровня развития современной медицины, качества медицинской помощи и обслуживания" нашла сочувствие у 11% лиц с плохой самооценкой, у 6% – с удовлетворительной и лишь у 2% – с хорошей[40].

Таким образом, можно говорить о двух основных типах ориентаций, следовательно и двух типах ответственности за здоровье. Первый ориентирован прежде всего на "усилия самого человека", второй преимущественно на "условия жизни", когда усилиям человека отводится второстепенная роль. К первому типу относятся в основном лица с хорошей самооценкой здоровья, преимущественно интерналы, ко второму – чаще всего с плохой и удовлетворительной – экстерналы. Первых характеризует склонность приписывать ответственность за результаты своей деятельности себе, вторых – внешним силам и обстоятельствам. Иными словами, характер заботы человека о здоровье связан и с определенными личностными его свойствами. Отсюда воспитание адекватного отношения к здоровью находится в неразрывной связи с формированием личности в целом.

Степень ответственности за здоровье Н.Л. Русинова предлагает называть "уровнем самодетерминации" и измерять с помощью обобщенного индекса. Замеры показали, что значимыми характеристиками оказались при этом возраст опрашиваемых, уровень материальной обеспеченности и самооценка здоровья. Среди считающих себя практически здоровыми в 2,5 раза чаще встречаются люди с высоким уровнем самодетерминации. У респондентов до 35 лет в целом выше уровень самодетерминации независимо от состояния здоровья, а после 35 лет очевидна прямая связь между хорошим здоровьем и данным уровнем[41].

Ответственность за здоровье как сложный социальный феномен обусловливается, помимо рассмотренных факторов, также социально-экономической ситуацией. Этот вывод был сделан по результатам исследования "МОНИКА" (программа ВОЗ в России). Состоялось два скрининга, первый (1988–1989 гг.) зафиксировал ситуацию дореволюционного 1991 г., а второй (1993–1995 гг.) обозначил начавшиеся сдвиги в массовом созна-

нии населения по поводу здоровья в изменившейся социально-экономической ситуации: ухудшилась самооценка здоровья у всех групп населения; уменьшилась доля лиц, считающих наиболее существенным фактором сохранения здоровья "усилия самого человека"; возросло число лиц, готовых использовать здоровье ради достижения других жизненных целей и при этом не заботящихся о своем здоровье; увеличилась доля тех, кто считает ухудшение здоровья основной причиной для заботы о нем[42]. Исследование проблемы ответственности в последующие годы обнаружило зависимость уровня самодетерминации от самооценки здоровья.

В 1997 г. в исследовании отношения населения к здоровью в Санкт-Петербурге, Самаре и Пскове[43] в качестве показателей ответственности за здоровье были выбраны: соблюдение режима питания, занятия физическими упражнениями, забота о режиме сна и отдыха, отказ от вредных привычек. Полученные результаты свидетельствуют о сравнительно благополучной ситуации с самодетерминирующим поведением у значительной части населения обследованных городов. Но корреляция с самооценкой здоровья показывает, что подобное поведение во многих случаях представляет собой реакцию на недостаточно хорошее самочувствие, а не на высокую ценность здоровья.

Таким образом, можно говорить, во-первых, о преобладании негативных тенденций в отношении к здоровью различных групп населения; во-вторых, о том, что стремление отдавать приоритет ответственности за состояние своего здоровья внешним обстоятельствам ("условиям жизни") является достаточно устойчивой характеристикой массового сознания на протяжении последних десятилетий. В целом, ответственность за здоровье больше характерна для молодых людей, лиц с высоким уровнем материальной обеспеченности и хорошим здоровьем. Чем больше у респондентов выражена интернальная направленность сознания, независимо от их возраста и материального положения, тем выше у них статус здоровья. Это свидетельствует о значимости осознания личной ответственности за здоровье и необходимости осуществления постоянного контроля за его состоянием.

Ответственность за здоровье всегда обусловливается степенью информированности индивида в данной сфере.

Показатель **информированности** и грамотности в сфере здоровья является важным и неотъемлемым компонентом культуры самосохранения индивида. Исследования этого показателя проводятся регулярно в нашей стране и за рубежом. Традиционно он используется в комплексе с показателем самооценки здо-

ровья и обращаемости за медицинской помощью, что позволяет прогнозировать поведение населения по формированию групп риска.

Показатель информированности многоэлементный. Предметом информированности являются знания: о вреде для здоровья некоторых привычек, о факторах риска наиболее распространенных заболеваний; о перенесенных заболеваниях, о противопоказанных лекарствах; о методах оказания первой помощи; об элементах гигиенической культуры и т.п. Только имея представления об уровне информированности и гигиенической культуры индивида, можно оценить уровень осознанности его самосохранительного поведения. Кроме того, показатель информированности служит индикатором эффективности функционирования в отношении здоровья таких социальных институтов, как здравоохранение, семья, школа, средства массовой информации.

Как показывают исследования, уровень гигиенической культуры в нашей стране обусловливается тем, что знание населением основных показателей своего организма, перенесенных заболеваний и специфических особенностей не является предметом внимания служб здравоохранения, хотя любое серьезное обращение за медицинской помощью начинается именно с вопросов подобного рода. Априори считается, что такие данные понятны и доступны представителям всех социально-демографических групп населения, поскольку они собираются о каждом человеке с момента его рождения по мере обращения за медицинской помощью в связи с лечением, профилактическими осмотрами и т.п. Часть из них связана с характеристикой здоровья членов семьи – информация о заболеваниях родителей и других родственников, их генетические особенности. Другой набор сведений предполагает знание элементарных признаков наиболее распространенных заболеваний. Источником таких сведений может быть как семья, так и система санитарно-гигиенического просвещения. Об эффективности распространения подобной информации свидетельствуют результаты нашего исследования "Ваше здоровье".

Опрос жителей Оренбурга показал, что из перечня элементарных сведений о состоянии своего организма большинство респондентов знакомо со своим реальным и нормативным весом, а также с величиной артериального давления. В то же время люди не знают, какие лекарства им противопоказаны (58%), не помнят о перенесенных инфекционных заболеваниях (36%), полученных прививках (59%), не знают цифр своего верхнего (систолическо-

го) и нижнего (диастолического) артериального давления (по 36% опрошенных), группу крови (25%). Не помнят об основных (кроме простудных) перенесенных заболеваниях 50%. Если учесть, что в нашей стране очень высока мобильность населения не только межрегиональная, но и внутри населенных пунктов, что препятствует существованию преемственной персональной медицинской документации о человеке от момента его рождения до конца жизни, то неосведомленность самих респондентов усиливает просчеты и ошибки в диагностике и лечении, которые могут возникнуть в связи с отсутствием подобных данных.

Напрашивается вывод о необходимости организации системы преемственности и стремления к полноте информации в личных медицинских карточках, с одной стороны, а с другой – о доведении до сознания всех групп населения, и прежде всего родителей, что получение и хранение такого рода сведений крайне важно.

Пока информированность в сфере здоровья не стала значимым фактором состояния здоровья населения, закономерными являются затруднения респондентов, которые не смогли ответить на вопросы о взаимосвязи здоровья с различными элементами их образа жизни.

От 21 до 49,7% респондентов затрудняются оценить влияние алкоголя, курения, питания, отдыха, физических нагрузок применительно к себе, своему здоровью и даже имеющимся у них заболеваниям. Более того, люди в 30–33% случаев не знают, можно ли свои семейные традиции расценивать как заботу о здоровье или ее отсутствие. Поскольку респонденты больше проявляют информированности в отношении норм здорового образа жизни, чем в оценке своего здоровья с точки зрения этих норм, то очевиден вывод о недостаточной роли врачей в пропагандистской санитарно-гигиенической работе с населением. Кроме того, люди слишком мало задумываются над оценкой своего личного образа жизни, образа жизни своей семьи. Имеющаяся пропаганда носит весьма отвлеченный характер, не учитывает конкретные условия жизни, поведение, привычки людей, причины их возникновения. При таком уровне информированности и осознания проблем здоровья люди зачастую рискуют своим здоровьем, не отдавая себе в этом отчета.

Исследования также показали отсутствие необходимых санитарно-гигиенических навыков для оказания первой медицинской помощи. Поскольку травматизм и несчастные случаи занимают высокие места в структуре смертности и заболеваемости населения, недостаток информированности в этой области приобретает

особую остроту. По данным исследования в Оренбурге, не смогут помочь человеку, получившему сотрясение мозга, 56% респондентов, пораженному электрическим током – 40%, тонущему – 34%, отравившемуся – 30%. Даже перед таким распространенным заболеванием, как сердечная недостаточность, беспомощны 36% респондентов. И только при переломе до 70% респондентов знают, как оказать первую помощь. Знание в последнем случае неслучайно: этому учат в школе и в других учебных заведениях, а также на предприятиях и в организациях во время занятий по гражданской обороне. Аналогичные данные получены при опросе населения Мурманска.

Таким образом, уровень гигиенической информированности и грамотности населения настолько низкий, что можно говорить о нем, как о факторе, снижающем диагностические возможности врачей и усугубляющем последствия травм и несчастных случаев вследствие неумения большинства населения оказать себе и другим первую медицинскую помощь, и, как о факторе, снижающем профилактические возможности самого населения предотвратить элементарные заболевания.

Важный аспект исследований, связанных с информированностью в области здоровья, – изучение детерминант данного явления.

В исследовании Н.Л. Русиновой в Санкт-Петербурге зафиксирована прямая зависимость между уровнем образования респондента и его потребностью в санитарно-гигиенической информации. Высокообразованные люди исходят из того, что способность человека принимать разумные решения зависит от его осведомленности в вопросах здоровья и болезней. А многие из тех, кто обладает низким социальным статусом и низким уровнем образования, считают, что базовыми знаниями обладает каждый, и дополнительные усилия в этой области напрасны и даже вредны, поскольку человек может столкнуться с новыми проблемами благодаря самовнушению[44].

Эти точки зрения отражают полярные взгляды. В реальности спектр мнений по поводу информированности в отношении здоровья разнообразен, причем с преобладанием позитивного отношения к проблеме информированности.

Интерес населения к информации, связанной со здоровьем, обнаруживается во многих отечественных и зарубежных исследованиях[45]. При этом акцент делается на потребности в информации профилактического характера, которая позволяла бы предупреждать наиболее распространенные сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, оберегать детей и пр. Среди каналов

получения информации подобного рода респонденты называют прессу (24%), радио и телевидение (23%). Каждый третий читает медицинские статьи и даже специальную литературу. Но практически не указываются как источники информации врачи и медицинские работники.

Итак, рассмотрение заботы о здоровье в качестве позитивного показателя здоровья представляется достаточно продуктивным. Структурно этот комплексный показатель может быть выражен следующим набором частных показателей:

1) формы заботы о здоровье – их количество, частота, периодичность;

2) доминирование у респондента установок в заботе о здоровье на "собственные усилия" или на "условия жизни";

3) характер и частота обращаемости за медицинской помощью – профилактической, лечебной;

4) уровень самодетерминации индивида (ответственности за здоровье);

5) характер информированности индивида о здоровье: перечень элементов информации (сведений о своем организме, заболеваниях и т.п.) и наличие здравоохранительных умений и навыков;

6) эффективность СМИ в популяризации материалов, связанных с заботой о здоровье (объем, частота, периодичность).

Использование данных показателей в полном объеме или частично позволит получить достаточно конкретное представление о степени активности индивида (группы, населения) в заботе о здоровье, а в комплексе с показателями самооценки и ценности здоровья они могут составить базовые сведения для мониторинговых исследований отношения населения к здоровью.

Итак, завершая рассмотрение показателей отношения к здоровью индивида, можно отметить, что самооценка здоровья как интегральный показатель характеризуется временной и территориальной устойчивостью и обусловливается комплексом факторов, основными из которых являются пол, возраст, уровень образования, социальный статус, национальность, установка на ответственность за здоровье.

Индивидуальная ценность здоровья в зависимости от психосоматического и психологического состояния может быть как фундаментальной, так и инструментальной. За последние 15 лет здоровье с третьего места в системе ценностей индивида переместилось на первое, что связано с новым пониманием значения здоровья как ресурса в условиях адаптации к новым экономическим условиям. Показатель удовлетворенности здоровьем нахо-

дится в тесной связи с удовлетворенностью жизнью в целом и обусловлен факторами пола, возраста, образования, дохода и типа поселения. Снижение доли удовлетворенных жизнью характеризует снижение качества жизни населения и ускорение развития патологии, ухудшение здоровья.

Деятельность индивида по заботе о своем здоровье как эмпирический индикатор отношения к здоровью выражается посредством таких параметров как: формы заботы о здоровье, их количество, частота, периодичность, возраст начала заботы, причины заботы о здоровье, ответственность за здоровье, степень информированности, уровень гигиенической грамотности и др. Приведенный перечень показателей может быть использован в мониторинговых исследованиях здоровья населения.

Примечания

[1] *Tessler R., Mechanik D.* Psychological Distress and Perceived Health Status // Journal of Health and Social Behaviour, 1978, 19. P. 254–262.

[2] *Wells K.* et. al. The Functioning and Well-Being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study // Journal of the American Medical Association 262: 914–919.

[3] Семейное благосостояние и здоровье. Проект "Таганрог – три с половиной". Т. 1. М.: ИСЭПН РАН, 1997. С. 87–88; *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М. 2002. С. 94. *Idler E., Benyamini Y.* Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies // Journal of Health and Social Behaviour, 1997 № 38; *McDowell, Newell C.* Measuring Health. N.Y.: Oxford University Press, 1987; *Русинова Н.Л., Браун Дж., Панова Л.В.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // Санкт-Петербург в зеркале социологии. СПб., 2003. С. 342.

[4] *Kaplan G., Camacho T.* Perceived Health and Mortality: A Nine-Year Followup of the Human Population Laboratory Cohort // American Journal of Epidemiology, 1983, 117. P. 292–304; *Mossey J., Shapiro E.* Self-Rated Health: A Predictor of Mortality among the Elderly // American Journal of Public Health, 1982, 72. P. 800–808.

[5] *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью как критерий социальной стратификации // Трансформация социальной структуры и стратификация российского общества. М.: ИС РАН, 1998. С. 465.

[6] *Русинова Н.Л., Браун Дж.В.* Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье // Петербургская социология. 1997. № 1. С. 53–56.

[7] См. например: Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (1994–2002); Петербургская социология. 1997. № 1. С. 45; *Hunt S., McEwen J., McKenna S.* Measuring Health Status. London. 1986. P. 68–70 и др.

[8] Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. М.: ИС РАН, 1989. С. 8.; *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // СОЦИС. 2003. № 11. С. 61; Отношение населения к здоровью. М., 1993. С. 80; *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы, М., 2002. С. 118; Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. 1997. № 3 (29). С. 76.

[9] Аргайл М. Психология счастья. М., 1990. С. 252.

[10] *Палосуо Х., Журавлева И.* и др. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве) / Отв. ред. Журавлева И.В. М.: ИС РАН, 1998. С. 31.

[11] Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни / Отв. ред. Журавлева И.В. М.: ИС АН СССР, 1989. С. 28.

[12] *Палосуо Х., Журавлева И.* и др. Указ. соч. С. 31.

[13] *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // СОЦИС. 2003. № 11. С. 67.

[14] Отношение населения к здоровью / Отв. ред. Журавлева И.В. М.: ИС АН СССР, 1993. С. 83.

[15] Отношение населения к здоровью. Указ.соч. С. 84–86.

[16] *Кальченко Е.И., Киянов В.И., Сафонов В.Л.* Медико-гигиенические аспекты образа жизни врачей // Советское здравоохранение. 1987. № 7. С. 39.

[17] Динамика ценностей населения реформируемой России. М.: ИФ РАН, 1996. С. 47.

[18] Там же. С. 48.

[19] *Иванюшкин А.Я.* "Здоровье" и "болезнь" в системе ценностных ориентацией человека // Вестник АМН СССР. 1982. № 4. С. 29–33.

[20] *Александрова А.В.* Молодежь и здоровье: ценностно-установочное взаимодействие // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М.: ИЧ РАН, 2003. С. 144.

[21] Фундаментальные основы политики здравоохранения / Отв. ред. Щепин О.П. М.: НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН, 1999. С. 48.

[22] *Веселкова И.Н.* Социальная нестабильность и состояние здоровья населения России // Конфликтология здоровья и здравоохранения в современной России. Серия: Социальные конфликты, экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. № 15. М.: ИС РАН, 1999. С. 66–67.

[23] Отношение населения к здоровью. Указ. соч. С. 52–55.

[24] *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002. С. 13.

[25] *Шилова Л.С.* Трансформация женских моделей поведения в отношении здоровья // Россия в глобальном контексте. М.: РИЦ ИСПИ РАН, 2002. С. 424.

[26] Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. 1997. № 3 (29). С. 76–85.

[27] *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002. С. 97.
[28] Encyclopedia of Bioetics. Vol 2. N.Y.: Free Press. P. 609.
[29] *Тугаринов А.Б.* Социальная справедливость и здоровье человека. М., 1989. С. 34.
[30] Отношение населения к здоровью. Указ. соч. С. 87–88.
[31] *Зоркая Н.* Население России: здоровье или вырождение // Экономические и социальные перспективы: мониторинг общественного мнения. М., 1997. № 3 (29). С. 42.
[32] *Оганов Р. Г., Чазова Л.В.* и др. Профилактика основных сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. 1982. № 8. С. 5.
[33] Отношение населения к здоровью. Указ. соч. С. 91.
[34] Отношение населения к здоровью. Указ. соч. С. 92–96.
[35] *Палосуо Х., Журавлева И.* и др. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве) / Отв. ред. Журавлева И.В. М.: ИС РАН, 1998. С. 42–43.
[36] *Мазур Н.А.* Подходы к профилактике основных заболеваний сердечно-сосудистой системы // Терапевтический архив. 1979. № 1. С. 6–9.
[37] *Шилова Л.С.* Активность и ответственность населения в отношении к своему здоровью // Демографическое поведение: опыт социологического изучения. М.: ИС РАН, 1990. С. 73.
[38] Качество населения Санкт-Петербурга. СПб, 1996. С. 133.
[39] Качество населения Санкт-Петербурга. СПб, 1996. С. 142.
[40] Отношение населения к здоровью. Указ. соч. С. 99.
[41] Качество населения Санкт-Петербурга. СПб, 1996. С. 145–146.
[42] Динамика распространенности психосоциальных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. М.: ГНИИЦ профилактической медицины МЗ РФ, 1995. С. 14.
[43] *Фомин Э.А., Федорова Н.М.* Стратегии в отношении здоровья // Социологические исследования. 1999. № 11. С. 38.
[44] *Браун Дж., Русинова Н.* Социальные неравенства и здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. № 1. С. 108.
[45] *Оберг Л.Л., Шишко О.А., Пирожников В.А.* Изучение отношения населения к санитарному просвещению // Здравоохранение Российской Федерации. 1983. № 8. С. 17–20; *Cockerham W.* Health Lifestyles in Russia // Social Science and Medicine 2000, Vol. 51.

Глава III

ПОКАЗАТЕЛИ ОТНОШЕНИЯ К ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ

Общественное здоровье, будучи сложным и многогранным феноменом, зависит от комплекса биологических, социально-экономических, психологических факторов, каждый из которых оказывает влияние на формирование показателей совокупного здоровья. В сложнейших взаимосвязях популяционного здоровья с многообразными экзогенными и эндогенными воздействиями достаточно сложно выделить определенные закономерности. В то же время существует объективная потребность в достоверной информации о возможных путях, средствах и условиях совершенствования общественного здоровья.

Общественное здоровье как интегральная категория обладает системными качествами, в которых отражаются показатели индивидуального здоровья, но не только они. При анализе общественного здоровья лишь как единства характеристик индивидуального здоровья его понимание будет ограничиваться количественными признаками, что не позволит рассматривать его как функцию социального компонента общества. Медико-статистический подход на основе анализа демографических показателей здоровья человека, групп людей, населения необходим, но недостаточен. Большое значение имеет обусловленность здоровья человека (населения) его социальной природой, воздействием общества.

Исследования характера и степени влияния на здоровье различных социальных факторов проводились давно, а с начала XX в. – в рамках социальной гигиены, изучающей закономерности развития общественного здоровья и здравоохранения. Основное внимание при этом обращалось на изучение влияния социальных условий и факторов (материального обеспечения, жилья, образования, условий труда и пр.) на показатели здоровья населения. Со временем, ввиду сложности и многоаспектности феномена "общественное здоровье", потребовались междисциплинарные исследования, включающие психологические, социологические, санитарно-гигиенические, математическо-статистические методы и

подходы. Такие исследования позволяют не только получить представление о роли социальных условий и факторов в социальной обусловленности здоровья, но и выявить влияние образа жизни на здоровье населения. Предлагается также использование системного анализа и моделирования[1] при исследовании общественного здоровья, что дает возможность обнаружить сдвиги в состоянии здоровья населения, которые обычными медицинскими, статистическими методами были бы зафиксированы лишь спустя долгое время. В основе такого анализа лежит деление населения на возрастные группы, каждая из которых характеризуется своими медицинскими и гигиеническими показателями: число здоровых и больных в различных возрастах, процентное соотношение состава различных групп по возрасту, состоянию здоровья, характеру заболеваемости, смертности, по месту (региону) проживания, временно́му (историческому) периоду и т.п. Эти соотношения будут отражать определенные закономерности изменения состояния общественного здоровья, на их основе возможно рассчитать своеобразные модели "профиля здоровья" населения города, области, республики, страны и построить соответствующие прогнозы. Кроме того, системное моделирование могло бы оценивать и те благоприятные сдвиги в здоровье населения, которые появились бы в результате профилактических мероприятий – оздоровительных компаний, антитабачных, антиалкогольных, пропаганды здорового образа жизни, и те затраты, которые будут необходимы для достижения того или иного здравоохранительного результата.

Основной целью изучения общественного здоровья является познание закономерностей функционирования и воспроизводства населения по критерию здоровья, продолжительности активной и полноценной жизни. Осуществление этой цели предполагает наличие определенных задач и выбор адекватных показателей. Существенным препятствием при отборе таких показателей выступает недостаток информации о тех индикаторах, признаках, которые могут в достаточной мере характеризовать уровень общественного здоровья. При невозможности прямо измерить уровень общественного здоровья этого стараются достичь косвенными методами посредством анализа демографических показателей смертности, заболеваемости, продолжительности жизни и физического развития.

Отношение к общественному здоровью включает в себя три основных компонента: 1) оценку состояния здоровья населения; 2) социальные нормы в отношении общественной ценности здоровья; 3) социальную политику в сфере общественного здоровья. Рассмотрим показатели, соответствующие каждому компоненту.

3.1. ТРАДИЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Смертность

Анализ показателей смертности необходимо вести с учетом того, что, по определению Ж. Буржуа-Пиша[2], существуют два типа смертности – традиционный, определяемый преимущественно экзогенными, внешними по отношению к человеку факторами, и современный, для которого преобладающими являются эндогенные факторы. Переход от традиционного к современному типу смертности является одной из причин, объясняющих резкое увеличение средней продолжительности жизни, которое в наиболее развитых странах началось более 100 лет назад и характеризуется как эпидемиологический переход.

Он начался в России с наступлением XX в. На его первом этапе были достигнуты значительные успехи в охране здоровья и предотвращении преждевременной смертности благодаря патерналистской стратегии, основанной на массовых профилактических мероприятиях. В 70-е годы, когда начался второй этап эпидемиологического перехода в различных странах, в СССР не смогли выработать новую стратегию действий из-за определенных исторических событий и социокультурной неподготовленности значительной части населения к необходимым переменам. Хроническое недофинансирование здравоохранения в сочетании с несформированностью у населения стимулов для индивидуальной активности в борьбе за сохранение своего здоровья оказалось серьезной преградой для прохождения Россией второго этапа эпидемиологического перехода.

Важным препятствием на этом пути стала нараставшая социальная апатия, разочарование в неосуществившихся общественных идеалах. "Социальная маргинальность большинства населения, оказавшегося в культурной и идеологической пустоте, сделала его неспособным к активной борьбе за сохранение своего здоровья, и даже жизни"[3]. Таковы были объективные условия, сформировавшие современную ситуацию со здоровьем, смертностью и отношением к ним.

Смертность как показатель общественного здоровья является, по мнению М.С. Бедного, "важнейшим и наиболее точным критерием. По динамике различных производных смертности (средней продолжительности жизни, числа доживающих, повозрастных коэффициентов, смертности от отдельных причин и т.д.) можно судить о жизненном потенциале населения, его работо-

способности и благополучии"[4]. При этом доминирующее влияние на динамику показателей смертности оказывают социально-экономические факторы – уровень благосостояния, образования, питания, жилищные условия, санитарно-гигиеническое состояние населенных мест и степень развития здравоохранения.

По мнению других демографов (Е.М. Андреев, Л.Е. Дарский), вопрос о взаимосвязи уровня смертности и уровня здоровья является довольно спорным. Здесь присутствуют две прямо противоположные точки зрения. В соответствии с одной снижение смертности и рост продолжительности жизни однозначно свидетельствуют о повышении уровня здоровья населения. Сторонники другой точки зрения склонны полагать, что со снижением смертности уровень здоровья населения снижается. Различия в трактовках роли смертности связаны с теорией демографического перехода в области смертности и лежащей в ее основе концепцией эндогенных и экзогенных факторов. Согласно этой теории, снижение смертности есть результат усиления социального контроля над смертностью. Оно связано с ослаблением действия экзогенных и возрастанием роли эндогенных факторов. Экзогенные воздействия на организм человека можно условно разделить на две группы: первые непосредственно влияют на уровень смертности в данный момент, другие (экзогенные кумулятивные факторы) как бы накапливаются в организме человека и сказываются спустя некоторое время. Как степень, так и способ социального контроля над экзогенными факторами смертности определяются материальными возможностями общества.

В соответствии с тремя группами факторов можно выделить: чисто эндогенную смертность, связанную с факторами непосредственного действия, квазиэндогенную смертность, обусловленную кумулятивными экзогенными факторами, и экзогенную смертность. Наибольшую информацию об уровне здоровья населения несут показатели квазиэндогенной смертности. Анализ мировых данных о динамике смертности позволяет утверждать, что в большинстве случаев снижение смертности от чисто экзогенных причин сопровождается ростом квазиэндогенной смертности. В это время возможно некоторое ухудшение здоровья населения, главным образом во взрослых и пожилых возрастах, тогда как здоровье в более молодых возрастах может улучшиться[5].

Отдавая должное информативности показателя уровня смертности при анализе общественного здоровья, нельзя оставить без внимания мнение ряда исследователей[6] о том, что современная статистика смертности весьма далека от совершенства. По данным петербургских ученых, только 55% причин смерти,

обозначенных в актах смерти, подтвердились результатами патологоанатомических исследований. Кроме того, существуют сомнения и концептуального характера относительно использования показателей смертности для оценки здоровья населения. Данные о смертности, концентрируя внимание на различиях в частоте и времени наступления смерти, не описывают различий собственно в "здоровье". Их использование для оценки распространенности и структуры заболеваемости также проблематично[7].

Заболеваемость

Значение заболеваемости как показателя общественного здоровья обусловливается возросшим значением роли эндогенных факторов. В составе населения увеличивается доля лиц, страдающих различными заболеваниями, не приводящими в течение многих лет к смертельным исходам, т.е. происходит накопление контингентов хронических больных. Знание уровней заболеваемости, ее параметров для отдельных социально-демографических групп, характера необходимой медицинской помощи позволяет разработать соответствующие мероприятия для улучшения состояния здоровья населения.

Показатель "заболеваемости" относится к числу традиционных, имеющих давнее прошлое. Как известно, впервые о здоровье простых людей – крепостных крестьян – заговорили М.В. Ломоносов и А.Н. Радищев. Систематический сбор материалов о здоровье населения России начался в первой половине XIX в. Земские лечебные учреждения, оказывавшие бесплатную медицинскую помощь, способствовали возникновению и развитию статистики общей заболеваемости.

Изучение этого показателя началось в России с регистрации заболеваний методом сплошного обследования сначала в одной губернии, а потом по всей стране силами земских санитарных статистиков под руководством П.И. Куркина и Е.А. Осипова. Материал собирался ежегодно по единой программе и касался не только заболеваемости, но и различных сторон быта и санитарной культуры населения. Позже стали использовать выборочный метод при исследовании наиболее распространенных заболеваний, а также заболеваемости по отдельным профессиональным и территориальным группам населения.

Исследования этого периода позволили изучить структуру факторов, определяющих здоровье населения в целом, и зафиксировать тенденции изменения данной структуры. Накопленные данные способствовали формированию новых научных дисцип-

лин и выделению их в самостоятельные отрасли. Так возникли социология медицины, медицинская демография, коммунальная гигиена, которые, по сути, представляли собой более углубленное изучение влияния на здоровье отдельных факторов.

Попытки выработки комплексной характеристики здоровья, которая бы учитывала воздействие всех факторов, предпринимались неоднократно.

В частности, изучались сочетания показателей заболеваемости и инвалидности, последовательно сравнивались отдельные признаки с данными, принятыми за стандарт у представителей различных групп по возрасту, образованию, профессии и т.д.[8]

Другое направление исследования заболеваемости в рамках социальной гигиены рассматривало здоровье как результат воздействия социально-экономических, культурологических и социально-психологических факторов. Изучение последней группы факторов обусловило появление новых методов исследования (социологических, социально-гигиенических) и нового предмета – поведения в сфере здоровья. Основным его показателем стала обращаемость населения за медицинской помощью в зависимости от социально-демографических характеристик респондентов, условий экономической и природной среды, уровня культуры и т.п.

По мере того как развивались исследования заболеваемости, становилось все очевиднее, что заболеваемость как индикатор здоровья вызывает определенные сомнения. Не говоря уже о том, что это прежде всего показатель состояния, противоположного здоровью, т.е. "нездоровья", заболеваемость в отличие от смертности допускает различные интерпретации и как показатель обладает рядом существенных недостатков. И основной из них в том, что в совокупность заболевших не включаются те люди, чьи заболевания не диагностированы врачом, и те, кто по каким-то причинам не обращаются в медицинские учреждения. Так, лица с низким социальным и экономическим статусом в меньшей степени прибегают к помощи медиков в ситуации болезни, особенно в последнее десятилетие[9]. Это обстоятельство влияет и на искажение выборки и, соответственно, на достоверность получаемых результатов.

В представительном исследовании в трех российских городах (Санкт-Петербург, Самара, Псков, 1997) по показателю обращаемости к врачам женщины существенно превосходят мужчин – они в 1,7 раза чаще обращаются к врачу в случае заболеваний и примерно во столько же раз с профилактической целью. Хотя инвалидизация в равной степени распространена среди мужчин и женщин (9,5 и 9,6% соответственно), хронические заболевания

зафиксированы у женщин в 44 случаях из 100, у мужчин – в 29[10]. Эти достаточно типичные для показателя заболеваемости данные могут быть интерпретированы по-разному с точки зрения достоверности, и в этом их уязвимость.

По мнению специалистов, ни один источник статистической информации, связанный с заболеваемостью, не может адекватно оценить состояние здоровья населения[11]. Рост показателей заболеваемости иногда является не следствием низкой эффективности здравоохранения, а наоборот, характеризует улучшение диагностики или широту охвата населения диспансеризацией.

При всех недостатках показателя "заболеваемость" нельзя, тем не менее, игнорировать его, поскольку несомненна его информативность, например, при сравнительном сопоставлении данных по возрастным группам во временном аспекте. Здесь наибольшие негативные изменения фиксируются в последнее десятилетие в группе детей и подростков 0–17 лет.

Для более эффективного использования показателей заболеваемости в качестве индикаторов общественного здоровья необходимо учитывать имеющееся разнообразие их видов: 1) общая заболеваемость, учитывающая все заболевания населения определенной территории за определенный период времени; 2) инфекционная заболеваемость; 3) неэпидемическая заболеваемость (сердечно-сосудистые, диабет и пр.); 4) заболеваемость с временной утратой трудоспособности и т.д.[12]

Наиболее информативны показатели общей заболеваемости.

Продолжительность жизни

Показатель средней (или ожидаемой) продолжительности жизни по своей информативности является одним из базовых показателей уровня благосостояния государства и благополучия населения, и в этом качестве он входит в индекс человеческого развития (ИЧР) наряду с достигнутыми уровнем образования и уровнем жизни, измеряемыми на базе реального внутреннего валового продукта (ВВП) на душу населения в долларах. Данный индекс предназначен для измерения степени развития человеческого общества в соответствии с новой Концепцией ООН, представленной в виде соответствующей Программы развития в 1990 г. Показатель средней продолжительности жизни интегрирует в себе воздействие социально-экономического прогресса, в том числе развития здравоохранения, системы образования и улучшения качества жизни. Средняя продолжительность жизни является производной от повозрастных показателей смертности.

Продолжительность жизни в России, как известно, существенно меньше, чем в экономически развитых странах: у мужчин в среднем на 10–15 лет, у женщин – на 6–8 лет. Из-за больших различий в уровне смертности разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в России достигла 13,2 лет в 2003 г. (ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин составляла 58,7 лет, женщин – 72 года), в то время как в западноевропейских странах эта разница колеблется в пределах 5–7 лет[13].

Не имея возможности подробнее остановиться на этом важном демографическом показателе, рассмотрим его социологические эквиваленты: установки на идеальную продолжительность жизни (ИПЖ), ожидаемую (ОПЖ) и желаемую (ЖПЖ) и представления о том, что значит "прожить долго" (ПД). Под "идеальной" понимается оптимальная, наилучшая продолжительность жизни вообще, т.е. социальная норма. Под "ожидаемой" – представления респондента о том, сколько лет лично он надеется прожить. Под "желаемой" – сколько лет респондент хотел бы прожить.

Потребность в продолжительном существовании представляет собой, по сути, демографический показатель воли к жизни, предполагающий полноту прохождения индивидом жизненного цикла, исполнения всех возрастных ролей на стадиях от детства до старости[14]. Чем сильнее потребность в продолжительности жизни, тем большее число лет хочет прожить человек, сильнее к этому стремится, выбирает соответствующее самосохранительное поведение и сокращает разрыв между ожидаемой и фактической продолжительностью жизни. Предпочтения продолжительности жизни – идеальная, желаемая, ожидаемая продолжительность жизни, а также представления о том, сколько лет значит "прожить долго" могут служить индикаторами самооценки состояния здоровья и в определенной степени указывать на возможные направления изменения характера самосохранительного поведения.

Перечисленные показатели были использованы в исследованиях 1985–1986 гг. Института социологии РАН в Вильнюсе, Львове, Москве, Шауляе, Черновцах, проведенных по единой программе и методике.

Результаты исследования подтвердили гипотезу о прямой зависимости между оценкой состояния здоровья и величиной ОПЖ, т.е. чем хуже состояние здоровья, тем меньшее число лет рассчитывают прожить респонденты. При этом в более старших возрастах по сравнению с молодыми величина ОПЖ в целом выше – воля к жизни с возрастом усиливается. Обнаружена также зависимость между установками на индивидуальную продолжи-

тельность жизни и степенью заботы о здоровье: так, среди тех, кто заботится о своем здоровье, ОПЖ составила в среднем 79 лет, а у не заботящихся – 71,2 года.

Что касается показателя "прожить долго" (ПД), то большинство респондентов связывают свои представления о долгожительстве с возрастом 100 лет. При этом среднее значение ИПЖ на 10–16 лет меньше средней величины ПД. Это может свидетельствовать о том, что представление об идеальной (оптимальной) продолжительности жизни включает лишь ее активный период, без болезней и беспомощности.

Величина показателя ПД дифференцирована по возрасту и полу. У мужчин во всех возрастах он выше, чем у женщин. При этом заметна тенденция уменьшения величины этого показателя по мере старения респондентов. Дифференциация показателя ПД по образованию и социальной принадлежности респондентов имеет возрастной характер, а зависимость от самооценки здоровья – прямая: чем выше самооценка здоровья, тем выше показатель ПД. Респонденты с "хорошим здоровьем" указали 87,6 года, с "удовлетворительным" – 84,0, с "плохим" – 70,9 года[15].

Характерны изменения показателя ПД в зависимости от ответов на вопрос о факторах, влияющих на здоровье и продолжительность жизни. При сохраняющейся возрастной тенденции изменения показателя у респондентов, отметивших в качестве основного фактора "условия жизни", показатель ПД в среднем меньше на 3–5 лет, чем у тех, кто считает более важными "усилия человека".

Изучение мотивации желания или нежелания прожить как можно дольше в качестве показателя самосохранительного поведения велось в зависимости от анализа мотивов экономического, социального и психологического характера ("желание достичь высокого материального благополучия", "желание испытать и увидеть в жизни как можно больше", "нежелание расставаться со своими родными и близкими", "надежда дожить до времени, когда медицина найдет средства от всех болезней" и т.п.). Значимость мотивов дифференцируется в зависимости от возраста респондента. Если "желание испытать и увидеть в жизни как можно больше" доминирует во всех возрастных группах, то "нежелание расставаться со своими родными и близкими" теряет свою значимость по мере взросления респондента и т.д.

Использование показателей продолжительности жизни для оценки состояния здоровья населения представляется достаточно информативным и обоснованным в сочетании с другими показателями общественного здоровья.

Физическое развитие

Физическое развитие – это показатель здоровья населения, на котором отражаются как эпохальные изменения биологической природы человека, так и сравнительно кратковременные воздействия факторов природной и социальной среды. Этот показатель является одним из ведущих критериев здоровья, доступных для измерения, оценки и интерпретации, и требует регулярного отслеживания тенденций.

Анализируя физическое развитие населения, имеют в виду прежде всего детей, поскольку именно развитие в детском возрасте определяет основные черты здоровья данного поколения в старших возрастах, включая потенциальное долголетие и передачу соответствующих качеств будущим поколениям. Доказанной также является связь отклонений в физическом развитии с формированием разных видов патологии.

В ряде регионов страны измерения физического развития детей и подростков ведутся с 1937 г. с интервалом в 10 лет на больших контингентах школьников. Полученные данные показали, что современные 15-летние подростки выше своих сверстников 1937 г. (на 12,6 см – мальчики и на 8,1 см – девочки). Масса тела подростков увеличилась соответственно на 8,7 кг и 6,4 кг[16]. Эти изменения не противоречат данным аналогичных изменений в других странах. Но необходимо отметить, что основной рост параметров приходился в России на 60–80-е годы, а затем, как установлено исследованиями НИИ гигиены и профилактики здоровья детей, подростков и молодежи им. Н.А. Семашко, акселерация роста и развития у школьников в основном закончилась. И начался противоположный процесс изменения телосложения современных детей: уменьшение массы тела при увеличении длины тела до очень высокой, что привело к снижению индекса пропорциональности (ИП = длина тела/масса тела), т.е. увеличилась дисгармония физического развития школьников. Изменились и другие показатели – уменьшился диаметр грудной клетки, таза и т.п. Они у современных школьников почти во всех возрастно-половых группах меньше, чем у их ровесников в 60-е годы.

Зафиксированное сокращение доли детей с нормальным физическим развитием с 68–70% в 1991–1993 гг. до 55% в 1995–1997 гг. может свидетельствовать о торможении процессов роста и развития детей как следствии социально-экономических преобразований в стране.

По данным Т.М. Максимовой, в семьях, относящих себя к различным социальным слоям современного общества, обнару-

жена жесткая закономерность – со снижением социального статуса резко снижается доля детей с опережением морфологических и функциональных параметров и увеличивается доля детей с отставанием в развитии[17].

За последнее десятилетие также выявилось значительное снижение мышечной силы кистей рук – результат уменьшения массы тела не только за счет жирового, но и мышечного компонента. Наблюдается отчетливое снижение силовых возможностей и функциональных резервов организма, особенно у современных школьниц по сравнению с их ровесницами предыдущих десятилетий. Наиболее выраженные изменения определяются в 13–15-летнем возрасте. За 20 лет численность подростков с высокими функциональными возможностями в этом возрастном диапазоне сократилась на 15–20%[18], что связано как с проявлением децелерации роста и развития школьников, так и с негативными социально-экономическими факторами, в том числе – с организацией процесса обучения в школе, не отвечающего физиологическим возможностям подростков.

С высокой степенью вероятности установлено, что ухудшение физического развития согласуется с неблагоприятными изменениями психического здоровья детей, торможением в умственном развитии, нарушениями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата. За последнее десятилетие резко увеличилось число школьников с хроническими заболеваниями пищеварительной системы, нервной системы, с аллергическими заболеваниями. К первой группе здоровья (полностью здоровы) были отнесены лишь 8–12% детей, к третьей группе (хронические болезни) – более половины[19].

Что касается взрослого населения, то сравнение данных исследований НИИ им. Н.А. Семашко 1990 и 1997 гг. показывает, что современное население имеет значительно большую длину тела по сравнению со сверстниками, жившими в городах России около 30 лет назад, средние размеры массы тела у современных мужчин не изменились, а у женщин относительно молодого (до 40 лет) возраста выявлена тенденция к снижению значений этого показателя.

При оценке физического развития взрослого населения в последние годы широко используется индекс Кеттле (BMI), или относительный вес, который определяется путем деления массы тела в килограммах на величину роста в метрах, возведенную в квадрат. Этот показатель важен для определения фактора риска формирования различных болезней, особенно связанных с системой кровообращения. При нормальной массе тела

индекс Кеттле меньше 25, если он больше 30 – это ожирение. В России доля лиц с недостаточным весом не превышает 9%, а с избыточным – в среднем составляет 11% для мужчин и 24% для женщин[20]. С увеличением относительного веса тела возрастает вероятность развития гипертонической болезни, болезней почек, сахарного диабета. В то же время бронхиальная астма чаще сопутствует недостаточной массе. Распределение населения по значениям относительного веса выявляет особенности формирования здоровья в разных весовых категориях. Как избыточная, так и недостаточная масса тела в качестве факторов риска рассматриваются во всех возрастах, начиная с детского. По данным исследований, в группах лиц с различными показателями массы тела имеются явно выраженные особенности в заболеваемости.

Восприятие человеком своего веса связано с субъективной оценкой здоровья человека во всех возрастах. Но зависимость эта не прямая и достаточно сложного характера, связанная как с конституциональными особенностями, так и с особенностями состояния здоровья, в том числе с проявлениями болезни. Субъективная оценка индивидами своего веса является, по мнению Т.М. Максимовой, отражением личной профилактической активности.

В ходе нашего международного исследования "Отношение к здоровью" 1991 г. также исследовалась зависимость веса тела и его индивидуального восприятия в зависимости от возраста и образования респондентов[21].

Выяснилось, что избыточный вес присущ в равной степени самым молодым мужчинам и женщинам в Москве, в то время как в Хельсинки в 3 раза больше тучных молодых мужчин по сравнению с женщинами того же возраста. Имеющих излишний вес в остальных возрастах больше среди женщин в Москве и среди мужчин в Хельсинки. Избыточный вес традиционно характеризует менее образованные группы населения в развитых странах, и этой модели соответствуют все опрошенные финны и российские женщины. У российских мужчин вес немного увеличивается в наиболее образованных группах.

Таким образом, приведенные данные о различных компонентах физического развития детей, подростков и взрослых свидетельствуют о несомненной значимости этих показателей для характеристики состояния общественного здоровья.

3.2. КОМПЛЕКСНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Помимо рассмотренных выше традиционных показателей здоровья разрабатываются комплексные показатели, которые могли бы минимизировать недостатки традиционных и учитывать максимальное или оптимальное число воздействующих факторов.

Разработка обобщенных интегративных показателей здоровья ведется специалистами[22] преимущественно в трех направлениях.

Первое направление связано с попыткой интеграции информации о здоровье населения в виде индексов-сумм[23]. Примером использования такого индекса может быть деятельность Всемирного банка по оценке развития населения в 123 странах мира, когда в состав индекса включались: 1) показатели здоровья и состояния служб здравоохранения (младенческая смертность, детская смертность, средняя продолжительность жизни, количество населения в расчете на одного врача (мед. сестру), питание (в ккал на душу населения); 2) показатели образования (процент неграмотного взрослого населения, процент получающих вторичное, в том числе высшее, образование); 3) показатели экономического развития (ВВП и энергопотребление на душу населения, процент живущих в городах, процент рабочей силы в сельском хозяйстве).

Собранные показатели определенным образом объединялись в индексе качества жизни, по которому и определялся уровень развития страны[24].

Второе направление построения интегративных показателей основано на демографическом моделировании, когда кривые таблицы дожития описывают изменения в пропорциях доживающих по различным когортам с учетом воздействия одного из типов событий: заболеваемости, инвалидности или смертности.

Большинство известных индексов здоровья, оценивающих годы жизни, свободной от болезней и инвалидности, являются модификациями этих двух направлений.

Третье направление связано с поиском подходов к интегральной оценке здоровья населения. Его представляют авторы, старающиеся избавиться от недостатков, свойственных первым двум направлениям, – разрозненному набору общих показателей в первом случае и недостаточности статистики во втором[25]. Наиболее известным индексом в работах данного направления является индекс "*глобального бремени болезней*", при расчете кото-

рого за единицу исследования берется год жизни с учетом дней нетрудоспособности. Данный индекс позволил произвести расчет и анализ бремени болезней для всего мира, отдельных регионов и стран[26] и выявить сопоставимую картину цены, которую "платят" различные государства за нерешенные проблемы здоровья населения.

Неоднократно предпринимались попытки разработки *индексов индивидуального здоровья*[27], которые бы позволяли оценить степень выполнения индивидом различных повседневных функций, а также состояние здоровья в целом, и построить на основе этих оценок типологию здоровья, позволяющую прогнозировать продолжительность жизни индивидов в разных состояниях здоровья.

Сводный индекс индивидуального потенциала здоровья, учитывающий его количественные и качественные стороны, разработан и активно использовался учеными из ЦЭМИ РАН (затем – ИСЭПН РАН) при исследовании благосостояния и здоровья населения. В основу индекса была положена самооценка здоровья, дополненная и скорректированная данными врачебных осмотров, лабораторных анализов, а также материалами об обращаемости населения в лечебные учреждения. Интеграция этих данных и выведение комплексной оценки здоровья осуществлялась врачами-экспертами по пятибалльной шкале, в которой расположение баллов от 1 до 5 соответствовало возрастанию уровня здоровья[28].

Наряду со сводными индексами здоровья были разработаны *дезагрегированные показатели*, отражающие различные аспекты здоровья: наличие жалоб на здоровье, хронических заболеваний, степень их тяжести, число дней болезни в году и др. Эти показатели раскрывали содержание балльных оценок индивидуального здоровья[29].

Петербургские социологи при исследовании проблемы неравенства в здоровье сконструировали индекс "*уровня заболеваемости*", сочетавший в себе информацию об отклонениях давления от нормы, частоте простудных болезней и числе диагностированных хронических заболеваний[30].

Простейшим показателем общественного здоровья является *доля здоровых индивидов* в различных коллективах, в населении территориальной единицы, страны в целом. При ее определении используются показатели: число дней нетрудоспособности на одного человека в год, вероятная продолжительность трудовой жизни, показатель повозрастной смертности, средней продолжительности жизни, уровень заболеваемости и т.д. При этом возни-

кает методологический вопрос о критериях, позволяющих оценить отобранные показатели. Например, какой должна быть доля здоровых людей в населении, для того чтобы считать это населения здоровым, способным создать необходимый трудовой потенциал, обеспечивающий прогрессивное развитие общества. Кроме того, Ю.В. Шиленко и И.В. Корхова видят определенную трудность в регистрации здоровых людей, не обращающихся за медицинской помощью. Их выявление возможно в ходе диспансеризации, дополненной социологическими методами опроса, что позволило бы получить представление о здоровье группы, популяции, дифференцированное с учетом половозрастных, социальных, региональных и других особенностей[31].

Е.Н. Кудрявцева предлагает рассчитывать *обобщающий индекс здоровья* (ОИЗ), который складывается из частных показателей (числа здоровых людей разных типов), составляя их сумму по отношению к численности населения. Необходимая для данного индекса типология здоровых людей строится на основе диспансеризации и может включать до 10 типов состояния здоровья: вполне здоров; здоров, но имеет хроническое заболевание, не снижающее функций; здоров, но в течение года перенес острое заболевание без осложнений и т.д. Кроме того, предлагается другая типология на основании причины (источника) здоровья: здоров от рождения; родился болезненным, а сейчас здоров благодаря образу жизни и т.д.[32]

В.С. Тапилина измерение здоровья рассматривает как определение физического благополучия конкретного человека на основе медицинских показателей и самооценки здоровья индивида. При этом за единицу измерения приняты отклонение от физического благополучия и количество отклонений от здоровья, свидетельствующие о степени утраты здоровья. Строится *агрегированный количественный показатель физического благополучия*, который отражает диапазон имеющихся заболеваний, интенсивность и частоту проявления заболеваний. В зависимости от характера отклонения сформированы типы отклонений, т.е. разработан качественный показатель[33].

В. Мак-Дермот также полагает, что количественному определению поддаются только состояния болезни, причем характер болезней в том или ином обществе четко указывает на особенности этого общества. Ученый предлагает классифицировать общество по уровню здоровья, взяв за основу группировку болезней[34].

При разработке комплексной оценки здоровья распространенным подходом является использование некоторых демогра-

фических показателей. Б.С. Сандерс считает важным учитывать вероятную продолжительность трудовой жизни. П.Ф. Силлван характеризует состояние здоровья населения на основе числа дней нетрудоспособности на 1 жителя в год[35].

К.Л. Чанг предлагает для оценки состояния здоровья взрослого населения исчислять среднее число дней в году на каждого жителя, в течение которых он занимался производительным трудом[36].

Иной набор комплексных показателей для расчета ряда индексов здоровья предлагает А.Д. Соломонов[37]. *Индекс здоровья населения* – число потенциальных лет здоровой жизни, которое пришлось в среднем на каждого человека в данном году, он рассчитывает по формуле:

$$ИЗН = СЖП \times \frac{Рж}{У + И},$$

где ИЗН – индекс здоровья населения; СЖП – средний жизненный потенциал; Рж – число родившихся живыми; И – число впервые ставших инвалидами; У – число всех умерших.

Чем больше число потенциальных лет здоровой жизни приходится на одного человека – тем лучше состояние здоровья населения, чем меньше – тем хуже. Аналогичным образом рассчитываются уровень здоровья населения (УЗН) и резервы здоровья населения (РЗН).

Данная методика позволяет оценить здоровье различных групп населения, выделяемых в соответствии с этапами пополнения и развития поколений. На каждом этапе превалируют разные причины и виды потерь потенциала здоровья и разная структура обусловливающих их факторов, что требует дифференциации в оценке здоровья различных групп населения и их потребностей в профилактических и лечебных мероприятиях.

Одно из развиваемых на Западе направлений изучения здоровья связано со *здоровьем как экономическим ресурсом*. Попытка анализа экономической стороны здоровья наталкивается на значительные сложности, поскольку здоровье как феномен, комплексный по своей сути, связан с рядом политических, социальных, моральных, философских проблем.

Существуют различные подходы по выявлению стоимостного эквивалента тех или иных нарушений здоровья или мер, направленных на его восстановление. Все они основываются на анализе "затрат-выгод". Одна из популярных методик опирается на понятие "человеческого капитала". Суть ее заключается в следующем: денежное выражение той или иной выгоды для здо-

ровья рассчитывается исходя из того, насколько больше в будущем сможет заработать данный человек, если он пройдет курс лечения в сравнении с тем, что он останется без лечения[38].

Другой подход предполагает приведение к одному масштабу различных форм нарушения здоровья, и с этой целью вырабатываются "*единицы здоровья*": "год здоровой жизни" (year of healthy life), просто "здоровый год" (well-year), "приведенный по качеству год жизни" (quality-adjusted life year), "приведенный по инвалидности год жизни" (disability-adjusted life year). Все измерения с помощью единиц здоровья позволяют исчислять потери от болезней и выгоды, которые можно будет получить от введения тех или иных средств диагностики или терапии. Б.Г. Юдин считает, что "подход, делающий мерой здоровья человека его продуктивность, имеет под собой серьезные экономические основания. Тем не менее, следует констатировать его недостаточность, ограниченность, поскольку человек при этом понимается лишь как потребляемый обществом ресурс"[39].

Французский ученый Д. Нис подходит к здоровью не только как к объекту потребления, но видит в нем главным образом *объект вложения капитала* для его укрепления[40]. Д. Нис не считает возможным использовать для экономического анализа здоровья понятия "норма", "болезнь", "патология" в силу довольно неопределенной границы между ними и предлагает измерять здоровье по формуле $H = f(Xi)$, где H – благополучное здоровье, Xi – различные факторы (доход, уровень культуры, количество врачей, поликлиник и т.п.), обусловливающие его.

Обобщение ряда показателей, характеризующих различные стороны жизни, в единый оценочный показатель состояния здоровья населения предлагает Т. Эллисон. Его обобщенный индекс учитывает: смертность в возрасте старше 65 лет, фертильность, общую заболеваемость инфекционными болезнями, детскую смертность, средний доход семьи, среднее количество лет обучения, приходящееся на одного взрослого жителя региона, долю квартир, в которых проживает более 1,5 человека из расчета на одну комнату, процент неполных семей, долю семей, не имеющих автомобилей, и т.п.[41]

Современный подход к интегральной оценке здоровья населения отражен в *моделях индекса статуса здоровья*, получивших широкое распространение среди американских исследователей. Основой этого подхода является представление о здоровье индивида как о непрерывно изменяющемся "мгновенном здоровье" (instantaneous total health), которое в виде некоторой величины расположено на континууме, в диапазоне от оптимального са-

мочувствия до максимальной болезни (смерти). Впервые модель континуума здоровья предложил Д. Нейман в 1947 г.

Модель континуума здоровья – это не только теоретическая конструкция, но и средство реальных измерений статуса здоровья индивидуума и популяции, сочетающая экономический, психологический, медицинский и здравоохраненческий подходы[42]. При расчете непрерывное время заменяют дискретными промежутками (t) (днями, месяцами, годами), а континуум значений индекса здоровья разбивается на несколько упорядоченных категорий, соответствующих состоянию здоровья (j) от оптимального до экстремального (болезни). Обозначив h (i, t) – как индивидуальный индекс здоровья i-го индивидуума в момент t, получим индекс здоровья группы, населения из m индивидуумов для периода времени (t_1, t_2), по формуле Д. Торранс:

$$H(t) = -\frac{\sum^{m1,2} \int h(i,t)}{m(t_2 - t_1)}.$$

Введение в эту формулу новых обозначений позволяет рассчитать индекс ожидаемого здоровья как обобщенного показателя средней продолжительности предстоящей жизни.

В приведенную формулу *индекса статуса здоровья* Д. Торранс укладывается большинство моделей индексов здоровья населения, предложенных американскими исследователями, – индекс F (Д. Буш, 1972), индекс H (К. Чанг, 1965), индекс Q (Р. Кохен, 1973), индекс Ex (Б. Сандерс, 1964) и др. Последний индекс – показатель числа человеко-лет благополучной жизни – успешно применяется при оценке эффективности различных программ и мероприятий, направленных на сохранение и развитие населения[43].

При несомненных достоинствах представленных выше показателей состояния здоровья населения следует все же отметить, что ни один из них не отвечает требованиям[44], сформулированным ВОЗ в 1971 г. в отношении разработки обобщенного индекса здоровья населения. Несмотря на то, что некоторые авторы теоретически обосновывают необходимость создания обобщенного показателя, и несмотря на усилия ряда ученых по созданию общего показателя (индекса, модели) здоровья с учетом результатов предшествующих попыток, пока этот вопрос не решен. И при всевозможных тщательных методах исчисления, если такие методы будут разработаны, вряд ли какой-то обобщенный показатель сможет отразить состояние здоровья всесторонне и адекватно. Поэтому большинство исследователей считают, что

достаточно полная оценка состояния здоровья населения возможна лишь при учете и анализе значительного числа показателей различного характера, а попытки свести столь сложное понятие к однозначной характеристике не могут принести успеха. Каждый показатель здоровья – относится он к группе классических или неклассических – имеет свою информативную ценность. Появление новых достоверных показателей лишь обогащает эту систему.

Задача разработки новых показателей здоровья обусловлена, по крайней мере, двумя причинами. Во-первых, в настоящее время, несмотря на обилие показателей, они не в полном объеме характеризуют сущность здоровья (психическую, социальную, физическую). Во-вторых, по мнению многих ученых, здоровье не имеет пока собственного количественного показателя, используются преимущественно косвенные показатели; предметом изучения при исследовании здоровья населения является в основном не здоровье, а болезнь.

Наряду с созданием новых показателей здоровья возникает вопрос об их возможности дифференцированно отражать это состояние. Положительное решение этого вопроса позволило бы разработать концепцию "уровней здоровья" и на ее основе создать типологию людей по состоянию здоровья.

Итак, в результате рассмотрения различных показателей общественного здоровья очевиден вывод, что для более полного отражения состояния здоровья населения необходимо использование по возможности большего количества традиционных и нетрадиционных показателей.

3.3. СОЦИАЛЬНЫЕ НОРМЫ В ОТНОШЕНИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Отношение к здоровью на макроуровне – уровне общества – обусловливается сложившейся системой социальных норм. Социальные нормы при этом определяются как средство регулирования деятельности общества в целом, его институтов, социальных групп или отдельных лиц. Как элемент общественного сознания социальная норма – это всегда правила, требования общества к личности, в которых определены более или менее точно объем, характер, а также границы возможного и доступного в ее поведении. Одновременно в нормах содержатся критерии, оценка и средство социального контроля за этим поведением со стороны общества, класса или группы. Содержание соци-

альных норм позволяет им быть регулятором общественных отношений и поведения личности. Е.М. Пеньков называет их "специфическими средствами реализации общественных идеалов и принципов"[45].

Основу общественных принципов в отношении здоровья, выраженных в национальной политике в сфере здоровья, составляют программные документы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Произошедшие в 90-е годы значительные изменения социально-экономической ситуации в мире обусловили принятие в 1998 гг. обновленной Глобальной стратегии "Здоровье для всех в 21 веке", в которой подчеркивается, как и ранее, что здоровье в значительной мере зависит от факторов, лежащих за пределами сектора здравоохранения, хотя последнему отводится ведущая роль в координации усилий по достижению успешного сотрудничества разных секторов, отвечающих за здоровье[46].

Россия входит в число государств Европейского региона ВОЗ и, следовательно, должна руководствоваться его документами, в которых намечено 26 основных задач: поощрение здорового образа жизни, развитие первичной медико-санитарной помощи, повышение качества медицинского обслуживания, улучшение состояния здоровья посредством сокращения различий в доходах, образовании и трудоустройстве и т.д. Хотя последняя задача и выходит за рамки здравоохранения, образование рассматривается как ключевой фактор для усиления возможностей населения заботиться о сохранении своего здоровья. В связи с этим ставится задача равного доступа к образованию вне зависимости от наличия финансовых средств.

Особо в стратегии подчеркивается роль государства. Отмечается, что в финансировании и предоставлении социальных благ, подобных здравоохранению, не должна присутствовать неограниченная рыночная деятельность. А участие пациентов в оплате медицинских услуг признается мало эффективным.

О характере российской политики по укреплению здоровья можно судить по принятой в 2000 г. Правительством РФ "Концепции охраны здоровья населения РФ до 2005 года", которая имеет сугубо промедицинский характер. Оговорки о том, что "назревшие проблемы здоровья населения являются комплексными, межведомственными и многофакторными", никак не отражаются на содержании Концепции, посвященной развитию здравоохранения и медицинской науки[47]. Ни образовательные, ни воспитательные институты и структуры не отражены в Концепции, вопреки рекомендациям ВОЗ.

Данная Концепция охраны здоровья населения, будучи источником формирования социальных норм в сфере здоровья, не способствует тому, чтобы они адекватно отражали сегодняшние экономические реалии, ориентировали население на изменение отношения к здоровью.

Социальные нормы как элемент общественного сознания и культурологический феномен аккумулируют бытовавшие ранее и существующие сейчас традиции и обычаи, связанные с отношением к здоровью. До 1917 г. это были прежде всего религиозные постулаты, предписывающие весьма различные, порой диаметрально противоположные взгляды на отношение к здоровью, в зависимости от принадлежности к той или иной конфессии.

В христианстве подчеркивается дуализм человеческой природы. Болезнь – это не обязательно наказание за грехи, болезнь может трактоваться как момент личного примирения с Богом, искупление прошлых грехов, призыв к милосердию. Пассивность перед лицом болезни, ожидание чудесного исцеления, свойственного сознанию верующего, и надежда на врачебную помощь имеют в своей основе один и тот же мировоззренческий стереотип. Идея веры, по мнению христиан, является абсолютной духовной защитой от всех напастей человеческой жизни. Исцеляющее значение веры известно давно[48].

С другой стороны, на современном Западе отказ от традиционной парадигмы веры сопровождается на уровне обыденного сознания увлечением собственным здоровьем, здоровым образом жизни, занятиями спортом, йогой, медитацией. Вместо Библии читают астрологические книги, с проблемами идут не к священнику, а к экстрасенсу, психоаналитику. Очевидно, что отказ от веры не продвинул человека вперед в духовном аспекте[49].

Христианские протестантские традиции послужили основой формирования социальных ценностей соответствующей социальной политики и системы здравоохранения. Об их эффективности свидетельствует опыт скандинавских стран, где протестантская этика органично уживается с научной медициной, поскольку они имеют одинаковые культурные и географические корни.

Другой культурологический опыт в отношении к здоровью свойствен жителям мусульманских стран. Для представителей ислама сохранение здоровья – священная обязанность, предписывающая: личную гигиену (омовение 5 раз в день перед каждой молитвой); запрет на употребление алкоголя; четкий распорядок семейной жизни, в том числе половой; употребление доброкачественной пищи[50]. В религиозной системе ислама понятие страда-

ния, болезни имеет резко отрицательный характер (тогда как в христианстве болезнь – почти благо). Отрицание страдания подразумевает не только лечение болезни, но и профилактику заболевания, и все это считается не только личным, но и общественным долгом, невыполнение которого карается системой штрафов на уровне общины.

Иное толкование здоровья и болезни свойственно буддизму, для которого жизнь и смерть – только мгновение в круговороте реинкарнаций. Буддизм проповедует любовь ко всему живому, строгую подчиненность велениям разума и ценность знаний. Болезни усиливают страдания, а долг буддиста – милосердие и сострадание. Именно эти положения буддизма вписываются в ценностный консенсус охраны здоровья и здравоохранения.

Рассмотрение здоровья как социальной ценности неизбежно в контексте содержания понятия "свобода". Индивидуальная свобода: жить так, как хочется индивиду, болеть, не задумываясь о лечении, или даже умереть – зачастую приходит в противоречие с ценностями общества, государства, которые вынуждены ограничивать эти свободы ради, например, национальной безопасности, улучшения демографической ситуации и т.п. Такими ограничениями формируются социальные нормы, например, запрет курения в общественных местах, принудительное лечение венерических заболеваний и т.п.

Социальные нормы как элемент культуры, передающийся из поколения в поколение, трансформирующийся под влиянием социетальных факторов, определяют поведение и деятельность индивидов, групп, общностей. Культурный фон при этом служит основой представлений и поиска средств для того, чтобы, например, не допустить заболевания или справиться с ним. Это может быть как система профилактических оздоравливающих действий, так и молитва, медитация и пр.

Таким образом, культура служит базой для формирования социальных норм, паттернов и она же обеспечивает трансляцию этих образований через различные информационные каналы или социальные институты: систему обучения, средства массовой информации, семью и пр.

Средства массовой информации, в частности газеты, являются довольно чутким "барометром", отражающим степень и характер интереса к общественному здоровью. По данным социологического исследования по вопросам образования в области здоровья, проведенного Российской ассоциацией общественного здоровья[51], было обнаружено, что каждый третий школьник получает информацию такого рода из печатных изданий и еще 20%

опрошенных хотели бы получать подобные сведения из периодической печати; 42% опрошенных учителей отнесли средства массовой информации к важнейшим источникам информации о здоровье; для родителей школьников значимость СМИ в освещении вопросов здоровья еще более важна – 66% указали на это.

Помимо средств массовой информации в качестве источников формирования социальных норм в сфере здоровья может выступать деятельность различных учреждений культуры и досуга.

В России число учреждений культурно-досугового типа с 1990 по 2003 гг. сократилось с 73,2 тыс. до 53,6, т.е. в 1,4 раза, в том числе в городах и поселках городского типа – в 1,6 раз, а в сельской местности – в 1,3 раза. Число общедоступных библиотек сократилось в 1,2 раза, в том числе в городах и поселках – в 1,5 раза, в селе – в 1,1 раза; число спортивных площадок и полей – в 1,3 раза[52]. За этими цифрами стоят сокращение финансирования, уменьшение численности кадров, ухудшение содержания работы, ослабление воздействия на население, а значит – обеднение досуга различных групп населения, несформированные культурные ценности, в том числе здоровья, неполученные физкультурные навыки и т.п.

Одновременно в этот же период средства массовой информации и, прежде всего, телевидение формировали стереотипы питейного и курительного поведения, особенно пагубного для здоровья молодежи. Финансовые интересы монополистов – производителей табака и алкоголя – оказались в данном случае наиболее значимым фактором формирования социальных норм здоровья. Эти примеры свидетельствуют о том, что на государственном уровне в России отсутствует осознанная политика сохранения здоровья, несмотря на многочисленные концепции и программы.

Характер общественной ценности здоровья является преимущественно инструментальным, а его фундаментальное значение даже не обсуждается. Государственная озабоченность по поводу уровня общественного здоровья и его низкой ценности в массовом сознании выражается лишь в "озвучивании" этих проблем. Ухудшение показателей здоровья, особенно в детском и подростковом возрастах, не воспринимается как сигнал бедствия.

Здоровье населения, в советское время считавшееся необходимым потенциалом трудовых ресурсов, который сегодня катастрофически уменьшается количественно и ухудшается качественно, не расценивается как объект, заслуживающий беспокойства на государственном уровне, ценность его низка, несмотря на громкие заявления о том, что "здоровье населения является основой национальной безопасности страны"[53].

3.4. СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Значение социальной политики определяется тем, что от ее реализации в конечном итоге зависят состояние здоровья населения и перспективы его изменения. Анализ социальной политики в сфере общественного здоровья необходимо предварить рассмотрением ее сути.

В работах классиков социологии (М. Вебера, Э. Дюркгейма, Г. Зиммеля, П. Сорокина) проблемы социальной политики нашли отражение в связи с идеями происхождения и сущности социальных институтов и социального порядка. Но непосредственно феномен социальной политики стал изучаться только в середине XX в. в связи с анализом социального государства и социальной справедливости.

Само понятие "политика", следуя методологии Т. Парсонса, определяется как целенаправленная, преобразующая деятельность, связанная с мобилизацией и использованием тех или иных видов общественных ресурсов. А социальная политика понимается как целенаправленная деятельность государства по перераспределению ресурсов среди граждан с целью достижения благополучия[54]. Современные трактовки "социальной политики" принципиально не отличаются от парсонсовской.

И.А. Григорьева видит в социальной политике "деятельность государства и/или общества по согласованию интересов различных социальных групп и социально-территориальных общностей в сфере производства, распределения и потребления, позволяющая согласовать интересы этих групп с интересами человека и долговременными целями общества"[55]. А. Стребков[56] считает, что "государственную социальную политику можно представить как баланс сил, как степень согласия по текущим и перспективным решениям, программам социального устройства и переустройства". Суть социальной политики, по мнению В.Н. Ярской[57], в интеграции механизмов и способов, посредством которых правительство, власть различных уровней влияют на жизнь населения, стремясь к стабильности и равенству.

Социальная политика – многоуровневое понятие, поскольку кроме собственной институциональной сущности включает социальную сферу жизни, обусловленную потребностью культурного и физического воспроизводства, и важнейшие социальные институты образования, здравоохранения, науки, культуры, социальной защиты, средств массовой информации и пр.

В настоящее время существуют несколько типологий социальной политики в зависимости от характеристик социально-политических систем. По одной типологии различают скандинавскую, континентальную европейскую, трансатлантическую англо-саксонскую модели; по другой – бисмаркскую и беверидж-скую; по третьей – резидуальную (остаточную), институциональную и достижительную[58], по четвертой – либеральную, консервативную, социально-демократическую.

В либеральной модели государство обязано предоставить минимум социальных гарантий всем членам общества, с акцентом на бедные и малообеспеченные слои населения. Консервативная модель подразумевает отдельные социальные программы для различных профессиональных и статусных групп в зависимости от их трудового вклада. Социально-демократическая модель предусматривает равные права на заботу государства всех членов общества независимо от уровня благосостояния и трудового вклада[59].

В соответствии с этой классификацией социальная политика России формально ближе всего к социально-демократической модели.

Социальная политика в российской действительности прошла несколько периодов становления. С точки зрения управления социальным развитием, в советский период она разрабатывалась в русле нормативно-ценностного подхода, представлений о том, что общество вполне управляемо и все проблемы можно решить средствами социальной политики. Неоправданно большое значение придавалось развитию социальной инфраструктуры, а не развитию человека. Социальная политика традиционно характеризовалась наличием программы деклараций ("Все для блага человека!"), которые формировали у населения высокие ожидания, связанные с выполнением государством обязанностей по отношению к своим гражданам. При этом экономическая цена социальной политики не обсуждалась, что было оправдано в системе социалистической экономики и недопустимо в условиях рыночной.

В 60-е годы социальная политика считалась приоритетом для советского правительства, достижения в области жилищного строительства, медицинского и социального обеспечения, образования позволяли СССР лидировать в мире по темпам роста и объему услуг. С конца 70-х годов – периода наиболее жесткой фазы холодной войны – стала проявляться слабость социальной политики, ее ориентиров и институциональной структуры. Уже в этот период обозначились негативные тенденции в здоровье

населения. К началу 1990-х годов обострение социальных проблем выразилось в высокой детской смертности, снижении рождаемости, негативных тенденциях заболеваемости, в институциональных и идеологических сложностях в области здравоохранения[60].

Социальная политика в этот период характеризовалась спонтанностью и бессистемностью, а зачастую противоречила направлению экономических реформ. В сущности, она сводилась к попыткам нейтрализации уже возникшей социальной напряженности, постоянно отставала от тенденций развития общества и не могла предложить концепции согласованного развития государства, общества и экономики.

Нельзя сказать, что ничего не делалось для разрешения возникающих проблем. Активно проводилась законотворческая деятельность, выделялись значительные средства на Федеральные целевые программы[61]. Принимались законы, программы, концепции. Но ни одно из постсоветских российских правительств не приняло стратегический план в отношении здоровья населения, которое все эти годы продолжало неуклонно ухудшаться.

Механизмы реализации социальной политики в российском обществе характеризуются сегодня, по мнению ряда исследователей[62], реально существующими трудностями, среди которых: 1) нехватка финансовых средств, организационного и управленческого потенциала; 2) "разрыв" между заявленными на всех уровнях государственной власти целями, задачами социальной политики и их реальным осуществлением; 3) противоречия между центральными и региональными структурами при реализации социальных программ; 4) несоответствие между необходимыми сегодня новыми информационными технологиями в социальной сфере и современным состоянием государственного управления.

Указанные трудности имеют отношение и к социальной политике в сфере общественного здоровья, но основная методологическая сложность заключается в том, что до сих пор социальная политика рассматривала человека как объект своей деятельности и не требовала активного отношения к своему собственному здоровью.

Изменившиеся социально-экономические условия поставили индивида и социальные группы перед необходимостью быть включенными в социальную политику в качестве равноправных акторов – партнеров государства. Тем самым обеспечиваются мобилизация внутренних личностных ресурсов и изменение мо-

тивации, что в значительной степени будет способствовать повышению эффективности социальной политики.

Употребляя термин "социальная политика" применительно к здоровью, мы руководствуемся пониманием "политики" в трактовке Всемирной организации здравоохранения: "политика – это согласие, консенсус среди партнеров о том, какие проблемы надо решать, и о том, каким способом или с помощью каких стратегий это надо делать"[63]. Специалисты считают, что на "данном этапе развития общества социальная политика государства неадекватна состоянию здоровья населения, уровень которого неудовлетворителен. Ситуация, сложившаяся в области здравоохранения и здоровья населения, представляет угрозу успешному выживанию и активному развитию России. Каждое следующее поколение россиян рождается менее здоровым и менее жизнеспособным"[64]. При том, что существует настоятельная социальная потребность в повышении уровня здоровья населения, экономическая ситуация в стране, качество и образ жизни большинства населения делают это невозможным.

Основной проблемой социальной политики сегодня является фактическое невосприятие здоровья населения в качестве капитала, экономического и социального, хотя на вербальном уровне такое понимание декларируется. Тогда как, по мнению экономистов, именно человеческий капитал, обеспечиваемый за счет инвестиций в образование, воспитание, здравоохранение, является важным фактором экономического роста страны. Как считают зарубежные ученые Р. Лукас, К. Мэнкью, Д. Ромер, до 80% различий в душевых доходах между странами разного уровня экономического развития объясняется прежде всего фактором человеческого капитала[65].

В России объектом социальной политики в сфере здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженных им. Здоровый человек и здоровая часть населения находятся вне сферы внимания здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся заболевания. И чем серьезнее и тяжелее – тем больший интерес, экономический и научный, они будут представлять для здравоохранения.

Социальная политика государства относительно любой сферы жизнедеятельности включает ряд этапов: а) подготовку и издание различных правовых документов – законов, постановлений и пр.; б) финансирование той или иной отрасли, программы, проекта; в) осуществление (или неосуществление) практических мероприятий в той или иной сфере.

Правовое обеспечение отношения к здоровью

Социальная политика государства в сфере здоровья основывается на том, что здоровье – это высшее неотчуждаемое право человека, без которого теряют значение другие ценности. В то же время здоровье не только является личной собственностью гражданина, но имеет и социальную значимость. Общество обязано содействовать сохранению и улучшению здоровья всех граждан. Таким образом, в этом праве на здоровье отчетливо проявляется мера взаимной свободы и взаимной ответственности человека и государства.

Национальная социальная политика в области здоровья руководствуется положением Конституции РФ, предусматривающим специальную норму, в соответствии с которой "общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ являются составной частью ее правовой системы" (ст. 15)[66]. Такими основными принципами, которые должны учитываться при формировании национальной политики в сфере здоровья, являются положения Всеобщей декларации прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 г.) о том, что "каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояние его самого и его семьи..." (ст. 25). В основе национальной социальной политики РФ лежат также Глобальная стратегия ВОЗ "Здоровье для всех"[67], ратифицированные нашей страной Конвенции ООН о правах ребенка и ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей и др.

В последние десятилетия в России был принят ряд законов и подзаконных актов в области здоровья. К ним относятся: "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (1993 г.), "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (1991 г.), "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (1991 г.), "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (1992 г.), "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)" (1995 г.), "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (1998 г.), "Об охране окружающей природной среды", "О здравоохранении в РФ" (1999 г.), "Об ограничении курения табака" (2001 г.) и др.

Все эти законы подготовлены и приняты при непосредственном участии Министерства здравоохранения РФ и других медицинских организаций, что заведомо определяет промедицинскую направленность их содержания с элементами социального характера. Так, в *"Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан"* из пяти основных принципов только два отражают причастность к этой проблеме представителей других сфер социальной жизни. Это "1) соблюдение прав человека и гражданина в области здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан". Остальные три принципа имеют отношение только к здравоохранению[68].

Закон *"О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"* в большей мере, чем предыдущий, отвечает задачам формирования рационального отношения к здоровью. Среди основных принципов здесь обозначены: реализация программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний; оздоровление среды обитания человека и условий его жизнедеятельности; широкая информированность населения о состоянии здоровья, о гигиенической и эпидемиологической обстановке; воспитание высокой санитарной культуры населения и др. За прошедшие 14 лет эти принципы не стимулировали почти никаких практических действий в указанных направлениях.

В Законе *"О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)"* гарантируются положения, влияющие на поведение людей в случае возникновения подобной ситуации: "регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции; доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции" и др.

Аналогичные положения предусмотрены в Законе "*Об иммунопрофилактике инфекционных болезней*", в котором предусматривается: "доступность для граждан профилактических прививок; бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь прививок..." (ст. 4).

При очевидной позитивной направленности и целесообразности в связи с отношением к здоровью перечисленных выше законов, нельзя, тем не менее, не отметить, что сложность законотворческой деятельности порой приводит к возникновению юридических несоответствий и противоречий. Так, в *"Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граж-*

дан" сформулирован принцип ответственности государства за создание здоровых условий жизни, но при этом не прописаны правовые нормы, определяющие гарантии государства по созданию таких условий, что фактически мешает реализации данного принципа[69].

Закон *"Об ограничении табакокурения"* был принят в ситуации, когда стала очевидной причастность табака к преждевременной смерти каждого четвертого умершего в РФ, когда увеличилось число курящих женщин и подростков. Реализация этого Закона в прошедшие четыре года показала, что из-за отсутствия государственной программы по снижению табакокурения среди граждан России эффективность Закона оказалась очень низкой. Министерства здравоохранения РФ, образования РФ и культуры РФ самоустранились от пропаганды здорового образа жизни и разъяснительной работы о вреде потребления табачных изделий.

Важным этапом, предшествующим появлению законов, является разработка и последующая реализация концепций, связанных с ключевыми проблемами общества.

В 1997 г. Указом Президента РФ № 1300 от 17 декабря была утверждена *"Концепция национальной безопасности РФ"*, которая определила "здоровье населения основой национальной безопасности страны". Затем был принят ряд федеральных целевых программ по укреплению здоровья, профилактике заболеваний сахарным диабетом, туберкулезом, ВИЧ-инфекции и т.п.

В августе 2000 г. Правительством РФ была утверждена очередная *"Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 г."*[70]. Ее подготовкой по традиции занимались только Минздрав РФ и Российская Академия медицинских наук, и не были привлечены специалисты ни Министерства образования РФ, ни Госкомитета по делам молодежи РФ, ни Госкомитета по физической культуре и туризму РФ, ни Академии наук РФ, ни Госкомпечати РФ и т.п. Правда, в Концепции, принятой в 2000 г., по сравнению с предыдущими, сделан небольшой шаг вперед. В качестве одного из приоритетных направлений деятельности Концепции предусматривалось "формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры", а дальше уточнялось, что это "не требует значительных финансовых затрат, но может дать ощутимый социально-экономический эффект". Таким образом, обнаруживалась степень реальности заявленных намерений.

В апреле 2000 г. была принята еще одна Концепция, направленная на "обеспечение государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья"[71]. Эту Концепцию предполага-

лось осуществлять силами трех министерств: здравоохранения РФ, труда и социального развития РФ и образования РФ. Стремление преодолеть межведомственные барьеры свидетельствовало об актуальности проблемы и ломке стереотипов административного мышления.

21 марта 2003 г. Приказом Министерства здравоохранения РФ была утверждена *"Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации"*. Этот документ лег в основу отраслевой программы "Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 гг.". Перспективность документа обусловливает необходимость анализа основных положений Концепции как одного из программных положений социальной политики в сфере здоровья населения на ближайшие годы.

Прежде всего следует отметить, что правовой документ, включающий словосочетание "здоровье здоровых", впервые появился в отечественной законотворческой практике. Путь его к легитимности насчитывает около 10 лет, в течение которых эта концепция разрабатывалась в различных школах медицинской науки К.В. Судаковым, Н.Ф. Измеровым, В.И. Кулаковым, М.А. Пальцевым, Ю.П. Лисициным, А.Н. Разумовым, а также в общественных науках – Е.Н. Кудрявцевой, П.О. Тищенко, Ю.И. Бородиным, Л.Г. Матрос, И.Н. Смирновым и др.

Суть Концепции – в недопущении болезненного состояния человека за счет мобилизации его психофизиологических резервов, обеспечивающих равновесие организма с окружающей средой, оптимальную адаптацию и противодействие экстремальным факторам. В центре внимания Концепции – здоровые мать и отец, здоровый ребенок, здоровый образ жизни, полноценная трудовая деятельность и обеспеченная старость.

Отдавая должное факту появления подобной Концепции, нельзя не обратить внимания на некоторые ее особенности. В представленном обосновании актуальности доминирует экономическая эффективность от реализации Концепции со ссылкой на международный опыт внедрения профилактических программ, результативность которых оценивается соотношением 1:8. Некорректность данного аргумента состоит в том, что профилактические программы далеко не всегда бывают успешными, длятся они от нескольких недель до 20–30 лет, и их главный результат находится не в плоскости экономических достижений, а в изменении поведения людей. В следующем аргументе, связанном с предложением развивать немедикаментозные оздоровительные технологии из-за высоких цен на лекарства, ощущается заинтересованная причастность системы здравоохранения.

Аналогичное впечатление складывается от предлагаемых основных принципов реализации Концепции, которые наполовину связаны с системой здравоохранения: доступность мероприятий по экспресс-оценке состояния здоровья, приоритет оздоровительных и профилактических мер в области общественного здравоохранения, единство медико-профилактической, оздоровительной и экономической эффективности системы охраны здоровья и т.п.

Во всех разделах Концепции подчеркивается "ответственность человека за свое здоровье и здоровье своих близких", но не прописывается механизм формирования этой ответственности. Более того, декларируется, что "работодатель и наемный рабочий в равной степени несут ответственность за здоровье, только работодатель больше за общественное здоровье, а наемный рабочий – за индивидуальное". Считается также необходимым формировать "у работодателя отношение к здоровью работника как к экономическому механизму повышения результативности и качества труда". Гуманистическая суть Концепции становится все менее очевидной.

Наиболее важный раздел – "Механизм реализации Концепции", где указано 26 путей достижения поставленных задач. Здравоохранение, в той или иной степени, присутствует в половине указанных путей достижения.

Шесть направлений связано с "правильными", но абстрактными задачами: создание здоровой и безопасной экономической среды дома и на работе, обеспечение более здорового образа жизни, формирование у молодежи активной жизненной позиции и т.п. Очень важный, центральный, по-нашему мнению, образовательный аспект нашел отражение в четырех пунктах этого раздела: разработка учебно-образовательных программ о здоровье для телевидения, популярных кинофильмов, компакт-дисков, конкурсов здоровья; создание клипов, плакатов и другой рекламной продукции; подготовка медицинского персонала для обучения детей в общеобразовательных школах здоровому образу жизни. Проблемы экологии, питания, досуга, науки, физкультуры были упомянуты по одному разу в перечне направлений механизма реализации Концепции. Таким образом, приоритет интересов системы здравоохранения в данном контексте не вызывает сомнений.

Но главное, что не обозначен механизм управления процессом охраны здоровья здоровых. Неоднократное упоминание о необходимости консолидации усилий федеральных органов исполнительной власти и соответствующих органов субъектов РФ, местного самоуправления и самих граждан по сути не содержит кон-

структивного предложения для решения этой трудной задачи. Сегодня сотрудничество только двух министерств РФ – здравоохранения и образования – в вопросах здоровья школьников является пока неразрешимой проблемой. Поэтому реализация масштабной Концепции без управляющего органа практически нереальна, несмотря на актуальность большинства заявленных позиций. Методологически ошибочно и "место рождения" Концепции – Министерство здравоохранения РФ. Межведомственный подход к охране здоровья здоровых необходим уже на стадии подготовки Концепции – создании ее усилиями всех заинтересованных сторон.

Базовый законопроект *"О здравоохранении в Российской Федерации"*, направленный на установление принципов деятельности национальной системы здравоохранения в соответствии с Концепцией ВОЗ "Здоровье для всех в XXI веке" находится на рассмотрении в Государственной Думе уже восьмой год. Создание идеологии здоровья, формирование соответствующих установок не отражены достаточно в правовых документах, что предопределяет процесс их нереализации в ближайшие годы.

Финансовое обеспечение социальной политики в сфере общественного здоровья

Важным аспектом социальной политики является финансирование затрат на здравоохранение. В середине XX в. во всех странах мира, включая Россию, изменилась структура причин смертности. Это потребовало изменения стратегии систем здравоохранения. Западные страны пошли по пути существенного увеличения доли расходов на здравоохранение в ВВП (см. табл. 5). Причем больше средств стало тратиться не только на медицинские технологии и оборудование, но и на пропаганду здорового образа жизни, что свидетельствовало об изменениях в системе государственных приоритетов, повышении ценности долгой и здоровой жизни на шкале общественных и индивидуальных ценностей.

Цифры, приведенные в табл. 5, требуют оговорок – они не учитывают динамики цен и покупательской способности валют, поэтому их прямое сопоставление было бы неверным. Но важен порядок величин: 72 руб. в 1980 г. были настолько меньше 1064 долл. или 3566 франков, что рассчитывать в борьбе за снижение смертности на одинаковый с американцами или французами результат не было никаких оснований.

Экономия на здравоохранении, его бедность – наследие, доставшееся России от бывшего СССР, занимавшего последнее ме-

Таблица 5

Рост душевых затрат на нужды здравоохранения в СССР, США и Франции[72]

Год	Расходы на душу населения			Рост по отношению к 1960 г.		
	СССР, руб.	США, долл.	Франция, франки	СССР	США	Франция
1960	27	143	242	1,0	1,0	1,0
1970	49	346	816	1,8	2,4	3,4
1980	72	1064	3566	2,7	7,4	14,7
1990	124	2601	9521	4,7	18,2	39,3

сто по продолжительности жизни в списке промышленно развитых стран мира. До сих пор положение в России не изменилось. Доля внутреннего валового продукта, расходуемого на нужды здравоохранения, в два-три раза ниже чем в странах с низкой смертностью, при том что и сам ВВП в расчете на душу населения в России в 2–4 раза ниже, чем в этих странах. Так что ограниченность экономических ресурсов остается очень серьезным препятствием на пути развертывания второго этапа эпидемиологического перехода и улучшения состояния здоровья населения[73].

Правда, определенная часть финансовых средств "поступает" в сферу общественного здоровья путем финансирования деятельности спортивных, досуговых учреждений, реализации различных программ, связанных со здоровьем. Оба эти направления, рассмотренные в других разделах работы (3.3, 5.3), не влияют кардинально на ситуацию финансового обеспечения общественного здоровья.

В России до сих пор остается традиционным финансирование охраны здоровья по остаточному принципу и пренебрежение ценностью человеческой жизни на уровне государства, общественного и индивидуального сознания. Стратегия охраны здоровья в России не предполагает существенного увеличения затрат государственного бюджета на охрану здоровья населения.

Практическая реализация социальной политики

Конституция РФ 1993 г. провозгласила Россию социальным государством, и тем самым была заявлена концепция социальной политики, ориентированная на повышение качества жизни всего населения и уменьшение всех видов социального риска. Насколько удалось осуществить заявленное, можно судить не только по

личному опыту и отечественным статистическим данным, но и по "Индексу развития человеческого потенциала" (ИРЧП), который отражает существенное ухудшение здоровья населения, снижение средней продолжительности жизни, особенно у мужчин, что большинство специалистов объясняет чрезмерными адаптационными нагрузками.

По мнению специалистов, в настоящее время в России существенно изменяется роль государства в осуществлении социальной политики, что проявляется в ее децентрализации и муниципализации, в сокращении масштабов государственного вмешательства в социальную сферу, изменяется социальная позиция семьи и личности по отношению к государству, постепенно увеличивается доля их социального участия и ответственности и т.п. Однако проблема заключается в том, что сокращение социальных обязательств государства не компенсируется в адекватных масштабах приращением социальных возможностей граждан и малых групп (семьи, трудового коллектива и т.п.). В результате этого спектр традиционных социальных потребностей населения не удовлетворяется, и таким образом появляется вакуум ответственности, т.е. очевидна "социальная безответственность" государства[74].

Ученые предлагают несколько возможных направлений переориентации социальной политики с целью повышения ее эффективности.

Специалисты в области экономики здоровья аргументированно доказывают, что только осознание инструментальной ценности общественного здоровья существенно повлияет на развитие России в целом. В.И. Кашин считает, что "здоровье россиян как производительный ресурс или капитал должно стать объектом, критерием и целью российской экономики", и приводит расчеты значимости качества ресурсов здоровья: 1) потери национальных ресурсов здоровья из-за не дожития российскими мужчинами полутора лет до 60 эквивалентны недопроизведенным 10–12% ВВП в год; 2) ежегодное уменьшение численности населения России на 1 млн равнозначно 0,7% ВВП. В то время как опережающие темпы развития сырьевых отраслей гарантируют (и то не надолго) увеличение на 2–3% ВВП в год. Основная проблема, по мнению В.И. Кашина, заключается в разрыве между потребностями страны в качестве ресурсов здоровья и неспособностью социальных институтов трансформировать получаемые доходы в эффективные инвестиции в здоровье населения. Предлагая 4 направления капитализации национальных ресурсов здоровья – государственные, корпоративные, частные и индивиду-

альные инвестиции – В.И. Кашин считает, что максимальную эффективность имеет последнее направление, основанное на личностном начале укрепления здоровья, т.е. на самосохранительном поведении. Вводятся новые понятия: "ресурсы здоровья", "ожидаемые годы здоровой жизни, "потенциал здоровья", "денежная оценка ресурсов здоровья", "эффективный возраст", "эффективность управления ресурсами здоровья" и т.п., и предлагается экономическая методика их измерения, апробированная в Хабаровском крае. Автор считает, что внедрение этой методики позволило бы осуществлять практическое управление индивидуальными, семейными, корпоративными, региональными ресурсами здоровья[75].

Другие специалисты акцентируют внимание на необходимости учета различных социальных аспектов при разработке социальной политики.

Ю.П. Лисицын видит один из главных путей переориентации социальной политики государства и общества в приоритете охраны здоровья при формировании "политической воли государства" и финансовом обеспечении социальной политики охраны и укрепления общественного здоровья за счет нескольких источников, помимо бюджетного финансирования: медицинского страхования, дополнительных отчислений из фондов оплаты труда, средств благотворительных организаций, личных средств граждан, средств местных налогов. При этом важным Ю.П. Лисицын считает "недопущение превалирования платной помощи и платного добровольного страхования"[76].

Н.М. Римашевская предлагает с целью укрепления общественного здоровья и регулирования связанных с ним основных параметров семейного благосостояния отдавать приоритет тем группам и категориям населения, которые имеют одновременно низкий потенциал здоровья и слабую обеспеченность ресурсами для его укрепления. Выявление и учет таких групп требуют внедрения новых методов изучения и измерения здоровья, выходящих за рамки традиционных показателей.

Ввиду того, что, по данным исследований, примерно половина населения страны не имеет достаточно денежных средств для поддержания и сохранения здоровья на надлежащем уровне, первоочередной задачей социальной политики должна стать борьба с бедностью и уменьшением неравенства в распределении доходов.

Другое направление социальной политики должно быть связано с учетом жилищного фактора, который является фактором длительного воздействия и формирования здоровья представите-

лей нескольких поколений семьи. По данным исследований ИСЭПН РАН, анализ связи между оценками здоровья и жилищных условий обнаруживает четкую закономерность: неудовлетворительные жилищные условия чаще сочетаются с низкими оценками здоровья, а хорошие жилищные условия – у лиц с высоким потенциалом здоровья. Выявлена дифференциация значения жилищных условий как фактора возникновения хронической патологии в различных возрастных группах населения. Наиболее уязвимыми в этом плане оказались дети до 10 лет, тогда как детский возраст имеет решающее значение в формировании и последующем развитии индивидуального здоровья[77].

Учет наличия детей и их количества в семье при проведении социальной политики может выражаться в создании гибкой льготной системы предоставления жилплощади молодым семьям с детьми, что позволило бы обеспечить формирование более здорового молодого поколения.

Одной из самых сложных задач данного аспекта социальной политики является формирование потребностей и установок на заботу о здоровье у различных категорий населения. Эта задача предполагает разработку системы воспитания и обучения навыкам здоровья различных групп населения, начиная с первых лет жизни человека. Длительность и сложность этого процесса предполагает систематическое, научно обоснованное воздействие на население, формирование соответствующих социальных норм поведения. Результаты этой кропотливой работы будут достигнуты тогда, когда полученные в детстве знания о здоровье превратятся в установки, убеждения, потребности, сформируют поведение на уровне привычки. Этот процесс может продолжаться не одно десятилетие, и только тогда можно надеяться на замену существующего сегодня у россиян безответственного отношения к своему здоровью, что явилось результатом семидесятилетнего внушения идеи о первичности общественных интересов и вторичности – индивидуальных, в том числе здоровья, о котором бесплатно заботится советское здравоохранение. Отмиранию подобных установок способствует, например, изменившаяся сегодня система отбора кадров при приеме на престижную работу. Здоровье при этом является одним из маркеров успешности на рынке труда у поколения молодежи эпохи девяностых годов.

Стремление разработать национальную стратегию охраны и укрепления здоровья обусловило проведение анализа политик здравоохранения в различных странах[78] и их рекомендаций по оптимальному развитию сферы здоровья[79]. В результате были под-

готовлены два программных документа "К здоровой России" 1994 и 1997 гг.

Ведущие российские и зарубежные специалисты в области здравоохранения признали, что неблагоприятные показатели заболеваемости и смертности в России не поддаются корректировке с помощью лечебных мероприятий. "Только проведение широких мер профилактики сердечно-сосудистых и неинфекционных заболеваний, резкое снижение уровня риска этих заболеваний у населения, общие меры укрепления здоровья могут переломить ситуацию. Эта работа возможна только при скоординированности действий различных организаций и учреждений, включая правительственные"[80].

В документах детально, поэтапно представлены меры по реализации политики и стратегии укрепления здоровья и профилактики основных неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения. В этих документах есть все: характеристика современной ситуации, прошлый опыт, оценка существующих потребностей населения и общества, значение образования в сфере здоровья, роль медицинских работников, семьи, школы, СМИ, особенности воздействия на различные социально-демографические группы населения и т.п. Результаты социологических исследований, проведенных в процессе подготовки этих документов, выступают в качестве аргументов, подтверждающих высказываемые предложения, и основы для разработки структуры и мероприятий по содержательным блокам. Например, в блоке документа (15.1) "Дети и школьники" представлена современная модель школьной программы укрепления здоровья.

Основная задача видится в переориентации школьной программы и социальной, экологической, гигиенической школьной среды, всей инфраструктуры внутри школы и вокруг нее на укрепление здоровья детей, их полноценное развитие и благополучие. Проблема при этом состоит в объединении ресурсов и усилий в этом направлении различных служб и структур общества. Центральная идея программы – работа со здоровыми детьми с целью выработки у них ценности, знаний и привычек здорового образа жизни. Собственно образовательная программа в рамках общей программы укрепления здоровья включает в себя спланированное и последовательное обучение здоровому образу жизни учащихся каждой возрастной группы, начиная с детского сада и кончая 11-м классом. Она преподается учителями, подготовленными для преподавания данного предмета; объединяет усилия родителей, сотрудников органов здравоохранения, представителей об-

щественности. В этой программе должны активно участвовать высшие учебные заведения, которые обеспечивают первоначальную подготовку и постдипломное образование.

Приведенный фрагмент дает представление о существовании на государственном уровне разработанной концепции укрепления здоровья населения, об осознанности ее немедицинского характера, о возможных этапах ее осуществления.

В последующие годы было принято немало правовых документов различного уровня, разработано множество программ, направленных на изменение ситуации в сфере общественного здоровья, но ситуация меняется только в негативном направлении. Все более очевидной становится необходимость изменения концептуального подхода к проблеме. Сказывается отсутствие единого координирующего центра. Поскольку охрана и укрепление здоровья должны рассматриваться с позиций комплексного подхода, целесообразно было бы создание единого координирующего органа. Формирование его могло бы вестись по принципу отбора основных направлений, связанных с формированием и охраной здоровья. К числу таких направлений относятся: трудовая деятельность, жилищно-бытовые условия, питание, занятия физкультурой и спортом, организация досуга, окружающая среда. Каждое из направлений представляет собой отрасли народного хозяйства, которые ответственны за решение проблем, связанных со здоровьем. Все эти отрасли в той или иной степени должны войти в единый координирующий орган. С созданием такого нового формирования социальная политика в сфере здоровья получит возможность аргументированно расширить зону своего воздействия на все аспекты, связанные со здоровьем населения, независимо от их ведомственного подчинения. Российская Академия медицинских наук и Министерство здравоохранения и социального развития, претендующие на эти координирующие функции сегодня, с ними не справляются.

Основными целями социальной политики в области общественного здоровья следует считать:

- признание в качестве ведущей ориентации заботу о здоровье здорового человека;
- создание конституционной и законодательной баз, обеспечивающих заинтересованность всех институтов, негосударственных структур, общества в целом в сохранении и укреплении здоровья;
- разработку системы стимулов для формирования у населения установок на здоровье и позитивное самосохранительное поведение;

• усиление роли школы, семьи и СМИ как источников сведений о здоровье для различных категорий населения;

• достижение консенсуса по отбору приоритетов в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний;

• уменьшение социального неравенства при получении медицинской помощи;

• значительное усиление профилактической компоненты в общей политике здравоохранения.

Итак, подводя итоги рассмотрению показателей общественного здоровья, следует отметить, что существуют традиционные демографические показатели (смертности, заболеваемости, продолжительности жизни и физического развития) и нетрадиционные. Традиционные, несмотря на их широкую применимость и детальную разработанность, обладают определенными ограничениями для характеристики общественного здоровья, главным из которых является то, что они в большей степени описывают не здоровье, а отклонения от него.

К нетрадиционным показателям относится большое число комплексных показателей – индексы здоровья, в том числе индивидуального и здоровья населения, индексы уровня заболеваемости и т.п. Здоровье при этом выступает в качестве экономического ресурса, объекта вложения капитала, основы функционального статуса и т.п. Но ни один из существующих сегодня комплексных показателей не отвечает требованиям ВОЗ, сформулированным по поводу разработки таких индексов, и вряд ли в будущем такой показатель сможет быть разработан ввиду чрезвычайной многоплановости феномена здоровья. Признается целесообразным применение возможно большего числа показателей общественного здоровья.

Ценность общественного здоровья обусловливается сложившейся системой социальных норм и характеризуется низкой фактической значимостью при декларативных заявлениях руководства страны о том, что здоровье населения является "основой национальной безопасности".

Социальная политика государства в сфере здоровья характеризуется изобильным правовым обеспечением при хроническом недофинансировании и фактическом отсутствии масштабных действий по изменению показателей общественного здоровья, т.е. социальной безответственностью государства.

Примечания

[1] *Венедиктов Д.Д.* Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987. С. 77.

[2] *Bourgeois – Pichat J.* Essai sur la mortalite "biologique" de l'homme // Population, 1952. N 3. P. 381–394.

[3] *Вишневский А., Школьников В.* Смертность в России. Главные группы риска и приоритеты действия. Научные доклады. Вып. 19. М., 1997. С. 13–14.

[4] *Бедный М.С.* Демографические процессы и здоровье населения // Общественные науки и здравоохранение. М., 1987. С. 165.

[5] *Андреев Е.М.* Здоровье и продолжительность жизни // Экономические, экологические и демографические проблемы здоровья (методологический аспект). Ч. 1. Тезисы Всесоюзной конференции "Социально-экономические проблемы здоровья человека" (Л., 1984). М., 1984. С. 18–20.

[6] *Kircher T., Nelson J., Bardo H.* The Autopsy as a Measure of Accuracy of the Death Certificate // New England Journal of Medicine. 1985. Vol. 313.

[7] Санкт-Петербург в зеркале социологии. СПб., 2003. С. 341.

[8] *Поляков Л.Е., Малинский Д.М.* Метод комплексной вероятностной оценки состояния здоровья населения // Сов. здравоохранение. 1971. № 3. С. 28.

[9] *Русинова Н.Л., Браун Дж.В., Панова Л.В.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // Санкт-Петербург в зеркале социологии. СПб., 2003. С. 341.

[10] *Фомин Э.А., Федорова Н.М.* Стратегии в отношении здоровья // СОЦИС. 1999. № 11. С. 37.

[11] Трудовые ресурсы и здоровье населения. М.: Наука, 1986. С. 141.

[12] Там же. С. 135.

[13] Российский статистический ежегодник 2004. Статистический сборник. М.: Росстат, 2004. С. 121, 677.

[14] *Антонов А.И.* Социально-психологические аспекты продолжительности жизни // Актуальные проблемы демографии. Рига, 1983. С. 134.

[15] Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: ИС РАН, 1989. С. 47.

[16] *Матвеева М.А., Кузьмичев Ю.Г., Богомолова Е.С., Кабанец О.Л., Котова Н.В.* Динамика физического развития школьников Нижнего Новгорода // Гигиена и санитария. 1997. № 2.

[17] *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М, 2002. С. 61–68.

[18] *Ананьева Н.А., Ямпольская Г.А.* О необходимости особого контроля за здоровьем и физическим развитием девочек-школьниц // Школа здоровья. М., 1995. № 4. С. 46–52.

[19] *Антропова М.В., Бороднина Г.В., Кузнецова Л.М., Манке Г.Г., Параничева Т.М.* Проблемы здоровья детей и их физического развития // Здравоохранение РФ. 1999. № 5. С. 19.

[20] *Максимова Т.М.* Указ. соч. С. 76–80.

[21] *Палосуо Х., Журавлева И.* и др. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок. (Сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве). М.: ИС РАН, 1998. С. 38–39.

[22] *Иванова А.Е.* Здоровье населения: Понятийные методические и информационные аспекты. М.: ИСПИ РАН, 1996. С. 21–30; *Комаров Ю.М.* Здоровье населения. Проблемы интегративной оценки // Здравоохранение. Бухарест, 1979. № 4. С. 3–9; *Ермаков С.П.* Моделирование процессов воспроизводства здоровья населения. М. ВНИИМИ (Обзор. инф.), 1983. Вып. 3; *Ильин С.И., Лаппо Е.И., Шиленко Ю.В.* Экономико-математическое моделирование системы охраны здоровья в развитых капиталистических странах Запада (обзор) // Экономика и математические методы. 1975. Т. X. № 6. С. 1173–1185.

[23] *Allison T.H.* Measuring Health Status with Local Data // Proceeding of the Public Health Conference on Records and Statistic. N.Y., 1976, P. 137–148; *Гаспарян С.А.* Моделирование систем в биологии и медицине. Прага, 1979. С. 21–34.

[24] *Cereseto C.H., Waitzkin H.* Economic Development, Political Economic System and Physical Quality of Life // Am. J. Publ. Health., 1986. Vol. 76. N 6. P. 661–666.

[25] *Петровский А.Б.* О выборе обобщенного показателя здоровья // Системный анализ и моделирование в здравоохранении. Новокузнецк, 1980. С. 345–347; *Поляков Л.В., Малинский Д.М.* Метод комплексной вероятностной оценки состояния здоровья населения // Сов. здравоохранение. 1971. № 3. С. 28.

[26] Global Comparative Assessments in the Health Sector. Geneva. 1994.

[27] См. подробный обзор: *Максимова Т.М., Леонов С.А.* и др. Современные проблемы оценки состояния здоровья населения. М. ВНИИМИ. Обз. инф. 1987. Вып. 4.

[28] *Римашевская Н.М.* Человек и реформы: Секреты выживания. М.: ИСЭПН РАН, 2003. С. 74.

[29] Семья, здоровье, общество М.: Мысль, 1986. С. 100.

[30] Петербургская социология. 1997. № 1. С. 47.

[31] Трудовые ресурсы и здоровье населения. М.: Наука, 1986. С. 111.

[32] *Кудрявцева Е.Н.* Методологические аспекты анализа здоровья // Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты. Новосибирск: Наука, 1989. С. 36–37.

[33] Россия в глобальном контексте. М.: РИЦ ИСПИ РАН, 2002. С. 327.

[34] *Мак-Дермот В.* Медицина – общественное и личное благо // Всемир. форум здравоохранения. Женева, 1982. Т. 1. № 1. С. 130.

[35] *Sanders B.S.* Measuring Communily Health Nevels // Health., 1964, 54, № 7. P. 1063; *Sulliwan P.F.* Conseptual Problems in Developing an Index of Health // PNS Publ. Wash. 1966, № 1000, sept. 2.

[36] *Chiang C.L.* Introduction to Stochastic Processes in Biostatics. N.Y., 1968.

[37] *Соломонов А.Д.* К проблеме формирования концепции и критериев здоровья населения // Здоровье – системное качество человека. Ставрополь, 1999. С. 114–115.

[38] *Kilner J.* Health-Care Resources, Allocation of Macroallocation // Encyclopedia of Bioethics, N.Y., 1995. Vol. 2. P. 1072.

[39] *Юдин Б.Г.* Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. М.: ИФ РАН, 2001. С. 77.

[40] *Nys J.* La santé: Consommation ou investissment. P., 1981. P. 7.

[41] *Allison T.H.* Measuring Health Status with Local Data // Proceeding of the Public Health Conference on Records and Statistic. N.Y., 1976. P. 138.

[42] *Fanshel S., Buch J.W.* A Health Status Index and its Application to Health Services Outcomes // Operation Research. 1985. N 18. P. 1021–1066; *Chen M.M.* et all. Social Indicators and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study // Social Health. Santa Monica CA. Vol. IV (R–1987–ME).

[43] *Ермаков С.П.* Современные возможности интегральной оценки медико-демографических процессов. М.: ИСПИ РАН, 1996. С. 4–6.

[44] Требования к показателям: 1. Доступность данных. 2. Полнота охвата. 3. Качество. 4. Универсальность. 5. Вычисляемость. 6. Приемлемость. 7. Воспроизводимость. 8. Специфичность. 9. Чувствительность. 10. Валидность.

[45] *Пеньков Е.М.* Социальные нормы – регуляторы поведения личности. М., 1972. С. 53.

[46] Фундаментальные основы политики здравоохранения. М., 1999. С. 224–230.

[47] Государственный доклад "О состоянии здоровья населения РФ в 2000 году". М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 235–238.

[48] *Нижников С.А.* Метафизика веры в русской философии. М, 2001.

[49] Философия здоровья. М.: ИФ РАН, 2001. С. 10–12.

[50] Ислам. Словарь атеиста. М.: Политиздат, 1988.

[51] Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. М.: РАОЗ, 1999. С. 180–183.

[52] Российский статистический ежегодник 2004 года. Статистический сборник. М.: Росстат, 2004. С. 285, 293.

[53] Концепция национальной безопасности РФ, Указ Президента РФ № 24 от 10 января 2000 г.

[54] Social Policy / Ed. By Baldock J. et al. N.Y.: Oxford University Press. 1999. P. 21.

[55] *Григорьева И.А.* Социальная политика: основные понятия // Журнал исследований социальной политики. 2003. С. 41.

[56] *Стребков А.* Задачи и состояние теории государственной социальной политики // Школа гуманитарных наук. 1997. № 2. С. 60–65.

[57] *Ярская В.Н.* Социальная политика, социальное государство и социальный менеджмент: проблемы анализа // Журнал исследований социальной политики. 2003. № 1. Т. 1.

[58] *Григорьева И.А.* Социальная политика: основные понятия //Журнал исследований социальной политики. 2003. № 1. Т. 1. С. 31–50.

[59] *Esping-Andersen G.* The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, 1990. P. 62.

[60] *Романов П.В., Гатвинский А.Н.* Социальные изменения и социальная политика // Журнал исследований социальной политики. 2003. № 1. Т. 1. С. 55.

[61] В 1994 г. Указом Президента России была утверждена Президентская программа "Дети России", включающая 10 федеральных программ: "Дети-инвалиды", "Дети Чернобыля", "Дети Севера", "Дети-сироты", "Одаренные дети" и т.п.

[62] Социальная политика: парадигмы, приоритеты / Под ред. Жукова В.И. М.: Изд-во МГСУ "Союз", 2000. С. 234; Трансформация социальных отношений // Россия – национальная стратегия и социальные приоритеты. М.: Союз, 1997.

[63] К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет – основные неинфекционные заболевания. М., 1997. С. 1.

[64] *Назарова И.Б.* О здоровье населения в современной России // СОЦИС. 1998. № 11. С. 123.

[65] *Кашин В.И.* Модернизация российской экономики с позиции ее ориентации на здоровье. М., 2003. С. 4–5.

[66] Конституция РФ. М., 1993.

[67] Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993.

[68] Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан // Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Союза РФ. М., 1993. № 33.

[69] *Мельникова Л.С.* Обеспечение и защита прав пациента: российское законодательство. Доклад на международном семинаре по правам пациента. М.: ЕРБ ВОЗ, НИИ им. Н.А. Семашко РАМН, 2001.

[70] Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 г. // Рос. газ. 2000. 13 сентября.

[71] Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000–2004 гг. и план мероприятий по ее реализации // Планирование семьи. 2000. № 2.

[72] Народное хозяйство СССР (за разные годы); Statistical Abstract of the United States 1994. Washington, 1994. P. 109; Annuaire rétrospectif de la France. Séries longues. 1948–1988. Paris, 1990. P. 190; Annuaire statistique de la France 1994. Paris, 1995. P. 241.

[73] *Вишневский А., Школьников В.* Смертность в России. Главные группы риска и приоритетные действия // Научный доклад. Вып. 19. М., 1997. С. 14.

[74] *Константинова Л.В.* Социальная политика: штрихи к социологической концепции // Социологические исследования. 2005. № 2. С. 42.

[75] *Кашин В.И.* Модернизация российской экономики с позиций ее ориентации на здоровье. М., 2003. С. 5–15.

[76] *Лисицын Ю.П.* О политической воле и концепции стратегии охраны здоровья // Общественное здоровье: стратегия развития в регионах Сибири. Новосибирск, 2002. С. 19.

[77] Семья, здоровье, общество. М.: Мысль, 1986. С. 106–109.

[78] Health for all by the 2000. Finnish National Strategy. Ministry Social Affairs and Health. Helsinki, 1987; The Swedish Health Services in the 1990 s / The National Board of Health and Welfare. Stockholm, 1985; Healthy People 2000: National Health Promotion and Diseases Prevention Objectives / US Dep. of Health and Human Services. Public Health Services. Washington Gov. print. Off. 1991, IX.

[79] Фундаментальные основы политики здравоохранения // НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН. М., 1999. С. 230–240.

[80] К здоровой России. Указ. соч. М., 1997. С. 99–106.

Глава IV

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ И ОТНОШЕНИЕ К НЕМУ

4.1. КЛАССИФИКАЦИЯ И СТРУКТУРА ФАКТОРОВ, ФОРМИРУЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ

В научной литературе отсутствует единое понимание понятия "фактор", поэтому необходимо уточнить его смысловое значение, принимаемое в настоящей работе. Мы будем пользоваться этим термином в соответствии с его определением в Словаре русского языка: "фактор – движущая сила, причина какого-либо процесса, явления"[1], и предполагаем выяснить, под воздействием каких сил и причин формируется нынешнее состояние здоровья населения. Значение различных факторов неравноценно для здоровья: они могут влиять положительно или отрицательно; могут быть постоянными или меняющимися; обладать разной силой и характером воздействия и т.п. Представляется важным из множества факторов выделить те, которые оказывают наибольшее влияние на здоровье, с целью последующего воздействия на них. При этом нельзя не согласиться с мнением Ю.В. Шиленко и И.В. Корховой о том, что "исследователь общественного здоровья сталкивается с весьма сложным комплексом воздействий как эндо-, так и экзогенного характера, определяющих специфику жизнедеятельности отдельного индивида и коллективного здоровья в целом. Поэтому, какой бы широкой ни была программа исследований и какие бы связи здоровья с образом жизни людей ни предполагались заранее, учесть всю сумму влияний факторов среды на здоровье населения – необычайно сложная практическая задача"[2].

Кроме того, в настоящее время очевидной стала потребность в интегрированном применении для изучения здоровья методов различных наук – социальной гигиены, социальной психологии, социологии, демографии, философии, психологии, статистики, права, физиологии, биологии и т.д. Имеющиеся на

сегодняшний день результаты теоретических и эмпирических исследований, анализирующих влияние разнообразных факторов на здоровье, отражают пока недостаточность имеющихся в этой области знаний.

Различные исследователи, изучающие обусловленность здоровья теми или иными факторами, используют разные их классификации. Причем актуальность исследования какого-либо фактора зависит от политической и экономической ситуации, свойственной обществу в конкретный исторический период времени. Так, в конце 80-х годов наибольшее внимание при изучении общественного здоровья уделялось социально-экономическим и природно-географическим факторам (Ю.И. Бородин, Л.Г. Матрос, В.К. Овчаров, Д.Д. Венедиктов, Ю.В. Шиленко, И.В. Корхова[3]). При этом в числе социально-экономических факторов фигурировали общественно-политический строй, степень урбанизации, информационные перегрузки, техногенное влияние, территориальная мобильность, развитие промышленного и сельскохозяйственного производства и др. Социальные, поведенческие факторы были представлены фрагментарно.

Исследования 90-х годов характеризуются усилением внимания к социально-психологическим и поведенческим факторам, которые изучаются наряду с социально-экономическими. Причем последние имеют преимущественно негативный оттенок [низкий уровень материальной обеспеченности, недоступность лекарств, напряженная, тяжелая работа, плохое питание (Дж. Браун, Н.Л. Русинова, И.В. Корхова, Н.М. Римашевская)][4]. Трудное время реформ обусловило необходимость адаптации к ним населения страны. Последствия этой адаптации для здоровья изучались социологами посредством замера степени удовлетворенности различными сферами жизни в связи с самооценкой здоровья в мониторинговом режиме (ВЦИОМ). Поведенческие факторы здоровья как элементы образа жизни исследовались в Институте социологии РАН (Л.С. Шилова, И.В. Журавлева)[5].

Конец 90-х годов и первые годы нового века обнаруживают усиление интереса исследователей к культурологическим факторам, воздействующим на здоровье. Это – традиции исторические и национальные, особенности воспитания, социальные нормы (И.Б. Назарова, Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положний[6]) и даже такой ретроспективно-психологический фактор, как "плохие условия жизни в детстве" (Н.Л. Русинова). Все больший отход исследователей от биомедицинской модели понимания здоровья обусловил усиление акцента на психологических факторах – "уверенности в себе, наличия смысла в жизни, чувства ответственно-

сти за других, умения строить взаимоотношения с людьми" (Г.Б. Степанова), которые в последние годы выдвигаются на лидирующие по значимости позиции для состояния индивидуального здоровья.

Ознакомление с различными классификациями факторов (указанными выше и не рассматриваемыми в данной работе)[7] приводит к следующим выводам: 1) классификации отличаются друг от друга существенными признаками, положенными в основу их построения. Одни и те же факторы, рассматриваемые с разных точек зрения, могут являться составными частями разных классификаций; 2) деление факторов на такие большие группы, как биологические, социально-экономические, поведенческие и т.п., зависит от позиции исследователя и поставленных им задач; 3) включение того или иного фактора в какую-то из групп имеет субъективный характер; 4) для обозначения одних и тех же групп факторов используются различные научные термины; 5) не выработаны обоснованные критерии отнесения того или иного фактора к конкретной группе, поэтому нередко в разных группах встречаются однородные факторы, представленные полностью или частично. Кроме того, следует иметь в виду, что степень и характер воздействия того или иного фактора на здоровье различны для каждой совокупности населения, проживающего на определенной территории в определенное историческое время.

И хотя общепризнанным стало положение о том, что среди факторов, влияющих на здоровье, на долю образа жизни приходится около 50%, на фактор окружающей среды – 20%, на генетику – 15–20% и на здравоохранение – 10–15%[8], это деление является достаточно условным. Например, в экономически отсталых странах с неразвитым здравоохранением значение данного фактора может увеличиться в 2–3 раза по сравнению с приведенным выше. Или, например, природно-климатические условия на земном шаре отличаются существенным разнообразием, и, естественно, их влияние не может быть однозначным. Все это свидетельствует о том, что на здоровье отдельного человека и на здоровье больших групп населения воздействует сложный комплекс факторов, и задача исследователя заключается в выделении главных факторов и изучении их взаимосвязи со здоровьем.

Применительно к задачам исследования феномена "отношение к здоровью" целесообразнее всего делать это в рамках категории образа жизни. «Уникальность понятия "образ жизни" состоит в том, что оно (и только оно) дает ответ на вопрос, что делают люди при том или ином уровне их благосостояния, при тех

Рис. 4.1. Факторы, определяющие здоровье

или иных демографических, статусных, национальных и других характеристиках»[9]. Категория "образ жизни", его структура и содержание широко изучалась в предыдущие десятилетия[10]. Тогда же рассматривалась взаимосвязь образа жизни и здоровья.

Классическое распределение факторов, обусловливающих здоровье, представлено на рисунке 4.1.

Конкретизация образа жизни и разложение его на составляющие: социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование и т.п.), социально-экономические (уровень дохода, качество жилья, питания, досуга, и т.п.), поведенческие (наличие вредных привычек, характер заботы о здоровье, посещение медицинских учреждений, и т.п.), позволяет представить схему факторов здоровья несколько иначе (см. рис. 4.2).

Образ жизни в узком смысле слова – это система видов жизнедеятельности, которые выражаются в различных поведенческих актах, имеющих субъективный характер и обусловленных потребностями, установками, системой ценностей и всей диспо-

зиционной структурой личности. Но поведение зависит и от таких характеристик индивида (группы, населения), как социально-демографические, социально-экономические, которые, с одной стороны, являются объективными условиями, с другой – связаны с поведением человека. Индивид может поменять работу, место жительства, изменив тем самым экономические и экологические характеристики своего образа жизни; может обратиться к врачу или заняться самолечением, обусловив этим воздействие (или отсутствие воздействия) на свое здоровье системы здравоохранения; может принять меры по нивелированию влияния на здоровье наследственных факторов или не делать этого.

Таким образом, поведение опосредует действие всех основных групп факторов здоровья, и схема, отражающая наш концептуальный подход, представлена на рис. 4.3.

Выдвижение поведенческого фактора в качестве ведущего в многофакторной обусловленности здоровья объясняется, преж-

Рис. 4.2. Факторы, определяющие здоровье, с конкретизацией фактора "образ жизни"

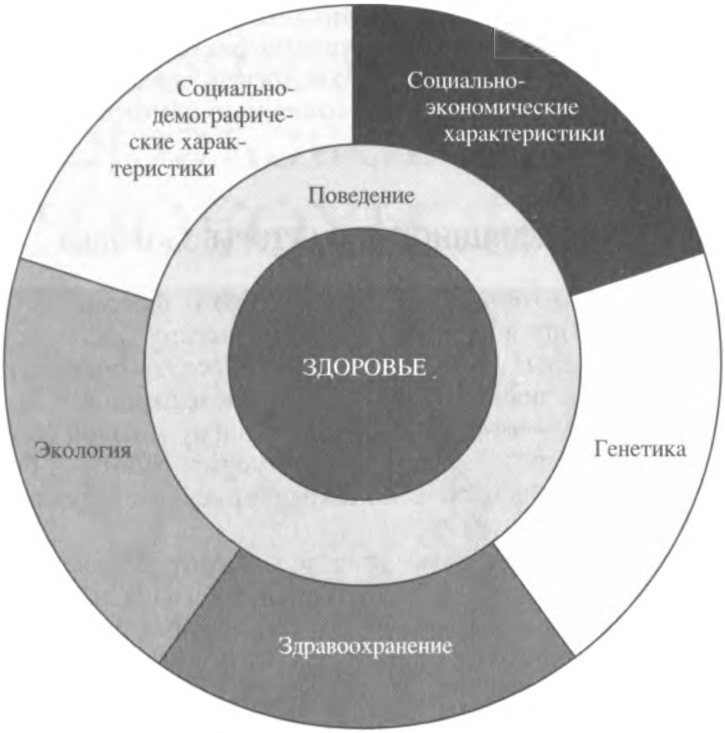

Рис. 4.3. Структура факторов здоровья

де всего, изменением в последние десятилетия структуры причин смертности и заболеваемости. Сегодня первые места в этой структуре занимают сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, травмы и несчастные случаи, нервно-психические заболевания. Эта структура опосредуется не только особенностями природной среды, социально-бытовыми условиями, образом жизни, но и в значительной мере типом поведения человека, зависящим от его отношения к своему здоровью.

Поведение индивида в сфере здоровья мы называем самосохранительным (ССП) и определяем как систему действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни. ССП имеет универсальный характер, который проявляется в его соотнесенности со всеми сферами жизни: оно является компонентом репродуктивного, потребительского, курительного и прочих видов поведения. Характер ССП может быть как позитивным, так и негативным. Позитивное ССП направлено на сохранение и укрепление здоровья, а негативное – на его разрушение. Пове-

денческий фактор является связующим, опосредующим звеном между здоровьем и основными группами факторов, воздействующих на здоровье, – генетикой, экологией, здравоохранением, социально-экономическими и социально-демографическими факторами.

4.2. БИОМЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

Значение *биологического, генетического* фактора преломляется под влиянием социально-экономических обстоятельств, окружающей среды, но его роль остается все же очень существенной. При всем значении социального наследования, – отмечает Н.П. Дубинин, – человек находится в плену законов биологической жизни: он рождается, растет, "творит, работает, болеет, умирает. Человек биологически сохраняет себя в следующих поколениях"[11].

Многочисленные факты свидетельствуют о генетической обусловленности таких распространенных сегодня заболеваний, как гипертоническая и язвенная болезнь, шизофрения, псориаз, глаукома, атеросклероз и др. Существует более 2 тыс. форм наследственных заболеваний, число которых увеличивается ежегодно на несколько десятков форм. При этом известно влияние наследственных болезней на детскую смертность – они составляют от 10 до 20%[12]. Генетически детерминировано почти 50% случаев детской слепоты и глухоты. В экономическом аспекте затраты на лечение одной лишь болезни Дауна приравниваются к величине ущерба, который несет общество в связи с мероприятиями по борьбе с гриппом[13]. Генетические факторы здоровья являются, пожалуй, наименее управляемыми. Но индивид, зная о своей предрасположенности к той или иной болезни, может предпринять определенные профилактические меры и избежать поведенческих актов, провоцирующих заболевание. И в этом будет состоять роль самосохранительного поведения индивида.

Значение *экологического* фактора для индивидуального и общественного здоровья обусловливается тем обстоятельством, что "состояние среды обитания играет решающую роль в становлении, развитии человеческого организма, сохранении его здоровья, а также предупреждении наследственных заболеваний"[14]. Современная экологическая ситуация характеризуется постоянным ухудшением основных показателей: в настоящее время территории с крайне неблагоприятными экологическими условиями составляют до 17% общей площади России, и на них проживают

30–40% всего населения; около половины населения страны используют для питья воду, не соответствующую гигиеническим нормам, и только 15% дышат достаточно чистым воздухом. Результирующий вклад экологических факторов в риск преждевременной смерти составляет в России, по данным ЦСИ МЧС России, 20%[15]. Но специфика экологических факторов состоит в пролонгированном характере их воздействия. Человек лишен способности непосредственно воспринимать опасные для него изменения свойств и характеристик окружающей среды в реальном масштабе времени. Он не чувствует ни загрязнения почвы солями тяжелых металлов, ни радиоактивного излучения, не слышит инфра- и ультразвука и т.п. Только после достаточно длительного "вызревания" социально-экологических проблем возникают существенные угрозы уровню и качеству жизни[16]. И все же в ситуации медленно, но растущего экологического сознания населения[17] большинство экологических факторов, воздействующих на здоровье человека, поддаются коррекции как на популяционном, так и на индивидуальном уровне.

Человек может поменять место жительства ради изменения климата, природных условий, степени урбанизированности территории и т.п. Аналогичные действия человек может совершить с целью улучшения микроэкологии – сменить или обустроить жилье, изменить свой быт, свое социальное (соседское) окружение и т.д. Сложность состоит в том, что подобные проблемы индивиду приходится решать интуитивно, поскольку не существует критериев, правил отбора наиболее значимых для каждой ситуации экологических факторов.

Специфика и сложность экологического фактора состоит в его субъектно-объектном характере. Он может выступать в качестве субъекта воздействия на здоровье (о чем говорилось выше), но одновременно является объектом приложения преобразующих усилий человека. Далеко не всегда эти усилия обоснованны, и поэтому сегодня назрела острая необходимость в каждом конкретном случае находить тот порог вмешательства в естественные процессы, за которым воздействие общества на природную среду приводит к нежелательным последствиям, и уже потом строить дальнейшую стратегию решения экологических проблем, центральным звеном которой должно стать здоровье населения[18]. Минимизация негативного воздействия окружающей среды возможна при условии:

• создания на различных государственных уровнях единой системы контроля качества окружающей среды и оценки последствий для здоровья населения;

• разработки и реализации природоохранных программ, направленных на уменьшение риска для здоровья населения, связанного с приоритетными антропогенными факторами окружающей среды;

• создания социально-экономических, физических условий поддержки здоровой окружающей среды и коррекции неблагоприятных изменений здоровья, вызванных действием антропогенных факторов[19].

Проведение работ по данным направлениям позволит уменьшить риск от воздействия неблагоприятных факторов для здоровья населения и скорректировать их профилактикой. При этом критерием успешности работы должно быть понимание: "Здоровье общества – это интегральный индикатор качества окружающей среды"[20].

Следующий важный фактор формирования общественного и индивидуального здоровья – *институт здравоохранения*. Термин "здравоохранение" в общеполитических, концептуальных документах и на практике применяется как в широком смысле, идентичном понятию "охрана здоровья населения", так и в узком смысле – как система мер по оказанию населению лечебно-профилактической помощи. Существует обширная литература по поводу структуры этого социального института, его характерных черт, принципов построения, коммуникационных разновидностей, исторических особенностей развития, по классификации систем здравоохранения и т.п.[21] В XX столетии в силу исторических обстоятельств советское здравоохранение имело ярко выраженный патерналистский характер, при котором бесплатное лечение сочеталось с жесткими мерами принудительного характера, когда речь шла о социально опасных болезнях. Все это обеспечивало проведение полномасштабных здравоохранительных мероприятий и способствовало почти полной ликвидации многих опасных инфекционных заболеваний. Но глобальные демографические и социально-политические изменения, связанные с исторически детерминированной сменой патологии, обусловили лидерство эндогенных факторов заболеваемости и смертности и доминирование в структуре заболеваемости сердечно-сосудистых, онкологических и других неинфекционных заболеваний. Произошедшие в стране изменения социально-экономических условий, реформирование здравоохранения привели к экономическому спаду и сокращению государственных расходов, в том числе и на здравоохранение. Объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в реальном выраже-

нии уменьшился в течение 90-х годов на треть. Его рост, начавшийся с 2000 г., пока недостаточен для компенсации произошедшего снижения[22].

Ухудшение в последние десятилетия здоровья всех возрастных групп россиян в немалой степени обусловлено ослаблением системы здравоохранения. Российское здравоохранение практически перестало быть бесплатным[23], и этот факт в сочетании с обнищанием большей части населения России и отсутствием в сознании россиян модели самосохранительного поведения, предполагающей позитивное отношение к своему здоровью и алгоритм достижения этого, не позволяет прогнозировать увеличение позитивной роли здравоохранения в сохранении и приумножении общественного потенциала здоровья.

4.3. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

Наиболее изучаемыми факторами, формирующими здоровье населения, являются *социально-экономические*. Их исследования ведутся как по общенациональным выборкам, так и на региональном и муниципальном уровнях. Наиболее полные и обоснованные данные в этой области принадлежат Российскому мониторингу экономического положения и здоровья населения России (РМЭЗ), проводимому Институтом социологии РАН (рук. П.М. Козырева, М.С. Косолапов) совместно с рядом российских и зарубежных организаций[24] в течение последних 13 лет по общенациональной выборке. В ходе 12 волн исследований, когда каждая волна включала около 10 тыс. респондентов трудоспособного возраста[25], измерение здоровья населения проводилось по значительному числу параметров. Наиболее показательной для характеристики самосохранительного поведения была взаимосвязь состояния здоровья населения с социально-демографическими факторами (пол, возраст, национальность, место проживания), экономическими (образование, доход, занятость), социальными и поведенческими (употребление алкоголя, курение, занятия физкультурой, питание, контролирование веса, обращение в медицинские учреждения). Полученные данные РМЭЗ широко анализируются различными исследователями.

При анализе влияния экономического статуса индивидов на состояние их здоровья В.С. Тапилина рассматривала взаимосвязь размера среднемесячного дохода, получаемого домохозяйством, к которому принадлежит индивид, в расчете на потребительскую

единицу, и самооценки индивида на шкале экономической стратификации, состоящей из 9 ступеней (от нищеты до богатства). Сделан вывод о том, что экономическое неравенство оказывает как текущее, так и пролонгированное воздействие на состояние здоровья, формируя у людей неодинаковые адаптационные возможности для преодоления физических и эмоциональных нагрузок. Поэтому результаты значительного снижения уровня жизни в России в 90-х годах будут проявляться и в будущем.

Высокий уровень текущих доходов является важным фактором контроля над индивидуальным здоровьем, фактором профилактического наблюдения и предупреждения заболеваний, выявления возникающих отклонений в здоровье. Повышение экономического статуса, начиная с величины дохода на одного члена домохозяйства, равного двум прожиточным минимумам, ведет к заметному улучшению показателей здоровья[26].

И.Б. Назарова при анализе тех же данных РМЭЗ[27] наиболее влиятельными факторами для здоровья россиян в период реформ считает культурные факторы, которые понимает широко. Они обусловливают демографические факторы – пол и возраст – и предопределяют соответствующие установки на здоровье. Так, существуют традиционно женская и мужская модели поведения в отношении здоровья: женщины ниже оценивают свое здоровье, больше заботятся о нем и дольше живут, мужчины поступают противоположным образом. Фактор места проживания также рассматривается как культурный. Сельские жители выше оценивают свое здоровье при более низких фактических его параметрах и медицинских возможностях для его поддержания. Горожане оптимистичнее смотрят на жизнь при более низких самооценках здоровья и более высоких запросах в отношении здоровья и здравоохранения. Россияне гораздо ниже, чем представители других национальностей, как ближнего, так и дальнего зарубежья, оценивают свое здоровье. Их преимущественные самооценки здоровья – "удовлетворительное" и "скорее плохое, чем хорошее". При этом уровень материального благосостояния находится в прямой связи с самооценкой здоровья. Аналогичная ситуация с влиянием таких поведенческих факторов, как наличие вредных привычек, нерациональное питание, несоблюдение режима отдыха.

Экономические характеристики – бедность, безработица – наиболее ярко проявили себя в оценке психологического здоровья мужчин. Это подтверждают результаты других исследований о том, что наибольшему риску в период трансформации подвержены мужчины трудоспособного возраста[28]. Исследователи от-

мечают, что "безработная женщина способна улучшить ситуацию за счет поведенческих и социальных факторов..., поведение женщины в силу принятых социально-культурных ролей имеет больший самосохранительный эффект в стрессовой ситуации"[29]. Мужчины сложнее переносят экономические трудности именно потому, что не используют потенциал культурных социальных факторов так, как женщины. Гендерные различия в данном контексте оказываются весьма значимыми.

Институт питания РАМН, принимающий участие в Российском мониторинге экономического положения и состояния здоровья (РМЭЗ), проанализировал данные 1992–1998 гг. (11 тыс. респондентов), а также результаты обследований семейных бюджетов, выполняемых более чем в 60 регионах Госкомстатом России, и пришел к выводам об однонаправленном изменении структуры питания населения России – ее ухудшении за счет снижения содержания белка в рационе, уменьшения потребления овощей (источников витаминов и микроэлементов), уменьшения суммарной калорийности рационов питания[30]. Причины выявленных нарушений имеют экономические корни и обусловлены снижением доступности продовольствия, низким качеством пищевых продуктов.

Негативным изменениям в структуре питания населения способствует низкий уровень знаний жителей России о здоровом питании, а также привычки и традиции в питании (например, высокий уровень потребления сахара, предпочтение жирных молочных продуктов, колбасных изделий и т.п.). Нарушения в питании приводят к различным проблемам здоровья. Можно констатировать появление новой проблемы – очень низкой массы тела у 15% мужчин и 17% женщин по данным обследования по национальной выборке. Эта ситуация чревата появлением серьезных хронических заболеваний, связанных с дегенеративными процессами во внутренних органах, а также инфекционных болезней, в частности туберкулеза, из-за снижения иммунного статуса. К тому же низкая масса тела – сильный предиктор смертности: лица с очень низкой массой тела живут в среднем на 13 лет меньше[31].

Эта проблема особенно характерна для молодежи – число молодых людей с пониженной массой тела увеличилось с 1992 по 2000 гг. на 63%, при этом около 10% детей моложе 6 лет недоедали хронически. Тогда как в среднем и пожилом возрастах увеличивается доля страдающих ожирением – на 43%[32]. Проблема избыточного веса пока остается для России более актуальной. Исследования в Новосибирске на представительной выборке

9715 человек показали, что за десятилетие (1985–1995 гг.) доля лиц с избыточной массой тела и ожирением сократилась, но все же остается крайне высокой – 51,5% мужчин и 67% женщин имели в 1995 г. избыточный вес (в 1985 г. – 54,4 и 75,5% соответственно), а ожирением страдали 14,6% мужчин и 34,3% женщин (в 1985 г. – 11,8 и 39,6% соответственно)[33].

Социально-экономические факторы здоровья пристально изучаются в Санкт-Петербурге с начала 90-х годов в рамках концепции социальных неравенств в здоровье. Ключевым понятием в исследовании Н.Л. Русиновой, Дж. Браун и Л.В. Пановой стал социально-экономический статус респондента, включающий такие переменные, как профессия, доход и уровень образования. Выбор этих переменных основывался на веберовском понятии "статусных групп"[34] – такой общности людей, которые имеют общий уровень образования и профессии, политическое влияние, близкие стили жизни и социальные перспективы[35]. Данный подход в определенном смысле противопоставляется марксистской модели с ее акцентом на материальные условия жизни и социальный класс. Несомненно, все исследователи признают значение уровня материального благосостояния людей для поддержания здоровья на должном уровне и понимания причин неравенств в здоровье. Тем не менее подчеркивается, что объяснение этих неравенств предполагает изучение стереотипов поведения, установок на здоровье, т.е. тех особенностей, которые, по общему мнению специалистов по проблемам социальной стратификации, характеризуют стиль жизни. Образование при этом выступает "главным фактором в их формировании, обеспечивая также основу для приобретения социального статуса"[36]. В целом, вопрос о том, какое основание для объяснения структурных неравенств в здоровье – материалистическое (материальное благополучие) или культурологическое (поведение) – доминирует, остается сегодня наиболее сложным и до конца не решенным.

Сложность заключается в том, что материалистические объяснения не дают возможности понять, как именно они предопределяют тот или иной уровень здоровья в разных социальных группах. Понятно, почему состояние здоровья экономически депривированных слоев населения хуже (вредные условия труда, плохие жилищные условия, некачественное питание и пр.). Но этот механизм объяснения не срабатывает, когда требуется понять причины неравенств в здоровье внутри среднего класса. Тогда на первый план выступают объяснения, связанные с различиями в стилях жизни, социальных условиях и поведенческих актах, т.е. культурологические характеристики[37].

В менее экономически развитых странах отмечается очевидная связь уровня материального благополучия с показателями заболеваемости и смертности, а в странах с высоким средним доходом связь незначительна[38]. Исследования последних лет обнаружили более существенный фактор для этих стран в области неравенств в здоровье – это не столько уровень благосостояния, измеряемый средним доходом на душу населения, сколько глубина неравенств по доходам в обществе. Убедительного объяснения этому пока нет[39].

Наиболее давняя традиция изучения влияния социально-экономических факторов на здоровье принадлежит, несомненно, Н.М. Римашевской и ее коллегам, которые (сначала в ЦЭМИ АН СССР, а затем в ИСЭПН РАН) провели серию исследований в Таганроге (1968, 1981–1982, 1989, 1994, 1998)[40], Москве, Санкт-Петербурге, селах Саратовской, Псковской, Тверской областей и Краснодарского края (1993–1997)[41] с целью выявления дифференциации населения по степени обладания ресурсами для здоровья в зависимости от социального статуса или демографической структуры. Исследование выявило прямой характер связи между интегральными оценками индивидуального здоровья и комплексными оценками жилищной обеспеченности, что позволило сформировать масштабы возрастной дифференциации относительно регулирования жилищных условий в целях уменьшения их неблагоприятного влияния на здоровье[42].

Зафиксирована прямая зависимость между уровнем здоровья и качеством питания, которое в наибольшей степени коррелирует с социальным статусом семьи. Качество питания в определенной степени зависит также от размера дохода семьи: наблюдается тенденция роста средней оценки качества питания от низших по доходам групп населения к высшим до достижения определенного порогового уровня, после которого эта оценка практически стабилизируется и не зависит от дальнейшего повышения доходов.

Исследовалась также взаимосвязь индивидуального здоровья с различными компонентами благосостояния. Влияние такого показателя, как материальное положение семьи, проявлялось опосредованно – через денежные расходы на приобретение медикаментов (в 80-е годы еще не были распространены платные медицинские услуги), выбор условий труда. Значение последнего фактора как ведущей причины хронических заболеваний повышается с возрастом, достигая максимума в группе 31–45-летних, т.е. на том жизненном этапе, когда накопительный эффект неблагоприятного воздействия условий труда проявляется с наибольшей силой[43].

Произошедшие в 90-х годах экономические реформы по модели "шоковой терапии" обусловили появление новых аспектов в исследованиях коллектива ИСЭПН РАН под руководством Н.М. Римашевской: проблемы бедности, приватизации жилья, жилищной политики, особенности потребительского поведения; влияние психологических факторов (отношения в семье, моральное самочувствие), вредных привычек, системы здравоохранения на здоровье населения[44]. Ранговое распределение факторов, определяющих состояние здоровья в соответствии с коэффициентом корреляции таково: 1) материальное положение семьи; 2) экологическая ситуация; 3) качество питания; 4) жилищные условия; 5) условия труда[45].

4.4. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

Отдавая должное важности и необходимости изучения социально-экономических факторов здоровья, сектор социальных проблем здоровья Института социологии РАН под руководством д.ф.н. А.И. Антонова в середине 80-х годов сосредоточил усилия на изучении поведенческих факторов, т.е. самосохранительного поведения (ССП) различных групп населения.

Внимание к данной проблеме в тот период времени было вызвано наметившимися негативными тенденциями в состоянии здоровья населения, недостаточной значимостью здоровья в системе ценностей взрослого населения и очевидной взаимосвязью наиболее распространенных причин смертности и заболеваемости именно с поведенческим фактором. Слабая изученность последнего, отсутствие концепции, разработанной терминологии, осознанных целей и задач характеризовали период времени, предшествовавший исследованиям 1985–1986 гг. в Вильнюсе, Шауляе, Черновцах, Львове, проведенным по локальным выборкам[46]. Все факторы, воздействующие на здоровье, были укрупненно объединены в три группы – "условия жизни", "наследственность", "усилия самого человека" – с целью выявления установок и мотивов ССП, дифференцированных по полу, возрасту, семейному положению, профессии, образованию, социальному положению, ряду психологических особенностей, а также с целью выяснения потребности личности в определенной продолжительности жизни.

Первые же полученные результаты зафиксировали существенные различия в самооценке здоровья, установках на те или иные факторы здоровья и продолжительности жизни у мужчин и женщин. Мужчины в целом более пессимистично оценивали свое

здоровье по сравнению с женщинами, считая ведущим фактором "условия жизни". Женщины отдавали в 1,4 раза чаще предпочтение фактору "усилия самого человека". При этом была установлена статистически значимая зависимость между установками на фактор "усилия самого человека" и более высокими самооценками здоровья: в 1,5 раза больше была доля респондентов с "хорошим" здоровьем и в 4 раза меньше – с "плохим", в сравнении с группой респондентов, отдающих предпочтение "условиям жизни". Влияние образовательного уровня проявилось в том, что среди выбравших в качестве основного фактор "условия жизни" была наибольшая доля респондентов с полным средним образованием и минимальная – с незаконченным высшим и высшим. С повышением образовательного уровня респонденты все в большей степени осознавали значимость собственных усилий для сохранения здоровья.

Забота о здоровье и степень ее регулярности оказались более зависимы от возраста респондента, чем от самооценки здоровья. После 30 лет забота о здоровье становится в большей степени вынужденной, а до 30 лет свидетельствует о сформированных потребностях в этой деятельности.

Анализ других аспектов ССП – выборов видов досуга, характера питания, склонности к вредным привычкам и т.п. – с позиций самооценки здоровья и предпочтения того или другого ключевого фактора ("условия жизни" или "усилия самого человека") позволил сделать вывод о том, что существует значимая зависимость между самооценкой здоровья индивида и его установками на активную жизненную позицию в отношении здоровья.

В последующих исследованиях 1987–1990 гг. в Оренбурге, Мурманске, Москве, Душанбе, Тбилиси по единой программе и анкете (в национальных республиках предлагалась анкета на русском и местном языках), проведенных по трехступенчатой территориальной случайной выборке отношение респондентов к трем основным поведенческим факторам было идентичным описанным выше – чем лучше оценивали респонденты свое здоровье, тем больше среди них была доля выбравших фактор "усилия самого человека".

Важным результатом этой серии исследований ССП жителей различных городов и республик СССР было обнаружение одной тенденции, свойственной всем без исключения группам респондентов независимо от места проживания, национальности, возраста, пола и образования. Эта универсальная особенность заключалась в том, что из шести факторов-стимулов заботы о здоровье (влияние и пример окружающих людей, воздействие меди-

Таблица 6

Распределение ответов на вопрос "Если Вы заботитесь о своем здоровье, то чем это вызвано?" (по городам, %)

	Оренбург	Мурманск	Душанбе
Воспитанием	14,1	11,5	23,3
Влиянием и примером окружающих людей	15,2	8,3	6,8
Воздействием медицинск. информ.	10,9	3,5	8,5
Ухудшением здоровья	57,4	53,1	40,5
Требованием родных, близких*	–	3,3	4,7
Желанием быть физически сильнее, не отставать от себе подобных*	–	20,0	16,8
Другое	2,4	0,2	1,3
N (чел.)	704	480	469

* Этих вариантов ответов не было в Оренбургском исследовании.

цинской информации, воспитание, требования родных и близких, желание быть физически сильнее, ухудшение здоровья) у всех респондентов во всех исследованиях на 1-м месте был фактор "ухудшение здоровья". Это означало, что забота о здоровье имела исключительно лечебный, а не профилактический характер. Роль остальных факторов-стимулов (см. табл. 6) менялась в зависимости от места проживания.

В Душанбе "воспитание" – 2-й по значимости фактор-стимул, а доля указавших на ухудшение здоровья в 1,4 раза меньше, чем в Оренбурге. Значение медицинской информации минимальное в Мурманске[47].

Дальнейшая разработка системы факторов-стимулов была предпринята в кросскультурном международном исследовании, проведенном в 1991 г. в Москве и Хельсинки по случайной репрезентативной выборке. "Воспитание" было разделено на "семейные традиции" и "школьное образование". "Медицинская информация" тоже предполагала двоякое толкование – "медицинские сведения из средств массовой информации", т.е. популярное санитарное просвещение, и "информация, полученная от медиков". "Ухудшение здоровья" обрело предыдущую стадию – "страх перед возможным заболеванием". Несколько видоизменился фактор-стимул "поведение окружающих". Таким образом, роль семи

Рис. 4.4. Мнения о факторах-стимулах самосохранительного поведения. Сумма ответов "достаточно влияет" и "очень сильно влияет" (по городам, по полу, %)

факторов-стимулов для заботы о здоровье, по мнению россиян и финнов, выглядела следующим образом (см. рис. 4.4)[48].

Анализ полученных распределений показал, что в оценке этих факторов-стимулов финскими и российскими респондентами наблюдается существенная разница по всем позициям. Это проявляется как в общей оценке влияния фактора-стимула, так и в степени его влияния. Среди финнов в 1,6 раза больше тех, кто отметил влияние семейных традиций, и в 3,1 и 2,3 раза (мужчин и женщин соответственно) больше указавших на влияние школьного образования.

Финны опережают россиян по оценке значимости медицинских сведений из СМИ в 1,9 и 1,4 раза, поведения окружающих – в 1,6 и 1,3 раза. Причем различия в мнениях респондентов – мужчин двух стран – контрастнее по всем позициям по сравнению с аналогичным сопоставлением ответов женщин. Кроме того, среди российских мужчин и женщин наблюдаются бóльшие разли-

Таблица 7

Ранговое распределение факторов-стимулов самосохранительного поведения (по городам, по полу)

Факторы-стимулы	Москва		Хельсинки	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Ухудшение здоровья	1	1	7	7
Страх перед заболеванием	2	2	5	4
Информация от медиков	3	3	1	1
Семейные традиции	4	6	2	3
Поведение окружающих	5	5	4	5
Медицинские сведения из СМИ	6	4	3	2
Школьное образование	7	7	6	6

чия, нежели у финских респондентов. Отношение российских мужчин к своему здоровью, их модель ССП имеет более негативный характер не только по сравнению с соотечественницами, но и с мужчинами-финнами. В этом, видимо, заключается одна из причин беспрецедентно низкой продолжительности жизни русских мужчин.

Если же посмотреть на ранговое распределение факторов-стимулов ССП (см. табл. 7), то становится очевидным диаметрально противоположный характер стимулов заботы о здоровье у представителей двух стран. У россиян на первом месте "ухудшение здоровья", а у финнов этот фактор занимает последнее, седьмое, место. На втором месте у москвичей "страх перед заболеванием", у хельсинкцев он на четвертом-пятом местах. Информация от медицинских работников – третий по значимости фактор-стимул у москвичей и первый – у финских респондентов. На втором-третьем местах у финнов "семейные традиции" и популярная медицинская информация из СМИ.

Единственный фактор, степень влияния которого одинакова для респондентов двух стран (четвертое-пятое ранговое место), – это "поведение окружающих".

Финны больше, чем россияне, придают значение влиянию социальных, а не соматических факторов-стимулов здоровья. Хотя значимость медицинской информации входит в число приоритетов у москвичей, но доля социальных источников формирования отношения к здоровью у них ниже, чем у хельсинкцев. Только каждый пятый москвич и каждая третья москвичка считают, что их научили чему-то, связанному со здоровьем, в школе, по срав-

нению с 2/3 хельсинкцев. Роль семейных традиций отметили половина москвичей и около 80% хельсинкцев.

Женщины в обоих городах придают больше значения всем факторам-стимулам, чем мужчины. Возрастные различия связаны с тем, что молодые респонденты (18–29 лет) в Москве менее видят в семье источник формирования самосохранительного поведения, а в Хельсинки – наоборот. Аналогичным образом оценивается роль школы: в Хельсинки важным школьное воспитание считает молодежь, а в Москве – респонденты более старших возрастных групп. Роль медицинского обслуживания более всего важна для хельсинкцев старших возрастов и самых молодых москвичей. Непосредственное ухудшение собственного здоровья оказывает влияние на отношение к здоровью более старших жителей Хельсинки. В Москве различия по полу и возрасту в данном случае отсутствуют.

Таким образом, модель ССП россиян: ухудшение здоровья – страх перед заболеванием – информация от медиков, т.е. россиянин начинает заботиться о здоровье заболев или стараясь предотвратить болезнь, о которой ему говорил врач.

Иная модель ССП у финнов: информация от медиков – семейные традиции – медицинские сведения из СМИ. Иными словами, активная пропагандистская работа врачей формирует отношение к здоровью, которое, став частью семейных традиций, подкрепляется постоянной популяризацией медицинских сведений через СМИ. Неслучайно здравоохранение Финляндии, а значит и социальная политика в сфере здоровья, признаны Всемирной организацией здравоохранения одними из лучших в мире.

Еще один фактор-стимул, определяющий ССП, связан с отношением к смерти и к продолжительности жизни. В ряде исследований мы задавали респондентам вопрос: "Был ли в вашей жизни случай, когда чья-нибудь смерть заставила вас задуматься о смерти вообще и о своей в частности?". Предполагалось, что опыт столкновения со смертью может стать сигналом для усиления внимания к своему здоровью. Полученные ответы показали, что среди имевших такой опыт заботятся о здоровье различными способами в 2–3 раза больше опрошенных, чем среди тех, кому со смертью сталкиваться не приходилось[49].

В международном исследовании респонденты-хельсинкцы думают о смерти чаще, чем москвичи; женщины в обоих городах – чаще мужчин. Четверть молодых (до 30 лет) мужчин-москвичей не задумывались о смерти, а больше всего о ней думали мужчины среднего возраста (30–40 лет). В Хельсинки наоборот – респонденты последней возрастной группы менее всего размышля-

ли об этом. В целом различия, отмеченные выше, в кросскультурном исследовании статистически невелики[50]. Более глубокая интерпретация этих данных требует изучения и учета таких факторов, как культурные и религиозные традиции, рефлексии каждого народа, особенности межпоколенческих и внутрисемейных отношений.

Отношение индивида к продолжительности жизни рассматривается как долгосрочная потребность личности, которая обусловливает желание прожить большее число лет и предполагает соответствующее ССП. Важную роль играют при этом мотивы желания и нежелания (экономические, социальные, психологические) прожить как можно дольше. Результаты исследования подтвердили предположение о прямой зависимости между оценкой состояния здоровья и величиной ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ): чем хуже оценка состояния своего здоровья, тем меньшее число лет рассчитывают прожить респонденты. Обнаружена также зависимость между установками на продолжительность жизни и степенью заботы о здоровье: у тех, кто заботится о здоровье, ожидаемая продолжительность жизни составила в среднем 79,0 лет, а у незаботящихся – 71,2 года. У кого выше установки на сроки жизни, те активнее относятся к сохранению своего здоровья. Действие этих установок проявляется в различных актах ССП, в том числе оказывающихся вредными по своим отдаленным последствиям. Установки на продолжительность жизни зависят от пола, возраста и самооценки здоровья респондента[51].

Одно из наиболее разрабатываемых сегодня направлений исследования поведения в сфере здоровья связано с концепцией *факторов риска*. Под факторами риска понимаются внешние условия или особенности поведения человека, которые отрицательно сказываются на здоровье человека. Фактор риска не является непосредственной причиной нездоровья, он лишь может повысить его вероятность.

К факторам риска относятся такие виды поведения, как курение, избыточная масса тела, гиподинамия, алкоголизм, нарушения в питании и т.п. Эти вопросы детально изучались нами в рамках концепции образа жизни – как взрослого населения, так и контингента подростков. Полученные результаты[52] подтвердили отрицательное воздействие указанных видов поведения на здоровье человека, особенно у детей и подростков. Это общепринятое утверждение лежит в основе профилактической работы, которая направлена на нивелирование действия факторов риска.

Изучение возможности воздействия на них было осуществлено в крупномасштабной (в 27 странах мира) программе ВОЗ по

профилактике ишемической болезни сердца. В результате в 12 странах произошло сокращение этого заболевания и общей смертности от него на 20–30% за 10 лет (1972–1982 гг.) у лиц старше 44 лет. При этом была обнаружена общность влияния ряда факторов риска при различных заболеваниях (ишемическая болезнь, диабет, язвенная болезнь желудка), что обусловило усиление внимания к изучению факторов риска в рамках концепции образа жизни[53].

В то же время существует проблема ошибочного отождествления основных факторов риска с причинами заболеваний, что создает иллюзию теоретического решения проблемы. В реальности природа факторов риска и их отношение к этиологии болезней во многом остаются дискуссионными.

Например, негативное значение курения для развития рака легких не вызывает сомнения, однако степень этого влияния явно переоценивается. Считается, например, что это заболевание на 80–85% определяется курением табака[54]. Если это верно, то динамика распространенности курения должна быть аналогичной динамике заболеваемости онкологическими новообразованиями. Но такой зависимости не наблюдается. В США за 20 лет распространенность курения, стандартизованная по возрасту, снизилась среди мужчин на 37%, среди женщин – на 17%. Но стандартизованная по возрасту смертность от данного вида заболеваний возросла как у мужчин, так, особенно, и у женщин[55]. За те же 20 лет в Великобритании смертность от рака легких среди женщин возросла на 20%, а распространенность курения среди женщин снизилась с 40% до 31%. Аналогичная тенденция наблюдается в Швеции и Норвегии[56].

Сложности возникают и при попытке объяснить динамику сердечно-сосудистых заболеваний через изменение традиционных факторов риска. Изучение причин значительного изменения числа инсультов мозга в Швеции за период 1955–1970 гг. показывает, что оно не может быть следствием эффективного лечения гипертонии, так как адекватное лечение получало небольшое число больных[57].

В Исландии за десятилетие (1970–1980 гг.) смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) существенно не изменилась, несмотря на то, что распространенность курения уменьшилась на 24%, низкая физическая активность – на 15%, концентрация холестерина снизилась в среднем на 8%[58].

Очевидно, что пока не найдены факторы, которые определяют частоту инсультов и динамику смертности и которые не связаны, как принято считать, с традиционными факторами риска.

К числу возможных причин неудач профилактических программ, описанных выше, относится абсолютизация точки зрения, согласно которой традиционные факторы риска всегда рассматриваются только в отрицательном смысле, хотя неоднократно доказано, что они могут иметь компенсаторное значение: например, у больных гипертонией с избыточной массой тела риск умереть меньше, чем у таких же больных с недостаточной[59]. Даже, казалось бы, такая простая вещь, как ограничение потребления поваренной соли, может иметь неоднозначный эффект. Считается, что это ограничение приводит к снижению артериального давления. Но результаты проведенного исследования показали, что примерно у 25–29% здоровых людей в ответ на ограниченное поступление поваренной соли артериальное давление повышается[60].

Методология профилактической работы, пропаганда здорового образа жизни основываются на универсальных рекомендациях избегать факторов риска. Но подобный прямолинейный подход не вполне правомерен, поскольку данные многочисленных исследований в медицине и смежных с наукой областях свидетельствуют о многообразии свойств человека и общества, о широком распространении неоднозначных характеристик и так называемых V-образных отношений. V-образные связи отражают зависимости, например смертности, от биологических параметров – когда смертность минимальна в средней части распределения показателя, а при высоких и при низких значениях признака она увеличивается. Достоверность этого заключения наиболее показательна на основе результатов самого большого в истории эпидемиологии проспективного наблюдения двух миллионов норвежцев, длившегося 10 лет[61], в ходе которого изучалась связь смертности с массой тела (по индексу Кеттле). Причем эти V-образные зависимости характерны для уровня холестерина и уровня артериального давления, для уровня потребления алкоголя и длительности сна как параметров смертности.

Обнаруженная универсальность V-образных связей обусловливает необходимость нового подхода к формированию поведения в сфере здоровья. Суть его заключается в том, что рекомендации по поводу предпочтительных форм поведения должны различаться в зависимости от того, где находятся индивид или группа на V-образной кривой по отношению к точке минимальной смертности. Но такой диалектический подход требует проведения соответствующих исследований по изучению границ популяционного оптимизма различных параметров. Сегодня же можно говорить только об ошибочности мнения по поводу бесконтрольного снижения в популяции уровней факторов риска.

Существует еще один фактор риска, который, по мнению И.А. Гундарова, играет ведущую роль в объяснении процессов, происходящих в сфере здоровья. Проанализировав статистику заболеваемости, потребления продуктов питания, алкоголя, сигарет, изменения экологической обстановки, И.А. Гундаров делает вывод о том, что "ни один из известных социально-экономических и медицинских факторов риска и все они вместе не объясняют природы сверхсмертности в России"[62]. Высказывается предположение о лидирующем значении в этих процессах нравственно-эмоциональных параметров. Приводятся данные исследования, проведенного ВОЗ в 52 странах Европы и Америки в 80-е годы, в котором анализировалась связь между уровнем духовного неблагополучия и смертностью от неинфекционных заболеваний. Духовное неблагополучие оценивалось по интенсивности самоубийств. Обнаружено, что рост самоубийств сопровождался ростом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (на 33% – у мужчин, на 24% – у женщин) и от злокачественных новообразований (на 110 и 95% – соответственно).

Стремление выяснить соотношение социально-экономических и нравственно-эмоциональных факторов в их влиянии на здоровье обусловило проведение статистического исследования на материале стран СНГ. Изучалась зависимость между динамикой продолжительности жизни и динамикой 45 основных социально-экономических показателей за 1991–1996 гг. Анализ показал, что риск умереть зависел на 20% от материальных условий жизни и на 80% – от психологического состояния человека. Сделан вывод о том, что "неблагоприятные духовные параметры являются факторами риска для широкого круга заболеваний, включая сердечно-сосудистые, инфекционные, онкологические и др. Об этом свидетельствует тесная связь между динамикой социальных аномалий и смертностью от широкого круга причин[63]".

Существует еще одно малоисследованное пока направление – это изучение факторов антириска. Традиционным является выяснение причин курения, употребления алкоголя, неправильного питания и пр. Но не менее важно выяснить психофизиологические механизмы отсутствия тяги к курению, отказа от алкоголя, незаболевания наиболее распространенными сердечно-сосудистыми болезнями и т.п. Заболеет или не заболеет человек – зависит от того, насколько его защитные силы способны блокировать патогенное воздействие. Таким образом, выявление этих защитных сил – новая сфера исследования здоровья, которая пока находится вне зоны внимания медицины[64].

Антиподом названной проблемы можно считать задачу изучения факторов, препятствующих формированию ССП в условиях, когда человек получает убедительную информацию, например, о вреде курения, неправильного питания, недостаточной физической нагрузки и т.п., и тем не менее продолжает демонстрировать негативные виды ССП. Считается, что такое поведение определяется двумя обстоятельствами. Первое – "градиент подкрепления"[65] – понятие из теории социального обучения, отражающее закономерность: немедленное вознаграждение или наказание значительно эффективнее, чем отсроченное. Курильщик получает от курения удовольствие и избегает неприятных симптомов абстиненции, что крайне затрудняет отказ от курения. Кроме того, опасность курения кажется отдаленной по сравнению с сиюминутным удовольствием. Необходимость приложения усилий ради хорошего здоровья в будущем не кажется сильным аргументом.

Второе обстоятельство, препятствующее позитивному ССП при наличии достаточной информации о факторах риска, связано с социальными и культурными условиями и нормами, существующими в семье и обществе[66].

Например, в американском обществе в последние десятилетия значительно изменилось отношение к здоровью, выразившееся в активных занятиях физкультурой, правильном питании, повышении уровня информированности об основных факторах риска для здоровья. Тем не менее остаются социальные факторы, обусловливающие курение подростков, экономические факторы, ограничивающие доступность здорового образа жизни, качественной пищи для всех групп населения и т.п.

Неизбежно возникает этическая проблема ответственности за предпочтение индивидом того или иного типа ССП. "Виноват" он в том, что курит, употребляет наркотики, болеет, ему нечем заняться, или "виновато" государство, которое не предоставило условий для другой, более благополучной, жизни? Несомненно, что даже в самых благоприятных социально-экономических условиях будут люди с негативными видами поведения, и это будет их выбор, на который они имеют право. В настоящее же время государство не стремится предоставлять такой выбор, более того, стандартные призывы к здоровому образу жизни конца прошлого века сменились коммерческой рекламой лекарств, пищевых добавок и способов похудения. Все это создает объективные основания для многообразия типов ССП и плюрализма при их оценке.

4.5. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

Влияние социально-демографических факторов на отношение к здоровью является одним из наиболее исследуемых аспектов этой проблемы и рассматривалось выше в связи с влиянием большинства названных факторов. Очевидны гендерные и возрастные различия людей в отношении к здоровью, при том, что пол и возраст являются сущностными характеристиками каждого человека, имеющими объективную обусловленность. Иной статус имеет фактор "образование", точнее, "уровень образования", являющийся субъективной характеристикой индивида, зависящей от его личностных установок и поведенческих актов. При этом значимость фактора "образование" оказывается очень важной для формирования отношения к здоровью.

Как известно, система высшего образования является одним из основных рычагов в социальном механизме воспроизводства, прежде всего "среднего" и "высшего" классов. Теория воспроизводственной функции образования была разработана французскими социологами Дж. Пассероном и П. Бурдье в 60-е годы, а затем развивалась представителями антропономической школы (Д. Берто и др.). Суть ее заключалась в том, что образование является одним из средств восходящей мобильности, своего рода "социальным лифтом" (П. Сорокин). С годами справедливость этого утверждения не просто возросла: ныне решающая роль в воспроизводстве социальной структуры отводится не столько экономическому, сколько символическому капиталу личности, т.е. образовательному и культурному капиталу, включающему, по П. Бурдье, языковую и культурную компетенцию[67].

Социальная структура подростковой среды в определенной степени является "слепком" с социальной структуры общества, в данном случае – с социально-структурных параметров родителей. Проекция указанных параметров на систему ценностных ориентаций подростков и дает в результате набор поведенческих актов в сфере здоровья.

Целесообразность рассмотрения влияния фактора "образования" применительно к такому объекту исследования, как подростки, объясняется тем, что эта возрастная категория, во-первых, имеет перспективу для формирования оптимального отношения к здоровью, и, во-вторых, уровень образования родителей (прежде всего, матери) является одним из самых надежных факторов сокращения младенческой смертности и поддержания здоровья детей[68]. Кроме того, образование обычно обеспечивает более высокий доход и сопутствующие возможности, дает знания, раз-

вивает кругозор, самоконтроль, личностную автономию. Образование также является самым точным фактором при решении вопросов, связанных с планированием семьи и ориентацией на здоровый образ жизни[69].

Материалы международного исследования позволяют рассмотреть значение фактора "образование" для формирования отношения к здоровью подростков в кросскультурном аспекте.

В качестве критерия социальной дифференциации подростков был взят уровень образования родителей и их должностной статус. Были выделены четыре образовательные группы: I группа – родители с "начальным" и "неполным средним образованием", II группа – со "средним общим" и "средним специальным", III – с "незаконченным высшим" и "высшим", IV группа объединила респондентов, не давших ответ.

По должности и профессии все родители респондентов были разделены на четыре группы: предприниматели, руководители, служащие, рабочие.

В структуре российской и финской выборок существовали определенные различия по уровню образования: в России доля респондентов с высшим образованием оказалась значительно больше, чем в Финляндии, а с начальным – меньше, что соответствовало структуре генеральных совокупностей. В то же время различия родителей по должностному статусу в России и Финляндии были существенно меньше, что в определенной степени облегчало задачу кросскультурного анализа полученных данных.

Одним из наиболее значимых показателей поведения в сфере здоровья является его самооценка. По самооценке здоровья финские респонденты существенно опережают россиян: три четверти опрошенных финских школьников и одна треть русских считают свое здоровье "хорошим"; "нормальным" назвали свое здоровье каждый пятый финский и каждый второй русский; проблемы со здоровьем отметили 3,6% финских подростков и 22,2% русских (т.е. в шесть раз больше).

Уровень образования родителей самым непосредственным образом связан с самооценкой здоровья российских школьников: чем выше образование, тем больше доля респондентов с хорошим здоровьем и меньше, соответственно, с плохим. У финнов такой зависимости не прослеживается (см. табл. 8). Должностной статус родителей российских подростков также непосредственно связан с состоянием их здоровья: чем статус выше, тем здоровье лучше; самые низкие показатели самооценки здоровья у детей рабочих. Аналогичные тенденции и у финских подростков.

Таблица 8

Самооценка здоровья подростков в зависимости от уровня образования главы семьи (по городам, %)

Самооценка здоровья	Образование главы семьи					
	Москва			Хельсинки		
	начальное	среднее	высшее	начальное	среднее	высшее
Хорошее	14,3	30,5	36,5	80,4	77,7	81,0
Нормальное	60,7	46,4	41,9	16,4	19,3	16,3
Плохое	25,0	23,1	21,6	3,2	3,0	2,7

Влияние рассматриваемых критериев социальной дифференциации сказывается на подверженности подростков таким негативным видам самосохранительного поведения, как курение, употребление алкоголя, наркотиков.

Данные по курению подростков в обеих странах отличаются тем, что среди россиян больше доля "никогда не куривших" (36% в сравнении с 28% финнов), а среди финских подростков в 1,5 раза больше доля "регулярно курящих". Влияние образования родителей в России наиболее очевидно в двух полярных группах – не пробовавших курить (в России у таких детей родители с высшим образованием составляют 37,7%, с начальным – 30,4%, в Финляндии – 28,1% и 25,6% соответственно) и стабильно курящих (у российских подростков родителей с высшим образованием – 8,5%, с начальным – 14,3%; у финнов – 17,3% и 15,9% соответственно). Как видим, в Финляндии эта зависимость также просматривается, но в меньшей степени, чем в России.

Влияние должностного статуса отца сказывается на отношении к курению следующим образом: российские подростки, имеющие отцов-руководителей, опережают респондентов остальных групп по активности курения – у них наименьшая доля никогда не куривших и максимальные доли курящих иногда и делающих это регулярно. Респонденты-дети служащих имеют наиболее благополучные показатели по отношению к курению. Дети рабочих занимают промежуточное положение между ними. У финских респондентов наблюдаются аналогичные тенденции, хотя и менее четко выраженные.

Что касается другой вредной привычки – употребления алкоголя, – то около 2/3 респондентов обоего пола в обеих странах ответили, что выпивают, причем в Финляндии доля употребляю-

щих алкоголь несколько выше по всем видам напитков – пиву, вину, водке и другим крепким напиткам.

Пили чрезмерно в течение последнего месяца, по мнению самих подростков, больше финны, причем вместе с пивом эта доля в 4 раза превышала российскую, с вином – в 3, а с водкой – в 1,5 раза. Корреляции потребления алкоголя подростками с уровнем образования родителей нет.

Должностной статус отца влияет на потребление алкоголя респондентами: наиболее активны в употреблении всех видов алкогольных напитков дети служащих – они составляют около 40% в каждой алкогольной группе (по пиву, вину, водке) в обеих странах. Если учесть, что доля респондентов, имеющих отцов-служащих, составляет в России 12,3%, а в Финляндии – 16,7%, то представленные проценты весьма значительны.

Употребление спиртных напитков, как правило, связано с общением людей, в процессе которого и проявляется уровень культуры выпивающих. Чаще всего респонденты обеих стран пьют с друзьями, затем у русских по степени предпочтения идут члены семьи, а у финнов – близкий друг или подруга. Доля пьющих в одиночестве мала, но все же в Финляндии она в два раза больше. То обстоятельство, что каждый шестой подросток (у финнов эта доля вдвое меньше) пьет с членами семьи, свидетельствует о распространенности русского обычая отмечать все события, в том числе семейные, выпивкой, независимо от уровня образования.

По результатам исследования, около 11% подростков в обеих странах признались, что пробовали наркотики. Причем самыми активными в обеих странах оказались подростки, чьи отцы являются служащими: среди потребителей наркотиков на долю подростков-детей служащих приходится соответственно 45,9% и 38,5%. Менее всего подвержены этому недугу дети руководителей и в России, и в Финляндии.

Неотъемлемым элементом общей культуры человека является санитарно-гигиеническая культура, проявляющаяся в информированности и поведенческой реакции на полученную информацию. Медицинская информированность подростков проверялась при ответах на ряд вопросов. Предлагалось, в частности, ответить, что чаще всего вызывает рак легких, выбрав из трех ответов (загрязнение воздуха, курение, радиоактивное загрязнение окружающей среды) один правильный. Во всех группах респондентов, различающихся по образовательному уровню родителей, в обеих странах был дан правильный ответ – "курение", но наибольшую долю таких ответов дали все же школьники наиболее образованных родителей. У финнов к тому же число пра-

Таблица 9

Распределение ответов "да" на вопрос: "Увеличивают ли многочисленные сексуальные контакты риск заболеть СПИДом, раком шейки матки, гонореей, хламидиозом?", в зависимости от уровня образования родителей респондентов (по городам, %)

Образование родителей	Москва			
	СПИД	рак шейки матки	гонорея	хламидиоз
Начальное	85,7	16,1	50,0	7,1
Среднее	89,1	17,1	45,7	9,8
Высшее	93,8	15,8	54,3	13,8

Образование родителей	Хельсинки			
	СПИД	рак шейки матки	гонорея	хламидиоз
Начальное	98,1	10,4	83,2	79,3
Среднее	98,0	8,0	86,4	81,4
Высшее	99,2	13,1	91,3	88,0

вильных ответов на вопросы, связанные с курением, в 1,4 раза больше, чем у русских, что свидетельствует об их более высокой осведомленности о последствиях курения.

Респондентам также нужно было ответить на вопрос о том, влияют ли многочисленные сексуальные контакты на возможность заболеть СПИДом, раком шейки матки, гонореей и хламидиозом. Для подростков очень актуальной является осведомленность о болезнях, передаваемых половым путем, в плане осознания последствий беспорядочного секса для здоровья. Полученные ответы российских школьников свидетельствуют о том, что существует определенная (но все же меньшая, чем в Финляндии) информированность о связи секса и СПИДа (около 90%), секса и гонореи (около 50% ответов в России и около 85% – в Финляндии). В то же время о хламидиозе – серьезном венерическом заболевании – знают буквально единицы россиян (7–14%), тогда как в Финляндии опасность его понимают от 79 до 88% респондентов (см. табл. 9).

Столь низкий уровень санитарно-гигиенической культуры российских подростков, особенно в такой важной для них сексуальной сфере, со всей очевидностью грозит их здоровью множеством проблем. Значимость образовательного уровня родителей

для степени информированности подростков в данном случае безусловна: чем выше уровень образования родителей, тем лучше информированность подростков в обеих странах.

Аналогичные зависимости существуют и для характеристики поведения подростков в связи с охраной окружающей среды в повседневной жизни. Влияние образовательного уровня родителей сказывается на числе самых сознательных респондентов в обеих странах, которые никогда не бросают под ноги упаковки, пустые банки и проч., – чем выше уровень образования родителей, тем реже сорят их дети, и наоборот.

Таким образом, можно говорить о прямой зависимости состояния здоровья подростков от уровня образования их родителей. Эта зависимость проявляется опосредованно: через систему ценностей принятые установки транслируются от родителей к детям и отражаются на их поведении и состоянии здоровья. Аналогичные зависимости – от уровня образования родителей – прослеживаются в связи с курением и медицинской информированностью (в обеих странах), с экологическим поведением (в России). Не установлена связь с уровнем образования родителей лишь в сфере употребления алкоголя подростками.

Влияние должностного статуса родителей не столь прямолинейно. В отношении состояния здоровья выявлена общая для двух стран зависимость – чем выше должность отца, тем лучше самооценка здоровья подростка. Что же касается курения, то оно более распространено среди подростков, чьи отцы – руководители (в обеих странах), тогда как по употреблению алкоголя и наркотиков лидируют респонденты – дети служащих.

В целом в России указанные зависимости более выражены, чем в Финляндии, тем не менее, очевидным является вывод о важности совершенствования социальной структуры общества, роста образовательного и профессионально-должностного уровня родителей для усиления позитивной ориентации подростков на здоровье, повышения уровня их гигиенической культуры, сокращения вредных привычек и роста экологического сознания.

4.6. ЭТНОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ

Культура каждой нации характеризуется системой ценностей, связанной с общими представлениями о мире, месте человека в нем. Эти так называемые "ключевые символы" включают здоровье, работу, семью, знания и т.п. в таком сочетании по их значимости, которые отличают народы в современном мире[70].

Культурный контекст конкретной нации, исторические особенности ее существования, доминирующие в ней религиозные убеждения, национальные обычаи, традиции, ритуалы, система воспитания, ценностные ориентации, представления о нормативности либо ненормативности тех или иных видов поведения влияют на здоровье каждого индивида и населения в целом. Именно эти факторы в значительной степени обусловливают коллективную психологию, уровень здоровья каждого народа и дают представление о взглядах на суть здоровья. Так, в одних обществах выражением здоровья считают долголетие, в других – физическую силу, в третьих – полноту тела. В мире довольно широко распространено представление об аппетите как выражении здоровья, а у людей, занимающихся физическим трудом, здоровьем считается мускульная сила. К этому взгляду близки древние представления о здоровье мужчины-воина, который считался здоровым, если мог сам без посторонней помощи сесть на коня[71].

Методологическая сложность анализа восприятия здоровья в различных культурах связана с тем, что здоровье, за очень редким исключением, не символизируется. Зато символически нагружена болезнь (немощь аскета, сознательные мучения ради духовного подвижничества и т.п.). В обыденных ситуациях болезнь всегда окружена гораздо большим вниманием, чем здоровая жизнедеятельность. Болезнь способна брать на себя функцию выразительного средства такого слабо структурированного явления, каким является здоровье. Болезнь выступает как знак, свидетельствующий об ошибках в поведении, и одновременно служит стимулом изменения поведения с целью возвращения здоровья.

Наиболее показательными, применительно к различным аспектам "здоровья-болезни", являются принципиальные различия в двух основных культурах человечества – восточной и западной. Прежде всего, это отношение к больному. Если на западе человеку в состоянии болезни предоставляют покой, его стараются не тревожить, то на востоке – больной человек всегда в центре внимания, около него постоянно находятся родные и друзья.

Различаются традиции и по отношению к алкоголю. На западе – это давний элемент культуры, в том числе и религиозной (например, причастие). На мусульманском востоке существует строгий запрет на употребление алкоголя, отраженный в Исламе. При этом по отношению к наркотикам ситуация прямо противоположная: резкое осуждение в западной культуре и лояльность – в восточной. Различаются и социальные причины депрессий: на западе – это одиночество, нехватка эмоциональных кон-

тактов, тепла, на востоке – чрезмерная обремененность своими социальными обязанностями и узами.

Диаметрально противоположны и различия в понимании причин нездоровья, особенно психического. На западе объяснения принято искать в неправильном образе жизни, на востоке – причины заболевания имеют, как правило, религиозное ("бог наказал") либо мистическое толкование. Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положний считают, что любые расстройства здоровья, прежде всего психического, следует оценивать с учетом особенностей того общества, той культуры, в которых они встречаются, а "оценка психических расстройств в рамках одной той же культуры должна проводиться даже с учетом конкретного исторического отрезка времени ее существования"[72].

Особая значимость этнокультурных подходов в изучении психического здоровья населения обусловлена его многонациональной структурой. В настоящее время в России проживают более 150 народов, представляющих 7 этнолингвистических семей и 19 этнических групп. Спецификой также является значительное число малочисленных народов Крайнего Севера и Дальнего Востока, которые имеют особенности в состоянии здоровья и отношении к нему. В качестве примера можно привести практическое отсутствие невротических расстройств у ряда малочисленных народов Севера России. Это связано с отсутствием в их культуре основного психологического субстрата данной патологии, каковым является тревога. В их родных языках даже нет слова, идентифицирующего это понятие. И таких примеров множество[73].

Этнологические данные свидетельствуют о том, что представители различных этнических и религиозных групп по-разному относятся к восприятию тех или иных симптомов нарушения здоровья. Протестанты, например, больше концентрируют внимание на возможном ограничении дееспособности (особенно, трудоспособности); иудеи – на опасении, что за неблагоприятными симптомами скрывается еще что-то более неблагоприятное. Итальянцы – наоборот, обычно сосредоточены на сиюминутном переживании и редко страдают по поводу возможных последствий. Они склонны к открытому и драматическому выражению жалоб, причем практически всегда ощущают множественные нарушения здоровья. Ирландцы, как правило, концентрируются на каком-то одном симптоме, при этом они скрытны и неэкспрессивны. Коренные американцы воспринимают симптомы несколько отстраненно и обращают большее внимание на те из них, которые объективно регистрируются. Устойчиво различа-

ются этнические предпочтения при выборе органа тела, на который прежде всего обращают внимание пациенты: ирландцы чаще всего обеспокоены состоянием глаз и носоглотки, французы – печени и т.п. Имеются различия и в предпочтениях лечебных мероприятий: лекарственной терапии, хирургических методов, психотерапии, диеты и т.п.[74]

При анализе подобных стереотипов поведения обычно исходят из нескольких предпосылок: 1) стереотипное поведение обусловливается особенностями социальной организации общества, его социокультурными механизмами; 2) поведение человека вариативно в историческом и этническом пространствах; 3) стереотипы поведения коррелируют с реальной стратификацией общества, т.е. каждая половозрастная, конфессиональная, этническая, профессиональная и другая группа, субкультура общества имеют специфические стереотипы поведения[75].

Некоторые из этих утверждений нашли отражение в исследовании "Ваше здоровье", проводившемся в Душанбе[76]. Выборка была представлена респондентами, разделенными по национальному признаку на четыре группы: таджики, узбеки, русские и представители других национальностей, объединенные в группу "другие". Различия в традициях, воспитании, стилях жизни у респондентов разных национальностей обусловили и различное отношение к здоровью. Показательны существенные различия в самооценках здоровья опрошенных душанбинцев (см. рис. 4.5)[77].

Среди оценивших свое здоровье как "хорошее" доля таджиков максимальная, и она почти в 3 раза больше, чем у русских. Среди русских респондентов наибольшая доля оценивших здоровье как "плохое" и затруднившихся с ответом. Узбеки лидируют по ответам "удовлетворительное" здоровье.

Состояние здоровья, как правило, является результатом воздействия целого комплекса факторов. Преимущественная ориентация на тот или иной фактор свидетельствует о степени активности респондента в отношении своего здоровья. При неоспоримом лидерстве фактора "условия жизни" для представителей всех национальностей среди таджиков его отметили 43,2% респондентов, среди русских – 36,1% и среди узбеков – 33,3%, второй и третий по значимости факторы у таджиков и узбеков – "природная среда" и "вредные привычки", а у русских – "медицинское обслуживание" и "усилия человека", т.е. местные жители более остро осознают влияние на здоровье экологии и факторов риска.

Каждому респонденту предлагался перечень возможных форм заботы о здоровье и задавался вопрос о том, что он исполь-

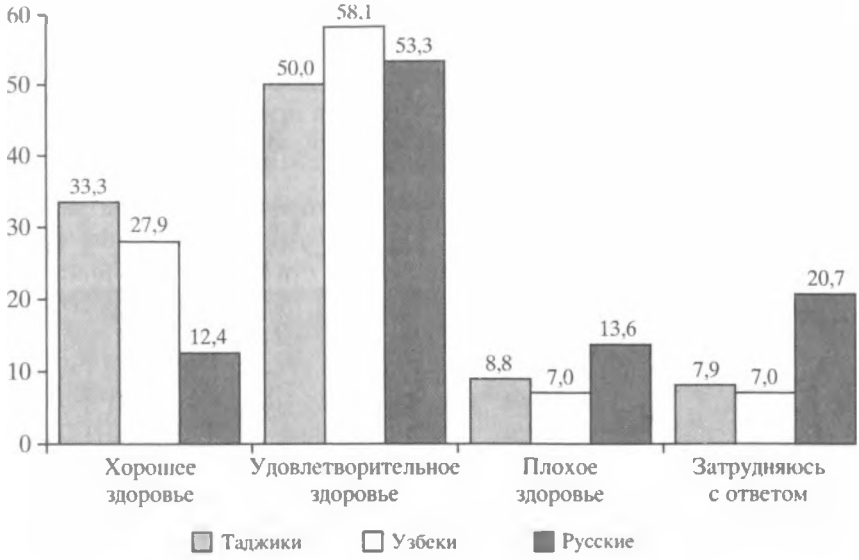

Рис. 4.5. Самооценка здоровья в зависимости от национальности респондентов (Душанбе, %)

зует из этого перечня. "Делаю все" – ответили 23,2% таджиков, что в три раза больше доли русских и в 1,6 раза доли узбеков. Доли отметивших умеренную заботу о здоровье примерно одинаковы у представителей всех национальностей (48–54%). Чем же вызывается большая, чем у других, активность таджиков в заботе о здоровье? Из шести факторов-стимулов, обусловливающих заботу о здоровье, у таджиков и узбеков примерно одинаковые доли ответов связаны с ухудшением здоровья и воспитанием. У русских при тех же двух основных стимулах картина совсем иная: "ухудшение здоровья" отметили 58,4% респондентов, что в 2–2,2 раза превышает доли ответов представителей местного населения, и в 2 раза меньше доли указавших на роль "воспитания". Эти данные свидетельствуют о существовании определенных традиций в воспитании отношения к здоровью и заботы о нем у таджиков и узбеков.

Полученные данные о значении фактора "воспитания" для формирования отношения к здоровью подтверждаются и ответами на вопрос о степени регулярности заботы о здоровье: доля таджиков, заботящихся "постоянно", составила 24,6%, что в 1,7 раза больше соответствующей доли русских респондентов.

Влияют на состояние здоровья и особенности образа жизни респондентов. Прежде всего, это работа. Ее значение для здоро-

вья оценивается по-разному: 43,4% русских указали, что она "ухудшает" здоровье, а таджиков, разделяющих это мнение, – всего 20,2%. Примечателен факт почти полного единодушия в оценке параметров ухудшения здоровья, связанных с работой: на первых трех местах (из шести), по мнению опрошенных, плохие условия и организация труда, транспортные перегрузки и отсутствие желаемого результата труда.

Вторым важным элементом образа жизни является питание, имеющее существенную специфику в Средней Азии. Ответы на вопрос "Как влияет питание на ваше здоровье?" показывают достаточно высокую удовлетворенность этой сферой жизни у представителей местных национальностей: 50,6% таджиков и 38,1% узбеков ответили "улучшает", а среди русских респондентов положительное влияние питания отметили лишь 18,4% при максимальных долях ответов, связанных с отсутствием влияния питания на здоровье (29,4%), и затруднившихся с ответом (43,6%). Соответствующие доли ответов у узбеков и таджиков в 1,5 раза меньше. Эти цифры могут свидетельствовать о недостаточной адаптированности русского населения к особенностям местной пищи.

Важной жизненной сферой, оказывающей существенное влияние на состояние здоровья человека, является семья. Отношения в семье могут, как известно, стимулировать развитие болезней или, наоборот не допускать их появление. Ответы таджиков свидетельствуют о достаточно высокой ценности семьи, ее значении для здоровья человека: ответили, что отношения в семье "улучшают" здоровье 42% таджиков, 18,4% узбеков, 17,8% русских. Ответ "ухудшают" дали соответственно 16, 26 и 23%.

Многочисленные доказательства влияния этнокультурных факторов были получены нами и в двух международных исследованиях – русско-финском "Отношение к здоровью русских и финнов" (1991 г.) и русско-финско-эстонском "Здоровье подростков и окружающая среда" (1995–1996 гг.).

Подробно межстрановые различия рассмотрены в трех монографиях, посвященных этим исследованиям[78], отдельные фрагменты этого анализа представлены выше в данной работе, здесь же хотелось бы остановиться только на одном мотивационном аспекте культурных различий. Помимо рассмотренных выше факторов-стимулов заботы о здоровье, среди которых у россиян преобладают мотивы "ухудшение здоровья" и "страх перед возможным заболеванием", тогда как у финнов эти мотивы находятся на последних (6–7) местах, важны также культурные различия

в таких психосоциальных характеристиках, как вера в свои силы и возможности.

По полученным данным (1991 г.), финны в существенно большей степени, чем русские, верят в возможности каждого человека строить собственную жизнь, отмечая при этом важность способностей, таланта, силы характера и образования. Москвичи, указывая на те же факторы успеха в жизни, в два раза чаще упоминали "судьбу", "везение", "удачу", тогда как "образование" в качестве фактора выбиралось довольно редко.

Аналогичные данные получены М.Ф. Чернышом при исследовании критериев делового продвижения в советской и рыночной эпохах. Ценность "удачи" оказалась в период рыночной экономики существенно выше таких факторов успешной карьеры советской эпохи, как "хорошее образование", "природный ум", "трудолюбие"[79].

Подобный фатализм также отчетливо просматривался в отношении здоровья в нашем исследовании, где "удача" или "благоприятные условия" как факторы сохранения здоровья отмечались в 3–4 раза чаще респондентами в Москве, чем в Хельсинки. Эта тенденция подкреплялась и мнениями об общих причинах нездоровья: у финнов такими причинами были стрессы и безразличие мужчин к своему здоровью, в то время как у россиян – условия жизни и наследственность, т.е. у россиян преобладали "внешние" факторы, которые не зависят от человека, и он вынужден их принимать. Финские респонденты были более оптимистичны в отношении шансов человека что-то изменить[80].

Сегодня анализ различных аспектов восприятия здоровья с точки зрения этнических особенностей ведется в рамках формирующейся этнологии здоровья, предмет которой представляет собой спектр эмпирических мер, воззрений, концентрирующихся вокруг двух полюсов – интенций (намерений) здоровья и постулата коллективного здоровья. Это дает возможность наиболее адекватно представить жизнедеятельность человека, его адаптацию не только в традиционалистском обществе, но и в современном индустриальном, где интенция здоровья выдвигается на первый план. Модель этнологии здоровья продуктивна тем, что способна представить разнообразный исторический, этнографический материал (начиная от особенностей питания, одежды, убранства жилища и кончая культами магии, направленными на здоровье) таким образом, что суеверия, обычаи, традиции перестают выглядеть случайными элементами, а складываются в мозаичную картину этнологии здоровья конкретного населения или исторической эпохи[81].

4.7. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ЗДОРОВЬЕ

Значение психосоциальных факторов здоровья в современной России обусловливается обострившейся в последние десятилетия проблемой социальной адаптации населения к происходящим драматическим политическим и экономическим переменам. Считаем оптимальным в данном контексте использование понятия "стресс", который, по определению Г. Селье, – "состояние организма, выражающееся в общем адаптационном синдроме... Отсутствие стрессов – это смерть"[82]. Различают "эустресс" (здоровый, при отсутствии болезни) и "дистресс" (при заболевании). Не вдаваясь в медицинские нюансы описываемого явления, отметим главное: Г. Селье считал, что многие современные заболевания, прежде всего хронические, объединяет одно – нарушенная адаптация к стрессу, т.е. "болезни адаптации"[83]. В дальнейшем изложении будем использовать это понятие в широком смысле как "воздействие на организм человека".

Стресс всегда отражался на здоровье человека, но сегодня эта проблема приобрела особую актуальность. С начала 90-х годов население страны, получив "культурную травму", по определению П. Штомпки[84], находится в состоянии социального шока, что привело к переходу эмоционального стресса населения в хроническую фазу. Различные этапы социально-экономического реформирования общества по-разному воздействовали на здоровье населения.

Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положний[85], изучавшие особенности психического здоровья населения, считают, что в первом периоде реформы (до 1995 г.) наиболее значимыми для здоровья нации, в первую очередь психического, стали факторы стресса социальных изменений, психологической неготовности людей к радикальным социальным переменам и социально-экономического кризиса в стране.

Во втором периоде реформ (1996–1999 гг.), когда произошла определенная адаптация к новым условиям жизни, появились другие факторы социального неблагополучия (социальная незащищенность, угроза безработицы, неуверенность в завтрашнем дне, обострение криминальной ситуации, материальное расслоение общества), которые и закончили формирование хронического стресса у населения.

Третий период реформ, начавший отчет с 2000 г., характеризуется появлением в стране первых признаков социальной и экономической стабильности. Но продолжающееся экономическое расслоение, сопровождаемое бесконечными реформами в раз-

личных областях жизни (в образовании, ЖКХ, здравоохранении, социальном обеспечении), не позволяет снизить уровень стресса в обществе. Недаром такой "неподкупный" показатель, как частота самоубийств, которые Э. Фромм[86] рассматривал в качестве наиболее объективного индикатора социального неблагополучия в обществе, отреагировав на все перипетии реформ (1990 г. – 26,4 случая на 100 тыс. населения, 1991 г. – 40,1, 1995 г. – 41,4, 1998 г. – 35,4, 2001 г. – 39,7), вырос в 2001 г., затем снизился до 36,1 случая в 2003 г.[87]

Стресс сегодня стал важной социальной характеристикой здоровья, в том числе и здорового населения. Свыше 70% населения России[88] живет в состоянии затяжного психоэмоционального стресса, вызывающего как психосоматические заболевания (психические расстройства, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, "омоложение" гипертонии, диабета, колита и т.д.), так и рост социальных болезней (алкоголизм, наркомания, туберкулез и т.д.).

Социологическими маркерами реакции населения на ситуацию хронического стресса являются различные компоненты удовлетворенности жизнью. Так, по данным Т.М. Максимовой, за период 1991–1999 гг. доля опрошенных, указавших на наличие стрессовых ситуаций, увеличилась с 55,7 до 67,3%. Одновременно доля испытывающих чувство одиночества возросла в 1,4 раза, а доля удовлетворенных жизнью сократилась в 2 раза и составила 40,2%[89].

Стресс, связанный с резкой сменой ценностных ориентаций, приводит не только к психологическому дискомфорту, но на его фоне и к снижению самооценок здоровья и ускоренной динамике негативных возрастных изменений (см. табл. 10).

В наибольшей степени заболеваниями, связанными со стрессом, оказались: невротические расстройства, остеохондроз, гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, гипертония и др.

По данным другого социологического исследования (Э.А. Фомин, Н.М. Федорова), в трех крупных городах (Санкт-Петербург, Самара, Псков)[91] самооценка здоровья по 4-балльной системе использовалась в качестве ключевого показателя для определения влияния таких стрессообразующих факторов, как состояние безработицы, ощущение одиночества, неудачи в семейной жизни, бедность, состояние оптимизма-пессимизма. Самым сильным фактором, влияющим на снижение оценки потенциала здоровья, оказалось чувство одиночества. Среди людей, чувствующих себя одинокими, неудовлетворенных своим здоровьем (оценка – 2,66 балла) почти в 2 раза больше, чем среди не знакомых с этим чувством (51,5% против 24,3% соответственно).

Таблица 10[90]

Самооценка здоровья респондентов, отметивших и не отметивших стрессовые ситуации (по возрасту, %)

Группы респондентов	Возрастные группы, лет			
	20–29	30–39	40–49	50–59
Высокие самооценки здоровья:				
Отметили стресс	35,6	19,4	11,2	6,8
Не отметили стресс	56,4	32,6	25,4	14,9
Низкие самооценки здоровья:				
Отметили стресс	9,2	12,1	19,2	30,9
Не отметили стресс	6,0	4,1	11,6	20,7

На женщин фактор одиночества оказывает более сильное воздействие, чем на мужчин, как и фактор неудач в семейной жизни (оценка здоровья – в 2,95 балла). Более остро женщины воспринимают и состояние бедности. При общей оценке в 2,72 балла оценка женщин – 2,5 балла. У мужчин в случае достижения ими состояния обеспеченности потенциал возможностей здоровья возрастает до самой высокой оценки – 4,0 балла. Оптимистическое отношение к жизни характеризуется более высокими самооценками здоровья, которые у мужчин неизменно выше[92].

Возможность оценить динамику уровня стресса и его влияние на здоровье представилась в результате участия Института социологии РАН в международной программе ВОЗ "МОНИКА"[93], в ходе которой осуществлялся 9-летний скрининг по выявлению групп риска хронических заболеваний на основе медицинского обследования, измерения уровня стресса и заполнения анкеты, направленной на изучение особенностей ССП.

Анализ динамики показателей стресса свидетельствует о том, что у респондентов, с одной стороны, наблюдается адаптация к переменам, новым условиям жизни, общественным нормам и ценностям, с другой стороны, – истощение нервных и психических сил, причем у женщин отмечен более высокий уровень стресса, чем у мужчин.

Уровень стресса у респондентов старших возрастных групп был неизменно выше, чем у молодых, и на протяжении всего исследования прослеживалась тенденция его роста. Наиболее низкие и устойчивые показатели стресса отмечались у респондентов с высшим и средним образованием на протяжении всего времени наблюдения.

Социальное положение респондентов также коррелирует с динамикой уровня стресса. Самый высокий и постоянно растущий уровень стресса был отмечен у пенсионеров. У служащих с высшим образованием и без него уровень стресса снижался до 1990 г., затем вырос в 1992 г. (1,6 балла) и оставался на этом уровне до 1994 г. После чего у служащих без высшего образования он снизился, а у служащих с высшим – стабилизировался. Это положение отражает меньшую гибкость на рынке занятости специалистов с высшим образованием, у которых снижение социального статуса происходило болезненнее, чем у категорий с более низким статусом[94].

Корреляция уровня стресса с самооценкой здоровья респондентов указывает на обратную зависимость: чем выше самооценка, тем ниже уровень стресса независимо от пола. Интенсивность заботы о здоровье сказывается в том, что уровень стресса у женщин возрастает по мере уменьшения активности заботы о здоровье. У мужчин зависимость более сложная: по мере перехода от постоянной заботы к периодической уровень стресса растет, но у тех, кто никогда не заботится о здоровье, он самый низкий. При том, что у женщин, не заботящихся о здоровье, – уровень стресса максимальный.

Объяснение этого парадокса, кроется, видимо, в низкой ценности, активности и ответственности за здоровье у мужчин. Даже появление признаков заболевания у них не является стимулом для посещения врача.

В то же время в последние годы наметилась позитивная тенденция улучшения нормативных представлений относительно здоровья у мужчин под влиянием западных норм деловой жизни. Забота о здоровье стала элементом имиджа преуспевающих молодых людей. К женщинам это положение относится в меньшей степени. Их положение на рынке труда ухудшилось и негативно отразилось на их здоровье и отношении к нему.

Проведенное исследование позволило выявить группы риска хронических заболеваний, которые являются группами риска в более широком социальном понимании. Достоверность полученных результатов подтверждают данные мониторинга ВЦИОМ, проведенного в те же годы. Выяснение особенностей психологического самочувствия обнаружило аналогичные группы социального риска[95].

Влияние стресса на здоровье изучалось нами также в международном российско-финском исследовании в 1991 г. – времени начала российских реформ. Тогда уже в России ощущалась более напряженная ситуация по сравнению с положением в Финляндии,

Таблица 11

Рейтинг основных событий жизни респондентов за последние 5 лет (по городам, по полу)

МОСКВА	
Мужчины	Женщины
1. Изменение профессии или работы	1. Значительное ухудшение материальных условий
2. Смена квартиры	2. Серьезная болезнь близкого человека
3. Значительное ухудшение материальных условий	3. Изменение профессии, работы
4. Серьезная болезнь близкого челов.	4. Смена квартиры
5. Смерть близкого человека, друга	5. Собственная серьезная болезнь
6. Собственная серьезная болезнь	
ХЕЛЬСИНКИ	
Мужчины	Женщины
1. Смена квартиры	1. Смена квартиры
2. Изменение профессии или работы	2. Изменение профессии, работы
3. Смерть близкого человека, друга	3. Смерть близкого человека, друга
4. Взятие в долг крупной суммы	4. Начало учебы
5. Серьезная болезнь близкого челов.	5. Взятие в долг крупной суммы
20. Собственная серьезная болезнь	*17. Собственная серьезная болезнь*

что отчетливо проявилось в ответах на вопрос о том, какие важные события произошли в жизни респондентов в течение последних 5 лет. Из предлагавшегося списка 25 основных жизненных событий ранговые места предпочтений распределились следующим образом (см. табл. 11).

Примечательно гендерное равновесие в жизненных событиях финских респондентов – совпадение трех первых мест и небольшие различия в 4-м и 5-м местах у мужчин и женщин. У российских мужчин выбор 5 основных событий идентичен выбору финнов за исключением одной позиции: у москвичей на 3-м месте "значительное ухудшение материальных условий", у хельсинкцев на 4-м – "взятие в долг крупной суммы", что, видимо, связано с крупными покупками.

В наихудшем положении оказались россиянки – они тяжелее всех восприняли ухудшение материального положения (1-е место), болезнь близкого человека. Только у них "собственная серьезная болезнь" попала в пятерку основных событий. У российских мужчин-респондентов "собственная серьезная болезнь" на 6-м ранговом месте. У финнов данное жизненное событие на 17-м месте у женщин и на 20-м у мужчин. Таким образом, "собст-

венная серьезная болезнь" в течение последних 5 лет была у 7–10% опрошенных финнов и 22–25% россиян[96].

Рассмотренные выше жизненные обстоятельства респондентов способствовали в той или иной степени возникновению у них чувства отчужденности. Под отчужденностью мы понимаем чувство разочарованности в своей жизни, которое испытывает человек, считающий, что он не в состоянии повлиять на окружающую действительность и придать значимость собственной жизни. В контексте здоровья смысл отчужденности заключается в том, что человек может не испытывать потребности быть здоровым и находиться в хорошей физической форме для того, чтобы соответствовать требованиям, предъявляемым обществом к гражданам с точки зрения их социальной активности. Отчужденность как форма отказа может рассматриваться как механизм адаптации индивида к стрессовой ситуации при отсутствии других возможностей.

Отчужденность респондентов измерялась посредством выяснения степени согласия с высказываниями "Чувствую, что не могу добиться поставленной цели" и "Будущее кажется безнадежным, и я не верю, что что-то изменится к лучшему". У москвичей отчужденность выражена значительно сильнее, чем у хельсинкцев. Различия по полу статистически не значимы в обоих городах, хотя женщины более пессимистичны, чем мужчины.

В Москве наблюдается статистически значимая связь между физическими упражнениями, курением, злоупотреблением алкоголем и беспомощностью у мужчин. У женщин с беспомощностью связаны только физические упражнения. Респонденты, не испытывающие чувства отчужденности, имеют больше позитивных самосохранительных привычек (посещение врача с профилактической целью, соблюдение режима сна и отдыха, диета и пр.)[97].

Итак, влияние стресса на человеческий организм неизбежно. Человек, приспосабливаясь к стрессам, развивает защитную функцию организма. Некоторые исследователи, например, Н.Л. Русинова, полагают, что позитивным компонентом стресса является мощный импульс к самосовершенствованию как следствие развития адаптивной функции. Делается вывод о необходимости индивидуального подхода при изучении значения стресса[98].

Итак, в последние десятилетия произошло смещение исследовательских интересов и потребностей с изучения биомедицинских (60–70-е годы), социально-экономических факторов (80-е годы) на социально-психологические, поведенческие

(90-е годы) и культурологические (начало XXI в.). При изучении социально-экономических факторов обнаружилось, что экономическое неравенство, актуальное для российской действительности, оказывает как текущее, так и пролонгированное воздействие на состояние здоровья населения, характеризующееся ростом рисков у мужчин трудоспособного возраста. Ранговое распределение социально-экономических факторов, влияющих на здоровье населения, таково: I – материальное положение, II – экологическая ситуация, III – качество питания.

Поведенческий фактор здоровья наиболее востребован из-за ситуации доминирования хронических неинфекционных заболеваний, связанных с поведением. В модели самосохранительного поведения россиян первые по значимости причины для внимания к своему здоровью – ухудшение здоровья и страх перед заболеванием, т.е. мотивация имеет лечебную, а не профилактическую направленность.

Отмечается неоднозначность оценки факторов риска для здоровья в связи с результатами исследований об их компенсаторной функции и V-образных связях различных параметров поведения и здоровья.

Помимо хорошо изученного действия на отношение к здоровью социально-демографических факторов (пола, возраста, образования, социального положения и т.п.), влияние факторов этнокультурных представляет собой сложный феномен, требующий изучения национальных традиций, обычаев, социальных норм, системы воспитания. Судя по имеющимся данным, российским респондентам, по сравнению, например, с таджиками, узбеками, финнами, свойственны более низкие самооценки здоровья и более негативное самосохранительное поведение.

Влияние на россиян психосоциальных факторов, проявляющееся действием хронического стресса, находит отражение в таких эмпирических индикаторах, как удовлетворенность жизнью, чувство одиночества, самооценка здоровья, чувство отчужденности, негативные значения которых усиливаются в течение последних десятилетий.

Примечания

[1] *Ожегов С.И.* Словарь русского языка. М, 1998.

[2] Трудовые ресурсы и здоровье населения. М.: Наука, 1986. С. 131.

[3] *Шиленко Ю.В., Корхова И.В.* Социально-экономические аспекты общественного здоровья // Трудовые ресурсы и здоровье населения. М.: Наука, 1986; *Бородин Ю.И., Матрос Л.Г.* Методологические аспекты региональных проблем здоровья // Общественные науки и

здравоохранение. М.: Наука, 1987; *Овчаров В.К.* Исследование социальных факторов формирования здоровья населения // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987; *Венедиктов Д.Д.* Общественное здоровье: пути, оценка и прогнозирование // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987.

[4] *Римашевская Н.М.* Человек и реформы. Секреты выживания. М.: ИСЭПН, 2003. С. 79–82; *Корхова И.В.* Индивидуальное здоровье и определяющие его факторы // Семейное благосостояние и здоровье. Проект "Таганрог – Три с половиной". Т. 1. М.: ИСЭПН РАН, 1997; *Браун Дж., Русинова Н.Л.* Социальные неравенства и здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. № 1. Т. 2.

[5] Отношение населения к здоровью. М.: ИС РАН, 1993; Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. М.: ВЦИОМ, 1997. № 3 (29).

[6] *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // СОЦИС, 2003. № 11; *Дмитриева Т.Б., Положний Б.С.* Психическое здоровье как проблема гуманитарного знания // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М.: ИЧ РАН, 2003; *Степанова Г.Б.* Научные концепции и обыденные представления о здоровье // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М.: ИЧ РАН, 2003. С. 256.

[7] *Тапилина В.С.* Социально-экономический статус и здоровье населения // СОЦИС. 2004. № 3; *Стародубов В.И., Михайлов Ю.В., Иванова А.Е.* Изменения условий жизни и воспроизводства населения // Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. М, 2003; *Белов В.Б.* Особенности формирования здоровья у лиц с различным отношением к духовно-культурным и материальным ценностям // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты ИЧ РАН. М., 2003.

[8] *Лисицын Ю.П.* Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранении. Т. 1. М., 1982.

[9] *Рывкина Р.В.* Образ жизни сельского населения. Новосибирск, 1979. С. 21.

[10] Состояние и основные тенденции развития советского образа жизни. Вопросы методологии и методов исследования. М.: ИСИ АН СССР, 1980; *Анохин Л.В., Клименко Г.Я, Чернов В.И.* Образ жизни и здоровье. Научный обзор литературы. Воронеж, 1984; *Возьмитель А.А.* Образ жизни: концепция, сущность, динамика. Автореф. дис. ... докт. социол. наук. М., 2000; Социалистический образ жизни. М.: Политиздат, 1984; *Бестужев-Лада И.В.* Содержание, структура и типология образов жизни // Социальная структура социалистического общества и всестороннее развитие личности. М.: Наука, 1983; Социальные показатели образа жизни советского общества. М.: Наука, 1980.

[11] *Дубинин Н.П.* Социальное и биологическое в современной проблеме человека // Вопросы философии. 1972. № 11. С. 24.

[12] Генетика и медицина. М., 1979. С. 140.

[13] Научно-техническая революция и человек. М.: Наука, 1977. С. 136.

[14] *Даценко И.И.* Гигиенические аспекты социальной экологии // Проблемы социальной экологии. Ч.II. Львов, 1986. С. 75.

[15] *Сосунова И.А.* Методология и методика социально-экологических исследований. М.: НИА Природа, 1999.

[16] *Сосунова И.А., Алексеев С.М.* Здоровье, демография и социально-экологические интересы // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М., 2003. С. 103.

[17] *Кочергин А.М.* и др. Экологическое знание и сознание: особенности формирования. Новосибирск: СО Наука, 1987; Проблемы природоохранного образования и воспитания. М.: Наука, 1982; Экология и общество. София, 1986.

[18] *Крылова И.А.* Проблемы здоровья в современной экологической ситуации. Критика биологизма и техницизма // Здоровье и экология человека: методологический анализ предмета и метода исследования. М.: ИФ АН СССР, 1987. С. 145.

[19] К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет – основные неинфекционные заболевания. М., 1994.

[20] *Нестерова С.* Здоровье населения как социально-экономический индикатор качества окружающей среды // Народонаселение и природа. М., 1984. С. 6.

[21] *Нилов В.М.* Социология здоровья. Учеб. пособие. Петрозаводск, 2002. С. 89–105; Фундаментальные основы политики здравоохранения. НИИ им. Семашко. М., 1999. С. 36–81; *Котова Г.Н.* и др. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение РФ. 2001, № 4; *Сидорина Т.Ю., Сергеев Н.В.* Государственная социальная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение // Мир России, 2001, № 2; *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 179–192; *Решетников А.В.* Социология медицины. М.: Медицина, 2002. С. 468–478, 495–540.

[22] Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Научные доклады, 142 МОНФ. М., 2003. С. 10.

[23] Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М.: ГУ ВШЭ, 2004; Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. Серия "Научные проекты WP1 / 2002 / 07. М., 2002.

[24] Университет Северной Каролины в Чэпел Хилле. Агентство международного развития США. Исследовательский центр "Демоскоп", Институт питания РАМН.

[25] *Козырева П.М.* Процессы социальной адаптации россиян в трансформирующемся обществе. Автореф. дис. ... д-ра социол. наук. М., 2004. С. 12.

[26] *Тапилина В.С.* Социально-экономическое неравенство и здоровье населения России в середине 90-х годов // Россия в глобальном контексте. М.: РИЦ ИСПИ РАН, 2002. С. 326–329.

[27] *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // СОЦИС. 2003. № 11. С. 57–69.

[28] *Brainerd E.* Economic Reform and Mortality in the Former Soviet Union: A Study of the Suicide Epidemic in the 1990s // European Economic Review. 2001. N 45. P. 1007–1019.

[29] *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // СОЦИС. 2003. № 11. С. 66.

[30] *Стародубов В.И., Иванова А.Е., Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н.* Трансформации в здоровье населения в 90-е годы // Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. М.: Медицина, 2003. С. 62–66.

[31] *Шальнова С.А.* Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и продолжительность жизни населения России. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999.

[32] *Mroz T.A., Henderson L., Pophin B.M.* Monitoring Economic Conditions in the Russian Federation: The Russia Longitudinal Monitoring Survey 1992–2000 / Carolina: Un. of North Car. 2001.

[33] *Мамлеева Ф.Р., Кылбакова Е.С., Малютина С.К., Веревкин Е.Г., Никитин Ю.П., Брагина О.М.* Фактическое питание и избыточная масса тела у жителей Новосибирска // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1998. № 6. С. 21–25.

[34] *Cockerham W., Kunz G., Lueschen G., Spaeth I.* Social Stratification and Self-Management of Health // Journal of Health and Social Behaviour. 1986. Vol. 27, N 1.

[35] *Радаев В.В., Шкаратан О.И.* Социальная стратификация. М., 1996.

[36] *Lefcowitz M.* Poverty and Health: A Re-examination // Inquiry. 1973. N 10.

[37] *Русинова Н.Л., Браун Дж.В., Панова Л.В.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // Санкт-Петербург в зеркале социологии. СПб., 2003. С. 336–337.

[38] *Wilkinson R.* Income Distribution and Life Expectancy // British Medical Journal. 1992. N 304.

[39] *Kawachi I., Subramanian S., Almedia-Filho N.* A Glossary for Health Inequalities // Journal of Epidemiology and Community Health. 2002. Vol. 56. N 9.

[40] Женщина, мужчина и семья в России: последняя треть XX века / Под. ред. Римашевской Н.М. М., 2001.

[41] *Римашевская Н.М.* Человек и реформы. Секреты выживания. М.: ИСЭПН, 2003. С. 60.

[42] *Римашевская Н.М., Копнина В.Г.* Здоровье и благосостояние // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987. С. 153–155.

[43] *Римашевская Н.М., Копнина В.Г.* Указ. соч. С. 156–158.

[44] Семейное благосостояние и здоровье. Проект "Таганрог – Три с половиной". Т. I. М., 1997. С. 74–113.

[45] *Римашевская Н.М.* Человек и реформы. С. 60.

[46] Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: ИС АН СССР, 1989.

[47] Отношение населения к здоровью. М.: ИС РАН, 1993. С. 90–91.

[48] *Палосуо Х., Журавлева И.* и др. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (Сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве). М.: ИС РАН. 1998. С. 106.
[49] Отношение человека к здоровью. Указ. соч. С. 41.
[50] *Палосуо Х., Журавлева И.* Указ. соч. С. 115–116.
[51] Отношение человека к здоровью. Указ. соч. С. 45–47.
[52] *Палосуо Х., Журавлева И.* Указ. соч. С. 46–75; Отношение населения к здоровью. М.: ИС РАН, 1993. С. 130–138; *Журавлева И.В.* Здоровье подростков: социологический анализ. М.: ИС РАН, 2002. С. 91–106.
[53] *Лисицын Ю.П.* Перестройка здравоохранения и задача научных исследований ее стратегии // Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты. Новосибирск, 1989. С. 12–13; *Шангареева З.С.* Социальные проблемы здоровья населения. Автореф. дис. ... д-ра социол. наук. СПб., 2000. С. 23–26; *Лисицын Ю.П.* Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохранение РФ. 1998. № 3. С. 49.
[54] *Денисов Л.Е., Володин В.Д.* Современные проблемы раннего выявления онкологических заболеваний // Терап. арх. 1988. № 9. С. 9–13.
[55] Ежегодник мировой санитарной статистики. 1985. ВОЗ. Женева, 1987.
[56] *Byrne D.O.* Smoking in Europe // The Prevention of Noncommunicable Diseases: Experiences and Prospects. WHO, 1987-ICP/NCD 028/6. P. 103–114.
[57] Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни. Обзорная информация. М., 1989. № 2. С. 31.
[58] *Olaffson O., Sigfusson N.* et. al. Trends in Cardiovascular Death Rates and "Risk Factors" in Iceland, 1981, Reykjavic, 1986.
[59] *Elliott P., Shipley M. J., Jarrett R.* Obesity and Hypertension // Lancet. 1988. April 30, P. 995.
[60] *Miller J.Z.* et. al. Heterogenity of Blood Pressure Response to Dietary Sodium Restriction in Normotensive Adults // J. Chron. Dis. 1987. Vol. 40. N 3. P. 245–250.
[61] *Waaler H.* Height, Weight and Mortality. The Norwegian Experience. Rapport N 4. 1984.
[62] *Гундаров И.А.* Закон духовной детерминации здоровья // Философия здоровья. М.: ИФ РАН. С. 163.
[63] Там же. С. 169–174.
[64] *Царегородцев Г.И., Орехов И.И.* О системном, антидогматическом мышлении врача // Здоровье – системное качество человека. Ставрополь, 1999. С. 20.
[65] *Miller N.E.* Behavioral Medicine: Symbiosis between Laboratory and Clinic // Ann. Rev. Psychol. 1983. Vol. 34. P. 1–31.
[66] *Syme S.L.* Life Style Intervention in Choice-Based Trials // Amer. Jour. of Epidem. 1978. Vol. 108. P. 87–91.
[67] *Бурдье П.* Социология политики. М.: Sociologos. 1993.
[68] *Cadwell J.* Routes to Low Mortality in Poor Countries // Population and Development Rev. 1986. Vol. 12.

[69] Encyclopedia of Sociology. Vol. 2. N.Y.: Macmillan Publishing, Toronto. P. 795.

[70] *Дробижева Л.М.* Социальные проблемы межнациональных отношений в постсоветской России. М.: ИС РАН, 2003. С. 323–324.

[71] *Чеснов Я.В.* Лекции по исторической этнологии. М.: Гардарика, 1998. С. 249–277.

[72] *Дмитриева Т.Б., Положний Б.С.* Психическое здоровье как проблема гуманитарного знания // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М. 2003. С. 34.

[73] Там же. С. 35–36.

[74] *Тищенко П.Д.* Герменевтика и здоровье // Здоровье и экология человека: методологический анализ предмета и метода исследования. Сб. статей. М.: ИФ АНСССР, 1987. С. 99.

[75] Этнические стереотипы поведения. М.: Наука, 1985. С. 121.

[76] Проведено в 1990 г. в рамках серии исследований по единой программе и методике в 9 городах 5 республик СССР. Опрошено 540 жителей Душанбе по случайной репрезентативной выборке (Рук. – Журавлева И.В.).

[77] Отношение населения к здоровью. М.: ИС РАН, 1993. С. 146.

[78] *Палосуо Х., Журавлева И., Уутела А., Лакомова Н., Шилова Л.* Восприятие здоровья и связанных с ним установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве). М. 1998; *Журавлева И.В.* Здоровье подростков и окружающий мир. М.: ИС РАН, 1997; *Журавлева И.В.* Здоровье подростков: социологический анализ. М.: ИС РАН, 2002.

[79] *Черныш М.Ф.* Российский рынок труда: этап становления // Социальная стратификация российского общества. Отв. ред. З.Т. Голенкова. М.: Летний сад, 2003. С. 105.

[80] *Палосуо Х., Журавлева И.* Указ. соч. С. 129–130.

[81] *Чеснов Я.В.* Указ. соч. С. 274–275.

[82] *Селье Г.* О стрессах // Здоровье мира. 1975. Март. С. 3.

[83] *Селье Г.* Стресс без дистресса. М., 1979.

[84] *Штомпка П.* Культурная травма в посткоммунистическом обществе // Социологические исследования. 2001. № 1.

[85] *Дмитриева Т.Б., Положний Б.С.* Указ. соч. С. 32–33.

[86] *Хорни К., Фромм Э.* Психоанализ и культура. М., 1995. С. 275–365.

[87] Российский статистический ежегодник 2004. М.: Росстат, 2004. С. 122.

[88] *Гридин Л.А., Пономаренко В.А.* Некоторые аспекты парадигмы системно-целевых функций здоровья в обществе // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением. М.: РАМН, 1999. С. 51

[89] *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002. С. 97–99.

[90] Там же. С. 98.

[91] В 1997 г. Центром независимых социологических исследований опрошено 2800 человек старше 18 лет по квотной выборке по полу и возрасту.

[92] *Фомин Э.А., Федорова Н.М.* Стратегии в отношении здоровья // Социологические исследования. 1999. № 11. С. 38–39.

[93] Исследование проводилось совместно с Центром профилактической медицины МЗ РФ в трех районах Москвы в 1986–1995 гг. в ходе 1-го скрининга (1987–1989) опрошено 835 человек, во 2-м (1993–1995) – 1325 человек в возрасте от 24 до 69 лет.

[94] *Шилова Л.С.* Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5. С.90.

[95] Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. Информационный бюллетень. 1993. № 1. С. 11–13.

[96] *Палосуо Х., Журавлева И.В.* Указ. соч. С. 76.

[97] *Палосуо Х., Журавлева И.* Указ. соч. С. 90–93.

[98] *Русинова Н.Л.* Теоретические основания формирования социальной политики охраны здоровья. Л., 1988. С. 19.

Глава V

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ СУБЪЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ

Формирование отношения к здоровью – сложный социально-психологический процесс, результат взаимодействия значительного числа факторов. Он важен для всех возрастных групп населения, но наибольшую значимость имеет все же для детей и подростков – перспективной группы населения, открытой, в силу возрастных особенностей, для воспитательного воздействия. Эта группа, представляя собой потенциал трудового и популяционного ресурсов России, характеризуется негативными тенденциями показателей здоровья, динамика которых существенно опережает соответствующие тенденции взрослого населения. Достижение позитивной направленности показателей здоровья в будущем напрямую зависит от сегодняшнего решения проблем здоровья детей и подростков.

За период 1992–2002 гг. у взрослого населения общая заболеваемость возросла на 26%, из 15 групп заболеваний увеличение произошло в 13. Общая заболеваемость детей и подростков (0–17 лет) за тот же период времени увеличилась на 55%, т.е. в 2,1 раза больше, чем у взрослых. Рост общей заболеваемости произошел во всех 15 группах[1]. Максимальные темпы прироста отмечены по болезням костно-мышечной системы – в 3,8 раза (у взрослых – в 1,3 раза), болезням эндокринной системы – в 3,2 раза (у взрослых – в 1,6 раза), по осложнениям беременностей и родов – в 3,1 раза (у взрослых – в 1,8 раза). В структуре общей заболеваемости подростков первое место занимают болезни органов дыхания, доля которых составляет 44,7%, на втором месте находятся болезни нервной системы и органов чувств (12,7%)[2]. Обращает на себя внимание значительный рост эндокринных нарушений и болезней мочеполовой системы, значимость которых для подросткового возраста особенно велика в связи с их влиянием на становление репродуктивной функции.

Сравнение заболеваемости взрослых с заболеваемостью детей и подростков показывает, что у последних рост происходит в большем числе групп и более интенсивно, чем у взрослых, что свидетельствует о возможности неблагоприятного прогноза здоровья населения России на ближайшие десятилетия.

Состояние здоровья населения и отношение к здоровью формируются под воздействием пяти основных социальных институтов: семьи, школы, здравоохранения, средств массовой информации и государства. Рассмотрим их.

5.1. ИНСТИТУТ СЕМЬИ КАК СУБЪЕКТ ПЕРВИЧНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДА В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ

Семья в данном контексте выступает в двух ипостасях. Как макрообъект – социальный институт, изучаемый в контексте социетальных процессов во взаимодействии с другими институтами общества, и как микрообъект – малая группа со своими семейными интеракциями, направленными на достижение тех или иных результатов семейного поведения[3]. Семья формирует, поддерживает и развивает здоровье своих членов, оказывая тем самым влияние и на общественное здоровье. Рассматривая семью как малую биосоциальную группу, следует иметь в виду, что в основе состояния здоровья членов семьи лежат сложные причинно-следственные связи здоровья со структурой семьи (число членов семьи, число поколений, состав по полу, возрасту, профессии), циклом развития (фаза создания, эволюции, сужения), реализацией функций (репродуктивной, медицинской, экономической, социальной, психологической)[4].

Семья как непосредственная среда жизни человека обусловливает наследование индивидом здоровья своих родителей (и косвенно – родственников других поколений), изменение здоровья под влиянием материальных условий семьи (жилье, питание, величина дохода и пр.) и формирование здоровья (поддержание определенных традиций, сохранение элементов санитарно-гигиенической культуры, обучение соответствующим навыкам). В современных условиях семья приобрела еще одну функцию – психологического убежища от неизбежного стресса, переутомления, перегрузки, сложностей адаптации, т.е. сохранения здоровья.

Значение семьи в формировании здоровья ее членов определяется триадой факторов: уровнем и структурой заболеваемости,

социально-гигиеническими условиями жизни и психологическим климатом семьи.

Уровень и структура заболеваемости в семье в определенной степени зависят от типа семьи. Анализ различных типов семьи с точки зрения их структуры (выделено восемь типов семей: супружеская пара без детей; супружеская пара с одним ребенком, с двумя, с тремя, супруги с 1–2 детьми и другими родственниками и т.д.) обнаружил, что наиболее благоприятные условия для здорового самочувствия создает семья, состоящая из родителей и двух детей (40% респондентов из подобных семей оценили свое здоровье как "хорошее") и родителей с одним ребенком (соответственно 34,5%). Чаще всего жалуются на плохое здоровье одинокие люди, супруги без детей и имеющие трех и более детей[5].

Вторым важным компонентом этой сферы является зависимость "здоровье родителей – здоровье детей". По данным Т.М. Максимовой, эти характеристики жестко связаны и соотношения устойчивы. При хорошем здоровье матери и отца 75–80% и более детей имеют хорошее здоровье и лишь 1–1,5% – серьезные отклонения в здоровье. При плохом здоровье обоих родителей такие отклонения имеют 15–23% детей[6]. Наличие у родителей хронических заболеваний провоцирует более небрежное отношение к здоровью детей. Если практически здоровые родители при заболевании ребенка в 81% случаев сразу обращаются к врачу, то родители с хроническими заболеваниями делают это реже (70%), чаще нарушают режим лечения, назначения врача, больше практикуют самолечение[7].

Опасной тенденцией является появившееся в последнее десятилетие снижение медицинской активности родителей, связанной с уходом за заболевшим ребенком. Число всех случаев временной нетрудоспособности по уходу составляет лишь менее половины числа заболеваний детей. Если в 1991 г. всегда брали больничный лист по уходу за ребенком 5–6 лет 53,7% родителей (чаще, конечно, матери), то в 1999 г. эта цифра сократилась в 2,5 раза (21,9%). Это свидетельствует о недостаточности материнского ухода, что может привести к формированию хронической патологии[8].

Недостаточное внимание к здоровью детей проявляется в негативных типах поведения, связанного со здоровьем, у взрослых членов семьи. Так, исследования новосибирских ученых показали влияние числа курильщиков в семье на частоту респираторных заболеваний у детей. В семьях с одним курильщиком 68% детей болели часто, 32% – редко; в семьях с двумя курильщиками – 84 и 16% соответственно; наличие трех курильщиков означало полное отсутствие здоровых детей[9].

Определяющее влияние здоровья родителей на здоровье детей сохраняется в семьях, относящихся к различным социальным слоям населения. Однако при ухудшении состоянии здоровья родителей усиливается значение социального статуса семьи, ее жизненного уровня.

Социально-гигиенические условия в семье определяются в значительной мере уровнем ее материального благосостояния, который более всего сказывается на питании. Ухудшение социально-экономической ситуации в стране повлияло и на структуру питания, что обусловило увеличение числа детей с дефицитом массы тела, недоразвитой мускулатурой (у юношей), с желудочно-кишечными заболеваниями.

Усиление значимости проблемы питания в семье связано также с тем, что в большинстве школ практически разрушилась существовавшая ранее система питания, поэтому родителям приходится заботиться о питании ребенка не только дома, но и в школе. При этом вопрос о диетическом питании в школе, необходимом значительному числу детей, практически не ставится.

Социализационнные функции семьи в формировании отношения к здоровью очень важны: привить навыки заботы о здоровье, правильно организовать режим труда и отдыха, обеспечить качественным питанием, своевременно обратиться к врачу в случае болезни, позаботиться о гармоничном физическом и психическом развитии ребенка, передать ему определенный набор сведений о своем организме, о вредных для здоровья привычках, о перенесенных заболеваниях, сведения об основных элементах гигиенической культуры, привить навыки оказания первой помощи и самолечения, то есть обеспечить определенный уровень грамотности в вопросах здоровья. Считается, что эти данные доступны и понятны взрослым людям с любыми социально-демографическими характеристиками. Но, по нашим исследованиям, две трети взрослого городского населения не знают, какие лекарства им противопоказаны, более половины не помнят о перенесенных инфекционных заболеваниях, четверти не известна собственная группа крови[10]. Если учесть, что в некоторых критических ситуациях (например, несчастный случай, болезнь и т.п.) незнание указанных выше параметров может стоить пациенту даже жизни, такая неосведомленность не покажется несущественной.

В условиях низкой санитарно-гигиенической культуры населения дети в семьях не получают необходимых навыков по заботе о здоровье, родители не формируют у детей чувство ответственности за свое здоровье, не ведут профилактику травматизма, несчастных случаев (первая причина смертности среди подрост-

ков), не обучают закаливающим процедурам и т.п. Значительная часть родителей не осознает важности собственного оздоровительного поведения как образца для подражания. При том, что только 29% из них сами делают зарядку, 46% считают, что они воспитывают соответствующую потребность у своего ребенка[11]. Вряд ли можно винить родителей в подобном расхождении слов и дел: такую модель поведения они получили от своих родителей и передают ее своим детям. Но изменившаяся социально-экономическая ситуация предъявляет подрастающему поколению новые требования, связанные со здоровьем. Семья же, как достаточно инертное социальное образование, транслирует устаревшие стереотипы поведения в сфере здоровья.

Психологический климат в семье, взаимоотношения между родителями очень важны для физического и, особенно, психического благополучия ребенка, подростка.

По данным исследований, в семьях, где родители оценивают взаимоотношения как хорошие, 74% детей имеют "хорошее" здоровье, а в семье с конфликтными отношениями супругов – 53%, т.е. различие составляет более 20 процентных пунктов. "Плохое" здоровье у детей отмечено в семьях с напряженными, неровными отношениями (64% против 33% в семьях с нормальными, спокойными отношениями родителей[12]).

Все большую актуальность в новой экономической обстановке (ненормированный рабочий день, необходимость работать в нескольких местах и т.п.) приобретает проблема дефицита общения родителей с детьми. Особенно она обостряется у подростков. Родители, не осведомленные о психоэмоциональных особенностях подросткового возраста, познают их методом проб и ошибок на опыте собственных отношений с детьми. Тогда как именно в это время у юношей и девушек появляются новые для них психологические проблемы, в решении которых им нужна квалифицированная помощь специалистов в сочетании с пониманием и поддержкой родителей. Если же этого нет, возникает конфликт, стресс, замыкание в себе, вплоть до ухода подростка из дома. По данным исследования "Образование в области здоровья подростков" Российской ассоциации общественного здоровья (1997 г.), 85% опрошенных считают, что дома им уделяет внимание мать, 52% отмечают внимание со стороны отца. В то же время каждый пятый подросток испытывает чувство одиночества[13].

Драматическая особенность сегодняшнего времени состоит в том, что зачастую родители не только не могут уделить подростку внимание, но они, под прессингом проблем с зарабатыванием денег, реальной или потенциальной безработицы, срывают на де-

тях свое психоэмоциональное напряжение. Эксперты-психологи считают новым социальным явлением ситуацию, когда родители "разгружаются на детях", освобождаются от стресса, фактически перекладывая его на детей. Как следствие – дети находятся дома в постоянном напряжении, причем это характерно как для неблагополучных, так и для обеспеченных, с материальной точки зрения, семей.

Специфической российской проблемой являются семейные взаимоотношения в семьях "новых русских", где большие материальные возможности сочетаются с высокой психической и психологической напряженностью внутрисемейных отношений. Здоровье детей в семьях "новых русских" имеет свои особенности. Детей лечат в дорогих поликлиниках и, порой, весьма успешно, но нередки случаи, когда уверенность – "за деньги можно купить все" – подводит. Особенно, если ребенок перегружен дополнительными занятиями в школе или с репетиторами в ущерб здоровью.

В связи с продолжающимся кризисом семьи и ростом числа разводов (за период с 1990 по 2003 гг. число разводов на 1000 чел. возросло в 1,4 раза)[14], обостряются конфликты в семье, ухудшается психологический климат[15]. Причем подобная ситуация характерна не только для России, но и для большинства европейских стран. По данным международного исследования ВОЗ в 28 странах, почти у 1/3 детей в результате развода родителей возникают нарушения здоровья и психологические проблемы. Особенно это характерно для подросткового возраста[16].

Западные исследователи рассматривают влияние семьи на здоровье ее членов в рамках экобихевиоральной концепции, суть которой в воздействии на здоровье индивида его межличностного окружения, городской среды и даже политико-идеологического контекста. Основная проблема данного подхода заключается в соотношении "прав" и "ответственности" за здоровье. Под "правами" подразумевается доступность для всех граждан высококачественных услуг здравоохранения. "Ответственность" за здоровье делегируется непосредственно индивиду, тогда как правительственные органы должны обеспечить свободу выбора того или иного вида поведения[17].

В рамках данного подхода Л. Прэтт[18] выдвинул концепцию энергезированной семьи, характеризующейся установкой на ответственность за здоровье членов семьи. Жизненный стиль такой семьи предполагает формирование самосохранительного поведения у ребенка, развитие у всех членов позитивных форм поведения, связанного со здоровьем.

В России концепцию ответственности семьи за здоровье развивают Л.Г. Камсюк, Л.В. Водогреева, Н.Г. Андреева, Н.В. Гладышева. По их данным, семью в качестве основной референтной группы формирования здорового образа жизни называют около половины опрошенных[19] в ряде городов России.

О том, как интерпретируют проблему ответственности за здоровье в самой семье, можно судить по результатам проведенного нами исследования "Репродуктивное здоровье подростков" (Тверь, 2002 г.), в ходе которого опрашивались старшеклассники и их родители. При ответе на вопрос "Кто должен заботиться о репродуктивном здоровье подростков, их половом просвещении?" подростки на первое место поставили ответ "Сами школьники" (60,8%), далее – "родители" (45,6%), "врачи-специалисты" (43%). Мнения родителей кардинально отличаются от мнений подростков. Родители ведущую роль в этом процессе отводят себе (80,3%), врачам-специалистам (62,9%) и школе (41,7%). Наибольшие расхождения связаны с ролью самих школьников, на самостоятельность которых в этом вопросе родители надеются меньше всего – 4,5% ответов (в сравнении с 60,8% соответствующего мнения подростков).

Закономерность последнего соотношения (4,5% и 60,8%) была подтверждена при выяснении степени информированности этих социальных субъектов (подростков и родителей) в исследуемой сфере. Реальная степень информированности о предмете обсуждения проверялась открытым вопросом «Как ты (Вы) понимаешь(ете), что такое "репродуктивное здоровье"?». Оказалось, что 57,5% подростков не знакомы с этим понятием, 16% дали правильный ответ. Среди опрошенных родителей, не представляющих точно, что включает это понятие, – 58% (правильные ответы дали 40%), т.е. почти две трети опрошенных подростков и родителей плохо информированы в этом вопросе. Но если знать данный термин и не обязательно, то представлять себе средства защиты своего здоровья, в частности защиты от заболеваний, передающихся половым путем, жизненно важно. При ответе на открытый вопрос о том, каким образом можно защититься от указанных заболеваний, только половина из опрошенных родителей высказали свои мнения: из них лишь 6,9% родителей полагают, что половое просвещение поможет избежать венерических заболеваний. Подростки более активно, чем родители, отвечали на этот вопрос. Почти треть ответов связана с необходимостью использовать различные средства предохранения. Подростки в целом проявили большую информированность и грамотность в вопросах сексуальной жизни, чем родители[20]. Послед-

ние не чувствуют себя уверенно в качестве источника подобной информации. В аналогичном исследовании в Новосибирске 98% опрошенных родителей выразили желание получить помощь специалиста для бесед со своим ребенком; 44% нуждаются в специальной литературе; 19% – в консультации психолога. Такая неподготовленность родителей к половому воспитанию объясняет реальную ситуацию: только 10% опрошенных подростков ответили, что первую информацию по вопросам пола они получили от родителей[21].

Приведенные примеры свидетельствуют о том, что семья, родители не способны нести ответственность за здоровье детей и подростков, семья слабо выполняет функцию подготовки детей к жизни, обеспечения им необходимого уровня здоровья. Причем семья не делает этого, прежде всего, из-за собственной неготовности к данной деятельности. Семья как социальный институт, обеспечивающий первичную социализацию индивида в различных сферах жизни, включая здоровье, не получает необходимой поддержки от государства. Разрушаются нравственные устои семьи, снижается ее ценность в формировании позитивных типов ССП.

В качестве мер по "спасению" семьи и усилению ее роли в формировании здоровья ученые предлагают: во-первых, повышение образовательного уровня реальных и потенциальных родителей; во-вторых, проведение широкой просветительской работы, ориентированной на здоровье семьи, посредством различных средств массовой информации; в-третьих, изучение и предупреждение наследственных заболеваний путем составления генеалогического древа семьи в его генетическом аспекте; в-четвертых, создание банка данных о здоровье каждой семьи[22].

5.2. ШКОЛА КАК СУБЪЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОТНОШЕНИЯ К НЕМУ

Современная школа как социальный институт переживает тяжелый период реформирования. Сегодня перед школой стоят задачи создания концепции образования, пересмотра программ обучения, улучшения материально-технической базы, выплаты учителям зарплат, адекватных их труду.

В школе ребенок проводит 10 важных для его развития и здоровья лет. Наиболее существенными для здоровья компонентами школьной жизни являются: 1) организация учебного процесса;

2) организация питания; 3) физическое воспитание; 4) формирование отношения к здоровью; 5) психологическая помощь подросткам; 6) борьба с девиантными формами поведения.

Современная школа (как, впрочем, и государственная социальная политика в целом) не имеет концепции сохранения и развития здоровья, воспитания у детей осознанного отношения к собственному здоровью и соответствующих навыков для его поддержания и совершенствования.

Врачи связывают повышенную распространенность среди школьников таких расстройств здоровья, как близорукость, нарушение осанки, неврастения и анемия, с неблагоприятными факторами внутришкольной среды и называют их "школьными болезнями"[23].

Плохое состояние здоровья школьников специалисты объясняют низкой социальной защищенностью детей и большими затратами защитных сил организма ребенка на школьную нагрузку. По данным Минобразования РФ, среди причин, влияющих на здоровье школьников, 21% составляют факторы внутришкольной среды. По мнению А.П. Тарана, при этом нерешенными остаются проблемы перегруженности учащихся основными и дополнительными занятиями, неоправданной интенсификации образования, несоответствия уровня освещенности, мебели и оборудования гигиеническим нормам и т.п.[24] Согласно результатам проведенного нами опроса экспертов (1998)[25], муниципальные школы в настоящее время не в состоянии обеспечить образовательный, воспитательный и оздоровительный процессы. Эксперты-врачи характеризуют школу как кризисное для здоровья детей учреждение. Школа нуждается в увеличении финансирования, создании реабилитационных и досуговых центров для детей в каждом районе и т.п.

Организация учебного процесса

Сегодня все громче звучат голоса педагогов-новаторов о том, что сложившаяся в педагогике учебно-дисциплинарная модель обучения, в основе которой лежит принуждение, подгонка под общий усредненный уровень программы, не способствует формированию творческой личности школьника, сохранению и укреплению его здоровья. Учебные нагрузки перестали нормироваться и контролироваться органами управления образованием.

В результате перегрузки детей уроками в школе у них остается мало времени на уроки дома. Если к тому же добавить на-

чинающуюся в старших классах подготовку к поступлению в институт, то не покажется несправедливым удивление экспертов-учителей по поводу того, как подростки, здоровье которых подвергается большим нагрузкам, все это выдерживают. Неумеренные амбиции и стремление к быстрым успехам, особенно в классах и учреждениях повышенной сложности обучения, затмевают для отдельных педагогов и родителей заботу о здоровье детей и усугубляют и без того напряженную ситуацию со здоровьем. Создано огромное количество новых программ и учебников, более 40% которых сориентированы на продвинутый уровень образования, в то время как доля одаренных детей не превышает 6%, а имеющих высокие учебные возможности – 12–15%[26]. Даже обычные образовательные программы не под силу сегодня более чем трети школьников. Сочетание избыточной умственной и недостаточной физической нагрузки причиняет значительный ущерб здоровью школьников. Сегодня, по мнению специалистов, необходим переход к личностно-ориентированной модели обучения и развития школьника, которая способна обеспечить необходимое духовное, физическое и психическое развитие ребенка.

Попытки осуществить образование детей на иных педагогических принципах предпринимаются в учебных заведениях нового типа. Обучение детей в лицеях, гимназиях, колледжах, частных школах имеет ряд несомненных достоинств, но экспериментаторский характер обучения далеко не всегда учитывает его последствия для здоровья детей[27]. Исследования медиков Воронежа в лицее, колледже и двух общеобразовательных школах (всего опрошено 811 учащихся) показало, что состояние здоровья школьников в учреждениях нового типа к 11-у классу становится хуже, чем в обычных школах: I-ю группу здоровья (полностью здоров) имеют каждый четвертый лицеист и каждый третий ученик обычной школы. При этом иммунный статус школьников учебных заведений нового типа изначально выше, чем у их сверстников из общеобразовательных школ, что объясняется большей социальной защищенностью их семей. Тем не менее за годы обучения происходит большее ухудшение здоровья в школах нового типа из-за разницы в учебных нагрузках, что чаще всего приводит к возникновению невротических и вегетативных расстройств у учащихся[28]. Аналогичные данные получены и другими исследователями: например, установлено, что заболеваемость в гимназиях примерно в два раза выше, чем в обычных школах[29].

Питание в школе

О характере системы питания подростков можно судить по результатам 10-летнего (1985–1994 гг.) мониторинга, который проводился по государственной целевой программе для изучения региональных особенностей питания населения ряда краев и областей России по 24 возрастным группам. Полученные выводы свидетельствуют, что питание подростков 14–17 лет характеризуется разбалансированностью основных пищевых веществ. При удовлетворительной энергетической обеспеченности наблюдается дефицит белков (21%) и жиров (12%). Подростки получают недостаточно белков животного происхождения, витаминов, минеральных элементов. В питании наблюдается дефицит мяса, яиц, рыбы, свежих овощей и фруктов, но в избыточном количестве содержатся сахар, хлеб и кондитерские изделия. Что же касается школьного питания в изученных районах, то основным недостатком признано отсутствие дифференциации рационов питания по двум возрастным группам – 6–10 лет и 11–17 лет.

Основные рекомендации проведенного исследования по питанию подростков связаны: 1) с необходимостью обеспечения их биологически активными пищевыми веществами (комплексами витаминов, белковыми и жировыми композициями определенного состава), способствующими повышению устойчивости организма к действию неблагоприятных факторов окружающей среды и предотвращению развития хронических заболеваний; 2) с осуществлением гигиенического воспитания и обучения принципам сбалансированного питания[30].

На практике школьное питание подростков имеет неупорядоченный характер[31]. Субсидии на питание школы тратят по-разному: так, в некоторых школах детей 1 раз в неделю кормят бесплатным завтраком и обедом. В московских школах, например, завтракают и обедают от 2 до 14% учащихся[32]. Дети из многодетных и малообеспеченных семей питаются бесплатно. Домашнее питание школьников организовано так, что только 23% учащихся получают горячую пищу 2–3 раза в день, в 40% семей употребляют мясо и мясные изделия 1 раз в неделю[33]. Трудно при таком характере системы питания говорить что-либо о его разумных принципах.

Физическое воспитание

Важность физического воспитания для здоровья детей и недостаточность его в современной школе при общем низком уровне физического развития школьников общеизвестны. Физкуль-

тура в школе – предмет не главный. Как правило, школьники живут в условиях дефицита двигательной активности. Эта вечная школьная проблема усугубилась переходом на платную основу части внешкольного сектора, что еще больше ослабило мотивацию детей к занятиям физкультурой. Дома занимаются физкультурой 8–24%, в спортсекциях и кружках – 25–45% опрошенных. В результате, если в 11-летнем возрасте 73% детей имеют гармоничное физическое развитие, то к 15 годам их число снижается до 44–55%[34].

Показателем работы учителя физкультуры является выполнение школьниками всяческих нормативов (бег, прыжки), хотя более логичными были бы показатели количества пропущенных по болезни уроков, количество детей, занимающихся зарядкой и пр. Число уроков физкультуры в школе слишком мало (2 часа в неделю) для того, чтобы обеспечить физическое развитие ребенка. И хотя говорится и пишется об этом уже не одно десятилетие, ситуация не меняется.

Эксперты, участвовавшие в опросе "Проблемы здоровья подростков" (1998 г.), выделяют следующие основные проблемы физического воспитания в школе:

– слабая материальная база для развития физической культуры в школах: несоответствие спортзалов и спортплощадок существующим нормативам, отсутствие необходимого спортинвентаря, отсутствие душевых помещений и пр.;

– дефицит учителей физкультуры, который связан прежде всего с оплатой их труда. Низкая оплата труда производит естественный отбор: молодые учителя в школу идти не хотят, а если приходят, то не самые лучшие;

– организация уроков физкультуры и внеклассной работы по физвоспитанию. Отношение к этому предмету в каждой конкретной школе зависит прежде всего от директора, осознания им важности физкультуры для здоровья детей и практических усилий по обеспечению этой работы. За исключением отдельных примеров, у руководства школ нет ориентации на здоровье школьников, и, как следствие, – низкий уровень организации физической подготовки, нелюбовь детей к урокам физкультуры, где всех учат по единой методике, ко всем предъявляются одинаковые требования, независимо от физических возможностей каждого ребенка. Внеклассная физкультурная работа слаба из-за малочисленности или отсутствия спортсекций, школьных спортивных мероприятий, слабой вовлеченности в них детей;

– незаинтересованность государства в физическом воспитании школьников. Формально государство проявляет заботу о фи-

зическом воспитании населения. Подготовлен Закон "О физической культуре и спорте", дважды были его слушания в Думе, и дважды он был отклонен. Все упирается в средства, регулирование использования внебюджетных средств, лицензирование учреждений физической культуры и спорта и пр. Создана программа "Физическая культура школьников", но и на нее нет материальных средств. Слаба и пропаганда здорового образа жизни. На государственном уровне практическая ориентация на развитие физического воспитания как детей, так и взрослых очень незначительна.

Формирование отношения к здоровью

Формирование у детей и подростков отношения к здоровью происходит в школе по нескольким каналам. Разные школьные предметы и разные специалисты занимаются здоровьем детей, но ни для кого это не является главным показателем работы. В программе начальной школы этим вопросам уделяется определенное внимание, в 9-м классе изучается большой раздел биологии "Человек и его здоровье", уроки физкультуры практически вносят свою лепту в этот процесс; школьный врач в той или иной степени влияет на отношение школьника к своему здоровью; с 1994 г. в российских школах с 5 по 11 класс введен новый предмет "Основы безопасности жизнедеятельности" (ОБЖ). Он предназначался как раз для повышения санитарно-гигиенической культуры школьников и обучения их навыкам первой помощи в экстремальных ситуациях. Но появившийся учебник, по мнению экспертов-медиков, не имеет единой идеологии, очень неудачен с методической точки зрения. Не предусмотрено закрепление получаемых знаний с помощью практических навыков, нет наглядных пособий и учебно-методического обеспечения. Для большинства школ проблема в связи с новым предметом заключается в отсутствии педагогов. Оптимальным вариантом сегодня считается ситуация, когда предмет читают школьные психологи. В изложении хорошего учителя предмет "Основы безопасности жизнедеятельности" подросткам нравится и приносит пользу. Но в ряде школ этот предмет вообще по тем или иным причинам отсутствует.

По мнению всех опрошенных экспертов, необходимость в предмете, обучающем здоровью, очевидна, но преподавать его нужно в начальных (а не старших, как сейчас) классах. Мнение экспертов подтверждается данными исследования Российской ассоциации общественного здоровья (1997), в ходе которого

школьники, их родители и учителя высказали мнения о предпочтительном возрасте начала обучения основам здоровья и знакомства с факторами, угрожающими здоровью детей (курение, алкоголь, наркотики и болезни, передаваемые половым путем). Педагоги считают, что начинать говорить об этом следует в 9 лет, родители называют возраст 10 лет, учащиеся – 11–12 лет[35].

Формирование отношения к здоровью и тем самым к образу жизни вообще – процесс сложный и трудоемкий. Помимо суммы знаний школьнику необходим положительный пример учителя, который не курит, занимается спортом и реализует в собственной жизни хотя бы часть из того, чему учит. Нужны специальные формы обучения (ролевые игры, тесты, тренинги, дискуссии, специальные упражнения), которые позволили бы построить преподавание науки здоровья на совершенно иных принципах активного соучастия школьника в создании собственного здоровья, в формировании мотивации заботы о здоровье. Только тогда, когда ценность здоровья для успешности карьеры и жизни в целом станет очевидной, когда заниматься здоровьем, спортом станет престижно, модно, – тогда у нас будет здоровое поколение.

Борьба с девиантными формами поведения

К девиантным формам поведения подростков относятся курение, употребление алкоголя, наркотиков и ранний секс.

Детское и подростковое **курение**, к сожалению, характерно для всех стран мира в той или иной степени. Среди 16-летних курит примерно треть при четко выраженной тенденции к увеличению доли регулярно курящих. Отечественный опыт подтверждает мировые тенденции. Риск для здоровья, связанный с курением, представляет для подростков лишь потенциальную и весьма отдаленную опасность, которая не осознается сегодня и не сравнима с такими "положительными", с точки зрения подростков, моментами курения, как самоутверждение, снятие напряжения, одобрение сверстников, облегчение общения и т.п.

Школа, с одной стороны, вынуждена мириться с этим злом, с другой – ежедневно бороться путем разъяснения вреда табака и официального запрета на курение в школе. Данные международного исследования "Здоровье подростков и окружающая среда" (1995 г.) свидетельствуют, что разъяснительная работа менее эффективна, чем запрет, возможно, потому, что она ведется недостаточно убедительными методами. А запрет в российских школах весьма строг: 3/4 российских школьников (в сравнении с

1/3 финских) сообщили о нем, причем "очень строгим" назвали его 22% россиян (и 3% финнов)[36]. В результате, в российских школах доля курящих вдвое меньше, чем в финских. И тем не менее учителей беспокоит тенденция все большего вовлечения девочек в курение, увеличение доли регулярно курящих. Вклад школы в борьбу с курением оценивается не очень высоко по данным ряда исследований: среди источников информации о вреде курения учителя занимают одно из последних мест (10% ответов). Симптоматичен и еще один ответ: не желают знать о вреде и последствиях курения 76% школьников – это результат неудачной пропаганды и неумелого санитарного просвещения[37].

Хотя существуют отработанные методы успешной деятельности в этой области. Так, в 2001 г. был осуществлен проект по профилактике курения в школе № 160 Новосибирска. Элементы проблемы "табак и здоровье" по договоренности с преподавателями были включены в учебные планы всех предметов, где это было возможно: биологии, математики, химии, литературы и т.д. Специалисты читали лекции, показывали фильмы, проводили ролевые игры, тематические викторины, дискотеки, собрания с родителями, конкурсы антирекламы табака. Программа действий была рассчитана на целый год. Родители тоже активно участвовали в ней. Кроме работы в школе по принципу "подросток-подростку", чтения докладов, выпуска стенгазет, листовок, брошюр ребята выступали на радио и в телепередачах, принимали участие в Международной антитабачной кампании "Брось курить и победи", которая проводится раз в два года во всем мире под эгидой ВОЗ.

При проведении всех мероприятий организаторы руководствовались концепцией формирования у школьников установки на принятие решения не курить или бросить курить в результате осознания вреда курения. Давалась также информация о методах избавления от курения, о Центрах, где могут помочь специалисты. Сообщалось о ситуации с курением в мире, стране, городе, о законодательных актах в этой области, об общественном движении в мире против табака ("Европа без табака", "Молодежь против табака", "Международный день без табака – 31 мая"). Осознание того, что людей, которые хотят избавиться от этой вредной привычки, много, помогает школьнику противостоять негативному влиянию курящих сверстников. Усилия подростков подкреплялись отказом от курения учителей и родителей[38].

Данный пример свидетельствует о том, что существуют многократно апробированные методы борьбы с курением и другими

девиантными формами поведения. Широкое внедрение подобных методов требует государственного подхода и решения. Государственный подход начинается с принятия законов о запрещении рекламы табачных изделий по телевидению и в других средствах массовой информации, на улицах, в школах. Но подготовка этих законопроектов идет очень медленно, а средства массовой информации и наружная реклама ежедневно вносят свой вклад в усугубление девиантного поведения подростков. Другое направление деятельности государства в этой сфере – организация пропагандистских кампаний против курения ("День без курения" и "За здоровый образ жизни"). Мода на здоровье пока не дошла до нашей страны из США, где она сейчас получила большое развитие. Создание такой "моды" требует значительных идеологических, организационных и материальных усилий.

Эксперты-психологи оценивают ситуацию с курением в школе в целом как безнадежную. Они считают, что школа не в состоянии заниматься профилактикой курения, это должны делать психолого-медико-социальные центры в районах. Причем профилактическая работа должна строиться, исходя из концепции курения как процесса общения и адаптации подростков, учитывая, что категорический запрет бесполезен.

Алкоголизм и наркомания среди детей и подростков – это прежде всего социальные проблемы, обусловленные возросшей социальной напряженностью, потерей нравственных ориентиров, усилением в обществе чувства агрессии, конкуренции, зависти, страха. Возникающий психологический дискомфорт, желание уйти от проблем зачастую толкают подростка к девиантному поведению. По данным международного исследования (1995 г.), алкоголь употребляют около 2/3 московских подростков 15–17 лет обоего пола: пиво пьют 27%, вино – 24% и крепкие напитки – 14%[39]. Школа не занимается антиалкогольной работой, как, впрочем, и антинаркотической. Более того, сегодня школа является одним из каналов распространения наркотиков. Подростки не воспринимают угрозы, связанные с наркотиками. Для них гораздо важнее одобрение сверстников, которые говорят, что через "это нужно пройти". Опросы в нескольких школах Москвы показали, что до 35% старшеклассников уже пробовали те или иные психотропные вещества, а 50% знакомы с их постоянными потребителями[40].

Предотвратить дальнейшее развитие наркомании в среде детей и подростков возможно только через осознание причин этого явления. Появление наркотиков в жизни ребенка – это сигнал о неудавшейся адаптации к требованиям общества, к социально

одобряемым ожиданиям окружающих. Задача специалиста (врача, педагога, психолога) разобраться в конкретных причинах и ликвидировать проблемную ситуацию в жизни подростка. Осуществляется это с помощью специальных методик преодоления трудностей взросления, которые сегодня либо недоступны широкому кругу лиц, либо отвергаются по экономическим или психологическим причинам. Детально разработанные зарубежные методики рекомендуют в подобных ситуациях укрепление защитных факторов личности, т.е. развитие положительной самооценки у подростка, терпимости к взглядам других людей, тренировку умения воспротивиться насилию, попросить о помощи и т.д. Альтернативой употреблению наркотиков среди подростков является их занятость интересным делом или работой. Это связано с организацией досуговой сферы и служб занятости подростков.

Помимо рассмотренных выше, существует еще проблема **раннего секса**, которая непосредственно связана с половым воспитанием. Проводившийся недавно эксперимент по включению в школьную программу предмета "Планирование семьи" вызвал протест в ряде школ и был приостановлен. Эксперты-учителя и эксперты-психологи считают, что курс сексологии нужен, но он должен быть продуманным, дифференцированным по годам обучения детей. Подобный курс сейчас готовится. При его написании будет учтен российский менталитет, особенности национальной культуры, не допускающие обсуждения некоторых тем так, как это делается в аналогичных западных учебниках. Пока школы не занимаются половым просвещением, предоставив подросткам возможность удовлетворять их естественный повышенный интерес к сексуальным вопросам путем знакомства с сомнительной суррогатной литературой, эротическими передачами и фильмами, общения со сверстниками. Результаты этого процесса уже очевидны – ранняя половая жизнь, рост числа абортов, снижение возраста рожениц, венерические заболевания, не говоря уже о психических травмах.

Центральной фигурой в школе является учитель. В настоящее время его роль в формировании здоровья школьников невелика. По данным уже упоминавшегося исследования в 10 городах РФ (РАОЗ, 1997 г.), среди опрошенных педагогов 41% указали свою роль в оздоровлении детей по сравнению с 16,4% родителей, разделяющих подобное мнение, и всего 3,2% школьников. Учителя сами признают факт недостаточного внимания, уделяемого ими как здоровью подростков, так и собственному[41].

5.3. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ

Школьник взаимодействует с системой здравоохранения в трех ситуациях: в кабинете школьного врача, во время посещения поликлиники и в период оздоровительного отдыха.

Школьная медицина руководствуется в работе регламентирующими приказами, направленными в основном на диспансеризацию, профилактику и контроль существующих санитарно-гигиенических нормативов. Функция формирования мотивации к заботе о здоровье у школьной медицины практически отсутствует.

Наблюдение за здоровьем детей в поликлинике осуществляется в процессе диспансеризации, оценивается по ряду параметров, и ему присваивается та или иная группа. Сегодня к 1-й группе практически здоровых врачи относят только 10% подростков, до 50% имеют серьезные хронические заболевания[42]. Наиболее распространенные среди подростков заболевания (в порядке уменьшения): желудочно-кишечные, ортопедические, глазные, аллергические. Диспансеризация (в 1-м, 5-м, 7-м, 9-м классах) проходит, как правило, в сжатые сроки и достаточно формально. Школьника осматривают врачи шести основных специальностей.

Только в 25% случаев родители реагируют на заключение диспансеризации и идут с ребенком на прием к специалисту. В случае, если у школьника обнаружено хроническое заболевание, его ставят на диспансерный учет в поликлинике и ежегодно вызывают по телефону на прием к врачу. Заставить подростка прийти на прием к врачу – сложная задача, обусловленная низкой как гигиенической, так и общей культурой населения.

Согласно данным проведенного нами экспертного опроса, врачи, отмечая слабую информированность школьника в сфере здоровья, не считают, тем не менее, своей обязанностью вести санитарно-просветительскую работу среди школьников, полагая эти задачи прерогативой семьи и школы. Ни врачи, ни родители, ни учителя не занимаются систематической профилактикой курения, употребления алкоголя и наркотиков, раннего секса. В итоге подросток овладевает "грамотой" девиантного поведения самостоятельно, предоставляя взрослым возможность заниматься последствиями своих экспериментов. А последствия эти таковы, что, помимо резкого подъема заболевания сифилисом среди подростков (за 1990–2003 гг. у юношей – в 17 раз, у девушек – в 13,5 раз)[43], растет заболеваемость другими венерическими заболеваниями, названия которых подросток узнает только заболев. Информированность подростков в этой сфере довольно низка. Так, если гонорею считают венерическим заболеванием

50% опрошенных российских подростков, то о хламидиозе так думают только 11% (для сравнения – соответствующие доли ответов у финских подростков – 82 и 80%)[44].

Ошибкой было бы предъявлять претензии по этому поводу здравоохранению: его ответственность за здоровье оценена специалистами всего в 10–15%. Кроме того, фактическое соотношение затрат на лечение и профилактику составляет 10 : 1[45] в условиях постоянного дефицита финансирования здравоохранения.

Оздоровительная система отдыха детей и подростков в советское время работала достаточно четко. В пионерских и трудовых лагерях, санаторно-курортных учреждениях поправляли пошатнувшееся за учебный год здоровье дети и подростки. За период с 1990 по 2003 гг. число детских оздоровительных лагерей в России выросло на 5,6 тыс. (на 12%). Но этот рост произошел за счет увеличения числа оборонно-спортивных, профильных лагерей (в 2,1 раза) и лагерей с дневным пребыванием (в 1,5 раза). А число загородных и лагерей труда и отдыха уменьшилось в 1,6–2,0 раза. Общая численность детей, отдохнувших за лето в лагерях, сократилась в 1,2 раза[46].

С появлением подпрограммы "Здоровый ребенок" (2003–2006 гг.)[47] в рамках программы "Дети России" могло сложиться впечатление, что здравоохранение заинтересовалось здоровьем, а не болезнью детей. Анализ структуры этой подпрограммы свидетельствует об ином.

Только пять направлений деятельности (из 28) подпрограммы касаются в той или иной степени здоровья здоровых детей: изучение медико-биологической и социальной адаптации детей в современных условиях; изучение влияния психосоматического статуса родителей на формирование здоровья детей и т.п.

Ребенок, подросток рассматривается в них как объект изучения, воздействия, влияния, а не как субъект, формирующий собственное здоровье и отвечающий за его состояние. Единственное упоминание об образовательных программах касается только репродуктивного здоровья и только в учреждениях социального обслуживания, а не в общеобразовательных школах. Таким образом, Минздравсоцразвития России не изменяет своей промедицинской концепции в отношении здоровья детей и подростков.

Обобщая сказанное о системе здравоохранения и месте школьника в нем, нельзя не заметить, что речь идет только о выявлении заболеваний и их лечении. Профилактика в широком смысле слова, санитарно-просветительская деятельность, кон-

сультации как повседневный вид работы – отсутствуют. Здравоохранение не учит, не просвещает, оно только лечит, причем не всегда качественно.

В то же время объективные потребности общественного здоровья ставят проблему укрепления здоровья детей школьного возраста в разряд первоочередных. Ответом на этот вызов времени стало создание коллективом, объединившим представителей (девяти научных медицинских и одного – образовательного) учреждений и организаций различного уровня, Руководства для разработки региональных программ укрепления здоровья детей и подростков[48]. Публикация этого документа в трех номерах медицинского журнала выглядит отчаянной попыткой решить проблему вопреки официальной точке зрения на эту ситуацию.

Основываясь на подробном статистическом материале, авторы Руководства анализируют сложившееся положение со здоровьем детей и подростков, существующие программы в этой области и дают конкретные рекомендации о том, как добиться принципиальных изменений в этой сфере. Указывается, что подобная деятельность требует создания коалиции заинтересованных учреждений, ведомств, органов управления всех уровней, ревизии существующей законодательной базы, принятия новых постановлений.

Основным направлением в данной работе признано создание профилактических программ, способствующих формированию у школьников знаний, привычек и ценностей здорового образа жизни. Центральная роль в этом процессе отводится системе образования, которая является главным каналом воздействия на детский контингент, главным транслятором культурных норм и нравственных ценностей. Профилактические программы в образовании призваны выполнять важные социальные и воспитательные функции.

В настоящее время в России накоплен определенный опыт осуществления программ, направленных на укрепление здоровья детей. Некоторые из этих программ представляют собой адаптированные версии зарубежных проектов, в которые привнесен отечественный опыт и учтены региональные особенности. Программа ВОЗ *CINDI-Children-Россия* посвящена профилактике вредных привычек, здоровому питанию, физическому воспитанию, репродуктивному здоровью. В программе участвуют восемь российских городов.

Международный проект ВОЗ "*Школы укрепления здоровья*" направлен на обеспечение здорового образа жизни для всего

школьного коллектива путем создания окружающей среды, благоприятной для укрепления здоровья. За десять лет в проект включились 637 образовательных учреждений в 11 регионах России. Используя единую методологию, каждая школа разрабатывает и реализует собственную программу.

Проект "*Классы, свободные от курения*" реализуется с 1998 г. В нем принимают участие более десяти тысяч школ, что для масштабов России чрезвычайно мало. Цель проекта – предотвратить или отсрочить начало курения подростков; развить умение учащихся принимать собственные решения и сопротивляться социальному давлению. Соревнования между классами длятся шесть месяцев, еженедельно осуществляется контроль, в конце проводится лотерея с розыгрышем призов.

"*Региональная программа пропаганды здорового образа жизни*" была разработана Фондом Сороса "Культурная инициатива" по пяти направлениям: пропаганда здорового питания; профилактика курения; профилактика алкоголизма и наркомании; основы сексуальности человека и профилактика СПИДа. К недостаткам программы относится ее некачественный перевод на русский язык, недостаточная адаптированность к российским условиям. Программа внедряется в четырех регионах России.

Программа "*Обучение жизненным навыкам*" также является адаптированной версией зарубежной программы "Хоуп". Ее цель – помочь молодым людям лучше понимать себя, делать разумные выборы в жизни, принимать решения в соответствии с социальными и культурными требованиями. Приоритетные направления: профилактика ВИЧ/СПИДа и асоциальных видов поведения. Программа реализуется с 1997 г.

Проект "*Здоровая и дружественная школа*" – разработка Российской академии образования под эгидой ЮНИСЕФ – направлен на создание модели здоровой школы на основе соответствующей социальной инфраструктуры территориального (муниципального) типа и объединяющей образовательные, медицинские и административно-управленческие формы работы.

Программа "*Основы планирования семьи и здорового образа жизни*" создана коллективом авторов Российской ассоциации "Планирование семьи" (РАПС). Основная задача программы – "формирование у молодых людей ответственного отношения к своему здоровью, половой жизни, включая воздержание, к принятию осознанного решения, умению сказать "нет" в ситуациях, к которым подросток не готов". Хотя в 1998 г. государ-

ственное финансирование программы было приостановлено, созданные на 48 территориях в 160 городах центры планирования семьи продолжают делать то, что отказалось делать государство[49].

Один из последних проектов РАПС, осуществленный в сотрудничестве с Министерством образования РФ при финансовой поддержке зарубежной компании – образовательная программа "*О тебе*" для подростков 12–15 лет. Программа знакомит подростка с различными аспектами его взросления, дает представление о репродуктивном здоровье, основах здорового образа жизни, повышает гигиеническую культуру. Программа работает уже шесть лет в 165 городах России. Недостаток у программы только один – ее чрезмерная краткость: 1 час лекции в 7-м классе и 1 час – в 9-м классе. Специалисты называют программу "О тебе" "самой большой негосударственной программой по гигиеническому просвещению подростков". Эта оценка дает представление о масштабах работы по половому просвещению в стране[50] .

Программа для начальных классов "*Педагогика здоровья*" разработана в Московском комитете образования, а реализуется более чем в 250 школах России. Программа состоит из модулей "Поведение в экстремальных условиях", "Безопасность детей на дорогах", "Школа здорового питания", "Ослепительная улыбка на всю жизнь". Внедрение программы финансируется территориальными управлениями образования и родителями. Последнее обстоятельство ставит под сомнение возможность длительной работы программы.

Во всех перечисленных программах обязательно предусмотрена оценка эффективности по различным критериям, среди которых: изменения в политике учреждения, региона в отношении профилактики факторов риска среди подростков и молодежи, формирование социальных установок у детей и подростков на заботу о здоровье, динамика поведенческих факторов риска и т.п.

Реализация названных программ находится в зависимости от наличия финансирования, которое осуществляется преимущественно из зарубежных фондов, и личного предпочтения людей, ответственных за принятие решений в области укрепления здоровья детей и подростков. Отдавая должное усилиям энтузиастов в этой сфере, следует отметить, что только введение подобного образования в качестве обязательного в масштабах общеобразовательной школы способно кардинально изменить ситуацию со здоровьем школьников и отношением к нему.

5.4. СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Важной проблемой в сфере здоровья является отсутствие государственной идеологии здоровья. В формировании этой идеологии важная роль принадлежит средствам массовой информации (СМИ).

К сожалению, СМИ в настоящее время руководствуются в своей деятельности почти исключительно коммерческими интересами: любая реклама и информация о здоровье, даже если она наносит вред человеку, может появиться в СМИ. Чтобы ориентироваться в этой информации и сделать правильный выбор, люди должны иметь определенный образовательный уровень в вопросах здоровья. Реальный образовательный уровень населения в сфере здоровья в настоящее время крайне низок. И как следствие этого – невосприятие населением даже той немногочисленной позитивной информации о здоровье, которая появляется в СМИ. Кроме того, данный уровень является определенным индикатором способности населения эффективно воспринять профилактическое вмешательство или любое другое целенаправленное воздействие с целью изменения самосохранительного поведения.

Правда, профилактические акции оздоровительного характера в нашей стране большая редкость, но за рубежом они весьма распространены. При их проведении средствам массовой информации отводится центральная роль, степень их эффективности заранее просчитывается. В России подобная акция была осуществлена в рамках программы CINDI в четырех городах при проведении антитабачной кампании "Брось курить и победи".

Важным элементом СМИ в последние годы стала наружная реклама на уличных городских щитах. Анализ этой рекламы, размещенной на главных улицах Москвы в 2003–2004 гг., был проведен Московским городским Центром профилактики и лечения табакокурения. Он показал, что форма и содержание рекламы отвечают поставленной рекламодателями цели – принуждению к курению.

Воздействие рекламы на сознание базируется в данном случае на желании человека ощутить что-то необычное, расслабляющее, стимулирующее и в то же время социально престижное. Изображение коробок сигарет сопровождают надписи "Утонченная элегантность", "Истинное качество", "Все в твоей власти", "Только вперед", "Все продумано".

Семантика рекламных изображений основывается не только на базовых потребностях. Реклама табака претендует на заботу о

патриотических чувствах граждан. Например, надписи на сигаретной коробке "Петр Первый – всегда первый", "Время России" фактически используют исторический авторитет императора.

Реклама обещает легкое общение с собеседниками: "живи мобильно", "навстречу свободе", "легкий контакт"; провоцирует тягу к экстремальности: "Чистый адреналин", "Стоит попробовать"; обещает удовольствие: "Необычное удовольствие", "С удовольствием вместе", вплоть до перехода в транс и другие формы сознания: "Зависни в городе мега-удовольствий", "Другая реальность". Наибольший вред приносит подобная реклама, если текст на ней дополняется изображением известного лица, героя фильмов и т.п.[51]

Подобным образом реклама осуществляет типичную подмену понятий, призывая молодых людей самореализовываться посредством употребления сигарет. Рекламные щиты и реклама в целом в СМИ в большинстве своем представляют пропаганду антиздоровья. Если же рассматривать роль СМИ как канала формирования позитивного отношения к здоровью, то, как свидетельствуют данные исследования по программе CINDI, газеты и телевидение являются ведущими источниками информации о здоровье для 34–46% опрошенных различных возрастных групп[52].

Результаты исследования, проведенного Российской ассоциацией общественного здоровья (1997), подтверждают высокую значимость СМИ в сфере здоровья: две трети опрошенных подростков назвали телевизионные передачи главными источниками информации, связанной с девиантными видами поведения. Об опасности потребления психоактивных веществ, наркотиков подростки узнают преимущественно – каждый третий – из книг, журналов, газет. Каждый пятый опрошенный школьник выразил пожелания получать больше информации о здоровье из СМИ.

Таким образом, и объективная значимость СМИ как канала информации, и высокая субъективная оценка его респондентами различных социально-демографических групп обусловливают необходимость анализа того, как отражаются проблемы общественного здоровья в прессе. Исследований подобного рода очень мало. Одно из них осуществляется в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, где с 2001 г. ежемесячно отслеживаются и анализируются газетные публикации по вопросам здравоохранения в 54 федеральных и 200 региональных печатных изданиях. Анализ за 4-месячный период показал, что более половины публикаций имеют критическую и отрицательную направленность, треть – позитивную,

остальные содержат нейтральную информацию. Основная критика связана с дороговизной и низким качеством лекарств, нарушением прав пациентов и взиманием с них платы в государственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), с низкой финансовой обеспеченностью, низкой оплатой труда и низким социальным статусом врачей[53] и т.п. Как видно из этого перечня проблем, все они имеют отношение к системе здравоохранения, но не к здоровью.

Осуществленный нами анализ газетных публикаций был направлен на выяснение того, как освещаются современные представления о здоровье в восьми центральных газетах. Для анализа мы взяли публикации за период с 1 января по 31 июня 1999 г. в восьми центральных газетах: "Российская газета", "Известия", "Московская правда", "Советская Россия", "Правда", "Московский комсомолец", "Труд" и "Комсомольская правда".

При подборе публикаций для анализа акцент делался на социальные проблемы здоровья всего населения с преимущественным вниманием к детям, подросткам и молодежи, при этом из анализа исключалась вся информация, связанная с рекламой лекарств и работой учреждений здравоохранения. Анализ каждой публикации и впоследствии обобщенный анализ по газете в целом велся в соответствии с Карточкой анализа статьи[54].

Содержательному анализу подверглись 114 публикаций. Наибольшее количество публикаций было в "Московском комсомольце" (31), "Российской газете" (30), "Труде" (17). Авторами всех статей (кроме 4) были журналисты, а специалисты в области общественного здоровья привлекались для выступления в газете редко. Что касается адресности публикаций, то в половине статей речь идет обо всем населении, в половине – о детях, подростках и молодежи.

В результате содержательного анализа статей была выделена 21 тема. В порядке уменьшения числа статей и упоминаний темы распределились следующим образом: наркомания (36 статей), социальная политика (14), состояние здоровья школьников (10), правовые вопросы здоровья (9), СПИД (ВИЧ) (9), статистика заболеваемости (7), половое воспитание (6) и т.д.

Наибольшее количество публикаций посвящено **наркомании.** "Российская газета" планомерно и всесторонне освещает эту проблему с точки зрения права, организации борьбы с наркоторговцами, создания соответствующих медицинских учреждений для детей и подростков, реабилитационных центров. Критикуется плохая реализация из-за отсутствия финансирования двух принятых антинаркотических программ и несовершенные

законы о борьбе с наркотиками. Приводятся конкретные факты успешной борьбы с наркоманией в Воронеже, Курске. Публикации имеют конструктивный, а не только информационный характер.

Социальная политика государства в области общественного здоровья – вторая по значимости тема. В "Правде" отмечалось отсутствие четко сформулированной государственной политики в отношении общественного здоровья и приводились многочисленные факты, подтверждающие это. В "Труде" аргументированно доказывалось, что государственная политика в области здоровья имеет декларативный характер: принятые за последние годы более 100 законодательных актов в области материнства, детства и здоровья не работают, и за это никто не отвечает.

Третья по популярности тема – **состояние здоровья школьников**. На страницах "Труда" отмечалось, что около 50% школьников страдают хроническими заболеваниями различной этиологии. Школа разрушает здоровье детей, прежде всего психическое, чрезмерными учебными нагрузками и порочной системой оценки успехов ученика. Негативная информация с телеэкрана, отсутствие мудрых воспитателей дома и в школе способствуют утрате молодежью нравственных ориентиров и ухудшению психического здоровья молодежи. Рост детской и подростковой заболеваемости связан с рядом причин, главная из которых – фактическое отсутствие в России программ по профилактике детской заболеваемости.

Отражение факторов формирования здоровья в публикациях газет

Исходя из принятой нами институциональной концепции факторов формирования здоровья, мы проанализировали статьи с точки зрения отражения роли самого человека, семьи, школы, здравоохранения и государства в данном процесс. Оказалось, что роль индивида отражена в 40 статьях, семьи – в 25, школы – в 15, здравоохранения – в 60, государства – в 71 статье, т.е. очевидно преобладание публикаций, связанных со здравоохранением и социальной политикой государства.

В публикациях преимущественно представлена отрицательная **роль семьи**, в которой родители употребляют наркотики и приучают к ним детей. Отсутствие духовного контакта с родителями приводит детей к раннему сексу, наркотикам, побегам из дома. В связи с семьей остро стоят проблемы нищеты, падения

нравственности, насилия. О нормальной семье с позитивным опытом воспитания здоровых детей речь не идет ни в одной публикации.

Роль школы в формировании здоровья видится также преимущественно отрицательной. Школа разрушает здоровье огромными учебными нагрузками. Особенно негативное влияние на здоровье школьников оказывают школы нового типа (лицеи, гимназии). Из-за повышенной учебной нагрузки заниматься в школе воспитанием некогда.

Досуг школьников организован слабо, что создает условия для употребления наркотиков и их распространения в школе. Школа не имеет возможности вести сегодня половое воспитание из-за отсутствия педагогов необходимого профиля, учебников и методической литературы. Ни в одной из 114 публикаций не шла речь о необходимости обучения в школе здоровому образу жизни.

Роль здравоохранения в его профилактическом аспекте оценивается негативно. В России не работают программы по профилактике детской заболеваемости, детей только лечат. Нехватка средств на медицину вместе со снижением уровня жизни привели к росту в большинстве групп заболеваний. К числу наиболее серьезных следует отнести возникшую эпидемию туберкулеза, рост СПИДа, гепатита. Негативная роль здравоохранения проявляется также в слабой антинаркотической работе, в случаях заражения СПИДом через донорскую кровь, в наличии врачей-шарлатанов, готовых лечить нетрадиционными методами от любых заболеваний.

Положительная роль здравоохранения проявляется в создании многочисленных наркологических кабинетов, центров, антинаркотических программ.

Деятельность системы здравоохранения направлена преимущественно на больных людей. Здоровый человек здравоохранению не нужен и не интересен, так как на него не выделяют финансовые средства.

Роль государства в сфере здоровья проявляется трояко: а) подготовкой и изданием различных правовых документов – законов, постановлений и пр.; б) финансированием той или иной отрасли, программы, проекта; в) осуществлением (или неосуществлением) практических мероприятий.

В сфере законодательства рассматривается принятие ряда законов и постановлений: российские законы "О здравоохранении в РФ", "О наркотических средствах и психотропных веществах", местные законы: в Свердловской области принят областной за-

кон "О защите прав ребенка" и разработан проект закона "О защите подрастающего поколения от аудио- и видеоинформации, наносящей вред нравственному развитию" и пр.

Процесс финансирования здравоохранения в целом, и отдельных программ в частности, нестабильный. Наиболее яркий пример – президентская программа "Дети России", принятая в 1994 г., была профинансирована всего на 30%.

Мероприятия, осуществляемые органами власти различных уровней, обычно имеют позитивную направленность. Это: утверждение различных международных соглашений по борьбе с наркотиками; проверка Генеральной прокуратурой РФ исполнения органами социальной защиты закона в отношении прав детей-сирот в Амурской, Тамбовской и Новосибирской областях; создание общероссийского движения "За здоровую Россию"; принятие решения по йодированию соли и снабжению этим продуктом всех детских учреждений.

Представленный перечень мероприятий различных органов власти свидетельствует о большой работе, ведущейся в сфере здоровья. Но нет в этом перечне действий, направленных на коренное изменение отношения человека к своему здоровью, что необходимо в новых социально-экономических условиях, когда даже без помощи средств массовой информации и школьного образования для индивида все очевиднее становится необходимость самому заботиться о собственном здоровье, но как это сделать – он пока не знает.

В рассмотренных статьях отмечается, что **роль индивида**, в данном случае подростка, формируется в соответствии с системой ценностей его референтной группы, которая декларирует: «Наркотики – это "круто", а здоровый образ жизни – несовременно и скучно». Ни школа, ни родители, ни врачи, ни СМИ всерьез не работают над изменением данной установки у подростка. Делается вывод о необходимости срочных профилактических мер в среде подростков по предупреждению наркотической зависимости.

Сексуальное поведение подростков в отсутствие продуманной системы воспитания в семье и школе формируется в определенной степени под воздействием телевизионного призыва к безопасному сексу. Отмечается, что беспорядочная половая жизнь и употребление наркотиков чаще всего являются причиной гепатита В и С. Индивидуальное негативное поведение в связи со СПИДом выражается в пользовании одним шприцем у наркоманов; обращении ВИЧ-инфицированных к нетрадиционным методам лечения у врачей-шарлатанов и т.п.

Во всех публикациях индивид не рассматривается как субъект, создающий свое здоровье. Он лишь объект воздействия.

Содержательный анализ газетных публикаций позволяет сделать вывод, что проблемы общественного здоровья не являются приоритетными для всех рассмотренных нами газет. Обращение к теме общественного здоровья имеет чаще деструктивный характер и связано с обилием негативной информации о здоровье населения. Говорить о политике той или иной газеты по освещению проблем общественного здоровья не приходится. Все выступления (кроме наркомании) имеют случайный, на злобу дня, характер.

Пресса как отражение реальности достаточно достоверна и еще раз подтвердила концепцию ненужности здорового человека нашему больному обществу. Отсутствует идеология формирования здоровья, не учат его сохранять, не подсчитывают его экономическую стоимость, не видят в нем самого важного ресурса нации. Факторы, формирующие здоровье, в виде институтов семьи, школы, здравоохранения и прессы не реализуют свое предназначение, и мы имеем то здоровье (особенно у детей и подростков), которое сами себе "обеспечили" государственной политикой и образом жизни.

5.5. ГОСУДАРСТВО КАК ИНСТИТУТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Государственная политика в отношении детей и подростков базируется на международной "*Конвенции ООН о правах ребенка*", которая обязывает государства-участники обеспечивать детям защиту, заботу, включая охрану здоровья, и регулярно отчитываться о выполнении положений Конвенции.

Кроме того, правовой основой обеспечения охраны и укрепления здоровья детей и подростков помимо *Конституции РФ* 1993 г., ст. 41, является Федеральный закон "*Об основных гарантиях прав ребенка в РФ*" в редакциях 1998 и 2000 гг., статья 10 которого регламентирует обеспечение прав детей на охрану здоровья, статья 14 определяет меры по защите ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию. Согласно этому Закону, ежегодно Правительство РФ готовит доклад о положении детей в стране, а также разрабатывает Национальный план действий по улучшению положения детей. С 1994 г. в России осуществляется Президентская программа "Дети России". На протяжении десяти-

летия она включала различные подпрограммы. Вначале их было десять, в настоящее время – пять: "Здоровый ребенок", "Одаренные дети", "Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних", "Дети – сироты" и "Дети – инвалиды".

В более раннем по времени создания Федеральном законе "*Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан*" (в редакциях 1993 и 1998 гг.) статья 24 говорит о правах несовершеннолетних в области охраны здоровья на диспансерное наблюдение и лечение; медико-социальную помощь и питание на льготных условиях; на санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья; на получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме и т.д.

Федеральный закон "*О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения*" (1999 г.) в ст. 26 отдает приоритет профилактическим мерам в обеспечении здоровья, гигиенического обучения и воспитания в образовательных учреждениях, а также гигиенической подготовке и аттестации специалистов, работающих в школе.

Закон "*О физической культуре и спорте в РФ*" (1999 г.) направлен на создание условий для развития индивидуальных форм физкультурно-оздоровительной работы детям дошкольного возраста и обучающимся в образовательных учреждениях. Физическая культура и спорт рассматриваются как одно из средств профилактики заболеваний, укрепления здоровья.

Важное место в законодательстве, связанном с защитой прав детей и подростков, в том числе в сфере здоровья, отводится Федеральному закону "Об образовании" (в редакциях 1996, 1997, 2000 гг.). Статья 2 устанавливает приоритет жизни и здоровья человека в качестве основы политики в области образования. Статья 32 предписывает заботу о питании и медицинском обслуживании в целях охраны и укрепления здоровья обучающихся детей.

Созданная в 2001 г. "Концепция модернизации российского образования на период до 2010 г." в качестве одной из задач называет создание в образовательных учреждениях условий для сохранения и укрепления здоровья обучающихся за счет оптимизации учебной, психологической и физической нагрузок учащихся, повышения удельного веса и качества занятий физической культурой, организации мониторинга состояния здоровья детей, подростков и молодежи и т.п.

В этом традиционном перечне действий по укреплению здоровья отсутствует главный, на наш взгляд, компонент – обучение школьников заботе о здоровье, формирование у них соответству-

ющих установок и навыков, что требует введения образовательного стандарта на новый школьный предмет, подготовки педагогических кадров, написания учебников, разработки методических рекомендаций по овладению практическими навыками. Отсутствие этого компонента в Концепции, рассчитанной до 2010 г., свидетельствует о том, что в ближайшие годы негативные тенденции здоровья школьников будут продолжать расти.

Таким образом, краткий обзор современного законодательства Российской Федерации, связанного со здоровьем детей и подростков, позволяет сделать вывод о том, что, с одной стороны, в стране с 90-х годов начинает создаваться система правовой защиты интересов детей в сфере здоровья и жизни в целом; с другой стороны, в представленных законодательных документах продолжает доминировать взгляд на детей и подростков без учета новых экономических и социальных условий, требующих улучшения образованности, информированности детей в вопросах здоровья и формирования у них ответственности за свое здоровье.

Но законотворческая деятельность в нашей стране – лишь одно из направлений деятельности государства, которое далеко не всегда имеет продолжение в виде осуществления заявленных позиций и мероприятий. Поэтому фактическая ситуация с охраной здоровья школьников далека от программных документов.

Важным критерием отношения государства к здоровью населения являются финансовые затраты на здравоохранение. Характерной тенденцией изменения этих показателей является то, что в последние годы государство все в большей степени перекладывает расходы по данной статье бюджета на плечи населения. При этом расходы населения на здравоохранение растут значительно быстрее, чем реальные доходы. Измеренные с помощью индекса расходов на здравоохранение затраты увеличились в 2001 г. по сравнению с 1995 г. в 6,84 раза. Причем расчеты свидетельствуют о неблагоприятной и несправедливой ситуации, когда в худшем положении оказываются менее обеспеченные слои населения и семьи из низкодоходных групп[55].

Другим показателем финансовой обеспеченности сферы здоровья является степень развития материальной базы учреждений спорта, отдыха, досуга. О сокращении числа этих учреждений говорилось выше (см. 3.3, 5.3), что же касается общеобразовательных школ, то, по данным государственной статистики, 43% школ России располагаются в приспособленных зданиях, в 35% школ нет водоснабжения, в 43% – канализации, в 34% – центрального отопления, в 39% – спортивных залов. Даже в Санкт-Петербурге в трети всех школ уроки физкультуры проходят в одном помеще-

нии одновременно у 2–3 классов[56]. Неудовлетворительная материальная база обусловливает формирование воздушной среды в школе, качество которой многократно не соответствует гигиеническим требованиям; использование нетиповой мебели или типовой, но не соответствующей росту школьников и т.п.

Приведенные сведения из "Государственного доклада о состоянии здоровья населения РФ" свидетельствуют о том, что Правительство РФ знает ситуацию, но не реагирует на нее адекватно.

Несмотря на существование негативных тенденций в состоянии здоровья детей и подростков, надежда на изменение ситуации в данной сфере здоровья есть. Рядом с официальной педагогикой и здравоохранением вот уже более 10 лет стихийно развивается валеология – наука о здоровье здорового человека. Сам термин появился в 1980 г. в работе И.И. Брехмана, но постановкой проблемы об активном и целенаправленном воздействии государства, общества и науки на формирование здорового образа жизни мы, скорее всего, обязаны М.В. Ломоносову, который еще в 1761 г. в трактате "О сохранении и размножении российского народа" сформулировал программу улучшения здоровья населения путем распространения культуры, научных и медицинских знаний, подкрепленных законодательными мерами, борьбы с вредными обычаями и привычками. За прошедшие столетия у М.В. Ломоносова было много последователей.

Современные разработчики валеологии считают, что, в соответствии с существующими в науковедении критериями, валеологию, в строгом смысле, еще нельзя назвать наукой. Это, скорее, "область знаний об индивидуальном здоровье человека, это культура сохранения и укрепления здоровья"[57]. Как междисциплинарная система взглядов она сможет продуктивно развиваться только в тесном взаимодействии с педагогическими, психологическими, медицинскими, биологическими, социально-экономическими, правовыми и другими сферами общественной жизни.

Сегодня преподавание валеологии ведется более чем в 60 регионах России, существуют самостоятельные школы валеологии, такие как Петербургская школа, Ярославская медико-педагогическая школа, "Народная школа" в Жуковском Московской области, "Школа интеллекта и здоровья" в Ростове-на-Дону и многие другие[58]. За последние годы на основе новых образовательных и оздоровительных программ и методических рекомендаций создана сеть образовательных учреждений нового типа: центры диагностические, оздоровительные, психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям и подросткам (их больше 400); более 150 школ работают в режиме "школ здоровья".

Сегодняшний этап развития валеологии тормозится из-за отсутствия профессионально подготовленных валеологов. Переподготовка преподавателей других предметов не может решить проблемы, поскольку профессия валеолога предполагает не просто получение суммы знаний по предмету, а изменение образа жизни, что сложившемуся педагогу бывает недоступно. Валеолог должен быть широко эрудированным, осознавать место и роль человека в природе, обществе, иметь представление о системе духовных ценностей. Он должен сформировать у себя комплекс мотиваций к здоровью, чтобы затем проделать ту же самую работу со своими учениками.

Причем валеологу предстоит формировать валеологическое сознание не только у школьников, но и у их родителей.

Но первостепенная задача валеолога сегодня – это оздоровление пространства школы. В функции валеолога, согласно методическим рекомендациям[59], входят: контроль за питанием школьников; организация их двигательной активности в соответствии с гигиеническими нормами; акцентирование внимания учеников и их родителей на значении рационального режима дня; проведение профилактики с целью отказа школьников от вредных привычек; профилактика "школьных болезней" (нарушений осанки, близорукости, повышенной утомляемости), болезней репродуктивной сферы и т.п. Этот значительный перечень функций валеолога должен осуществляться во взаимодействии со школьным психологом, врачом, всем педагогическим коллективом, родителями посредством использования здоровьесберегающих технологий, к которым относятся: модель структуры урока, модульное обучение, развивающее обучение. Все эти технологии построены на индивидуализации обучения с учетом образовательных потребностей каждого школьника, его интересов и возможностей и находятся в полном соответствии с современной концепцией образования.

Итак, анализ института семьи в качестве субъекта формирования отношения к здоровью свидетельствует о том, что современная семья слабо выполняет свои функции по обеспечению необходимого уровня здоровья из-за собственной неподготовленности в данной сфере. Низка значимость семьи в формировании позитивных типов ССП. Школа и система образования в целом не имеют сегодня концепции сохранения и развития здоровья школьников. Факторы школьного обучения способствуют развитию специфических "школьных болезней". Разные специалисты и учителя занимаются здоровьем детей, но ни для кого это не является главным отчетным показателем работы. Очевидна необходимость

иметь в школьной программе предмет, направленный на укрепление здоровья и формирование разумного отношения к нему.

Общая направленность деятельности института здравоохранения связана, главным образом, с выявлением заболеваний и их лечением. Профилактика как повседневный вид работы с детьми практически отсутствует.

Важной проблемой в сфере здоровья является отсутствие государственной идеологии здоровья. Анализ средств массовой информации как основного канала формирования отношения к здоровью населения подтвердил концепцию ненужности здорового человека в современном обществе. Государство ограничивает свое участие в сфере здоровья созданием законодательной базы, в которой, вопреки новым экономическим и социальным условиям, продолжает доминировать взгляд на детей и подростков как на объект приложения лечебных технологий, а не субъект, отвечающий за свое здоровье. Надежда на изменение ситуации связана с введением в школе нового предмета "валеология".

Примечания

[1] См. Приложение 1. Табл. 1, 2.

[2] Заболеваемость населения России в 2002 году. Статистические материалы. Ч. 1. М.: Минздрав РФ, 2003. С. 67–68, 151–152.

[3] *Антонов А.* Микросоциология семьи. М.: Издат. дом "NOTA BENE", 1998. С. 8.

[4] *Степанова С.М., Ермохина Т.Л.* и др. Семья – основа здоровья детей // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1994. № 3. С. 17–19; *Ананьин С.А.* Состояние здоровья детей из семей социального неблагополучия и принципы организации медико-социальной помощи. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1995; *Кича Д.И., Важнова Т.В., Степанова С.М.* Здоровье и медико-социальные потребности молодой семьи // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1994. № 5. С. 12–16; *Ашанина Н.М.* Социально-гигиенические аспекты разводов и их влияние на состояние здоровья матери и ребенка. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997.

[5] *Нилов В.М.* Социология здоровья. Петрозаводск, 2002. С. 80–81.

[6] *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002. С. 71.

[7] *Гришина О.В., Кича Д.И., Важнова Т.В., Хило Е.В.* Здоровье – основной раздел программы медико-социальной характеристики семьи // Здравоохр. РФ. 1997. № 1. С. 27–28.

[8] *Максимова Т.М.* Указ. соч. С. 91–92.

[9] *Гавалов С.М., Демченко А.Е., Казначеева Л.Ф.* и др. О пассивном курении и частоте бронхолегочной патологии у детей // Педиатрия. 1994. № 1. С. 32–34.

[10] Отношение населения к здоровью. М.: ИС РАН, 1993. С. 128–129; 154–155.

[11] *Демин А.К., Кошкина Е.А., Паронян И.Д.* и др. Социальное маркетинговое исследование по вопросам образования в области здоровья и укрепления здоровья среди подростков в 10 городах России // Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. М.: РАОЗ, 1999.

[12] *Бреева Е.Б.* Дети в современном обществе. М., 1999. С. 63–64.

[13] *Демин А.К., Кошкина Е.А.* и др. Указ. соч. С. 185.

[14] Российский статистический ежегодник 2004. М.: Росстат, 2004. С. 123.

[15] *Ашанина Н.М.* Социально-гигиенические аспекты разводов и их влияние на состояние здоровья матери и ребенка. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997.

[16] Health and Health Behavior among Young People. WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents Issue I. International Report. 2000.

[17] *Winett R.* Ecobehavioral Assessment in Health Life-Styles: Concepts and Methods // Measurement Strategies in Health Psychology. N.Y., 1985. P. 147–181.

[18] *Pratt L.* Family Structure and Health Work: Coping in the Context of Social Change // Family Stress, Coping and Social Support. 1982. P. 73–89.

[19] *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. СПб.: ИС РАН, 1999. С. 432.

[20] *Журавлева И.В.* Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социологические исследования. 2004. № 7. С. 135–136.

[21] *Лузан Н.В.* и др. Медико-социальные исследования полового поведения подростков Новосибирской области за 5 лет (1994–1998) // ИППП. 1999. № 3. С. 43–46.

[22] *Гришина О.В., Кича Д.Н.* и др. Указ. соч. С. 30.

[23] *Кучма В.Р.* Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий. М.: НЦЗД РАМН, 2001.

[24] *Таран А.П.* Инновации в образовании и здоровье детей // Дети Севера. Образование и здоровье. Материалы межд. конфер. Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. С. 5–7.

[25] Подробнее об экспертном опросе см. Введение и Приложение 2.

[26] *Шилов Д.С.* Школа и здоровье: проблемы, пути решения // Актуальные проблемы валеологии в образовании. М., 1997. С. 13.

[27] *Ильин А., Рапопорт Н.* и др. Состояние здоровья подростков: тенденции и проблемы // Врач. 1999. № 9. С. 4–6.

[28] *Чубирко М.И., Пичужкина Н.М., Фуфаева О.А.* Состояние здоровья детей в учебных заведениях нового типа // Гигиена и санитария. 1997. № 2. С. 21–23.

[29] *Шилов Д.С.* Указ. соч. С. 13.

[30] *Истомин А.В., Юдина Т.В.* Гигиеническая оценка и прогноз состояния фактического питания отдельных групп населения России // Гигиена и санитария. 1996. № 4. С. 17–19.

[31] *Ладодо К.С.* Питание детей: современные аспекты // Российский педиатрический журнал. 1998. № 2. С. 52–55.
[32] 3-й Конгресс педиатров России. Материалы. М., 1998. С. 150.
[33] *Баранов А.А.* Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Российский педиатрический журнал. 1998. № 1. С. 5–8.
[34] *Кучма В.Р., Суханова Н.Н., Катечкина Н.А., Каретина С.А.* Изучение влияния образа жизни на физическое развитие и состояние здоровья школьников // Гигиена и санитария. 1992. № 1. С. 17.
[35] *Кучма В.Р., Демина И.А., Демин А.К.* //Информированность о здоровье – основа здорового образа жизни. – М.: РАОЗ, С. 149.
[36] *Журавлева И.В.* Девиантное поведение подростков и здоровье // Наркомания: ситуация, тенденции и проблемы. М.: ИС РАН, 1999. С. 40.
[37] *Кузнецов И.В.* Проблемы борьбы с курением школьников // Гигиена и санитария. 1992. № 1. С. 47–48.
[38] *Алексеева Н.В., Алексеев О.Л., Чепчугова Е.В.* Принципы профилактики курения в школе // Профилактика и лечение табачной зависимости. Материалы IV Московской научно-практической конференции. М., 2004.
[39] *Журавлева И.В.* Здоровье подростков и окружающий мир. М.: ИС РАН, 1997. С. 21.
[40] *Рыбакова Л.Н., Панова Е.И.* Подросток и наркотики // Педагогика. 1998. № 2. С. 45–48.
[41] *Кучма В.Р., Демина И.А., Демин А.К.* Указ. соч. С. 152.
[42] *Ананьева Н.А., Ямпольская Г.А.* О необходимости особого контроля за здоровьем и физическим развитием девочек-школьниц // Школа здоровья. 1995. № 4. С. 47–48.
[43] Российский статистический ежегодник 2004. М.: Росстат, 2004. С. 274.
[44] *Журавлева И.В.* Здоровье подростков и окружающий мир. М. ИС РАН, 1997. С. 15.
[45] *Разумов А.Н.* Здоровье нации – залог социального благополучия общества // Здоровье общества и будущее России // Клуб "Реалисты". Информ.-аналит. бюллетень. М., 1997. № 33. С. 19.
[46] Российский статистический ежегодник 2004. М.: Росстат, 2004. С. 274.
[47] http://www.programs-gov.ru/ext/157/1.htm.
[48] Укрепление здоровья детей школьного возраста: план действий по разработке региональных программ в России. Ч. I. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2004. № 1; План действий по разработке региональных программ по укреплению здоровья детей. Ч. II, III // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2004. № 2, 3.
[49] *Журавлева И.В.* Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социологические исследования. 2004. № 7.
[50] *Алексина И.Л.* Программа гигиенического просвещения подростков "О тебе" // Планирование семьи. 2001. № 4.
[51] *Вишневский А.А.* Реклама курения в средствах массовой информации // Профилактика и лечение табачной зависимости – состояние и

перспективы развития. Материалы докладов IV Московской научно-практической конференции. М., 2004. С. 50–53.

[52] К здоровой России. Указ. соч. С. 45.

[53] *Филатов В.Б.* Роль политических факторов в развитии системы здравоохранения в России // Общественное здоровье: стратегия развития в регионах Сибири. Новосибирск, 2002. С. 62.

[54] См. Приложение 3.

[55] *Сидорина Т.Ю., Сергеев Н.В.* Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России. 2001. № 2. С. 89–91.

[56] Государственный доклад о состоянии здоровья населения в 1994 г. // Здравоохранение РФ. 1996. № 3.

[57] *Смирнов Н.К.* Задачи валеологии в контексте проблем общества и системы образования // Актуальные проблемы валеологии в образовании. М., 1997. С. 16.

[58] Валеологические и культурологические основы петербургской школы. СПб.: PETROC, 1995.

[59] *Куинджи Н.Н.* Валеология. Пути формирования здоровья школьников. М.: Аспект-Пресс, 2000.

Глава VI

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОТНОШЕНИИ К ЗДОРОВЬЮ

6.1. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОТНОШЕНИЯ К НЕМУ

Выше была рассмотрена ситуация фактического состояния индивидуального и общественного здоровья и факторы, влияющие на него. Что же касается перспектив дальнейшего развития сферы здоровья, то специалисты выделяют несколько направлений, которые предположительно повлияют на качественные изменения состояния здоровья населения:

1) совершенствование образа жизни, системы образования и воспитания, формирование потребности в здоровье, физической активности, культуре питания;

2) улучшение биологических свойств человека, управление иммунными процессами, увеличение продолжительности жизни;

3) управление психологическими процессами памяти, эмоциями, интеллектуальными способностями;

4) развитие технических средств и устройств для совершенствования органов зрения, слуха, памяти, биологических ритмов, создание искусственных органов[1].

Предполагается, что перечисленные действия, осуществляемые параллельно, будут объединены единой гуманистической концепцией с четко сформулированными целями и методологическими основаниями. В противном случае некоторые действия могут привести к непредсказуемым последствиям.

Но основные особенности этого перечня направлений совершенствования сферы здоровья заключаются в множественной обусловленности здоровья воздействием ряда наук и областей жизнедеятельности, среди которых здравоохранение – одно из многих, а не центральное, как раньше. Это свидетельствует об изменениях, происходящих на концептуальном уровне уже сегодня, и дает надежду на завтрашние позитивные перемены.

Из представленного перечня направлений к теме нашего исследования имеет отношение первое, детальная разработка которого позволяет наметить основные задачи по повышению уровня индивидуального и общественного здоровья:

• формирование потребности в здоровье у различных социально-демографических групп населения, прежде всего, у детей и подростков;

• повышение ценности здоровья для каждого человека и общества в целом; превращение болезни в непрестижное и невыгодное состояние с точки зрения карьеры, доходов, положения в социуме;

• обеспечение государством достойного уровня и качества жизни всем слоям российского населения;

• внедрение различных форм и методов обучения заботе о здоровье, особенно среди детей и подростков;

• противодействие всеми средствами, и прежде всего СМИ, употреблению табака, алкоголя, наркотиков;

• повышение информированности населения с целью профилактики инфекционных заболеваний, особенно таких, как венерические, туберкулез, СПИД;

• усиление контроля над состоянием окружающей среды, условиями труда и профилактикой дорожно-транспортного травматизма;

• ускорение разработки и принятия законов РФ, имеющих влияние на здоровье населения.

Поскольку любая деятельность предполагает опору на законодательство, то представляется весьма актуальным введение *юридических гарантий* во всех сферах жизнедеятельности *по критерию здоровья*. К числу таких сфер относятся[2]: а) международное решение глобальных проблем: окружающей среды, энергетической, продовольственной, развития народонаселения; б) деятельность медицинских учреждений по повышению ответственности за последствия врачебных ошибок в диагностике и лечении, за охрану врачебной тайны, за построение взаимоотношений "врач–больной" и т.п.; в) охрана окружающей среды с учетом правовой оценки новых технологий и производств с точки зрения их безопасности для здоровья; г) градостроительство, создание и развитие социальной инфраструктуры; д) соблюдение системы охраны труда, режима труда и отдыха на производстве; е) организация свободного времени различных групп населения с учетом эффективности рекреации и развития здоровья.

Правовое регулирование представленных сфер жизнедеятельности обеспечит реальные права гражданства феномену "об-

щественное здоровье", который до сих пор обладает только виртуальными правами.

Сохранение, развитие и совершенствование здоровья предполагает наличие *единой управленческой структуры*, призванной преодолеть ведомственную разобщенность. На основе комбинации государственного и частного финансирования возможно обеспечение координации и взаимодействия различных организаций, связанных со здоровьем населения. В ряде стран имеется опыт создания таких управленческих структур. Отечественные специалисты, работающие в области охраны здоровья населения, периодически выступают с предложениями создания координирующего органа в этой области[3].

В 1991 г. участники Первой Российской Ассамблеи "Здоровье человека", признавая низкий уровень состояния здоровья населения, выступили с рядом конструктивных предложений, главным из которых было создание Национального института здоровья как инструмента реализации государственной программы "Здоровье населения". Была разработана Концепция программы, суть которой – в осуществлении "права человека на полное физическое и социальное благополучие, психическое здоровье и духовное развитие при максимальной продолжительности активной жизни". Основополагающим принципом данной Концепции была названа междисциплинарная интеграция[4]. Но спустя 10 лет "Концепцию охраны здоровья населения РФ до 2005 года"[5] разрабатывали только специалисты-медики из Минздрава РФ и Российской Академии медицинских наук, что обусловило ее промедицинский характер.

Тем не менее проблема повышения уровня здоровья населения России остается и требует решения. Обращение к международным документам Всемирной организации здравоохранения обнаруживает, что ВОЗ поставила перед странами мирового сообщества задачу *пересмотра государственных политик* в области охраны здоровья[6], возлагая ответственность за здоровье народа не на органы здравоохранения, а на правительство в целом при активном участии населения в процессе улучшения его здоровья. Такое изменение акцентов требует создания эффективной системы анализа и оценки состояния здоровья населения в соответствии с его половозрастной структурой и территориальным размещением. Мониторинг здоровья населения в тех странах, где он осуществляется, служит основой управления процессами совершенствования здоровья населения. Его роль особенно возросла после изменения ВОЗ основного критерия успешности социальной политики – перехода от ориентации на расходы, выделяе-

мые на нужды здравоохранения, к ориентации на здоровье конкретного человека (популяции). Учет мнений людей об их здоровье и факторах, влияющих на него, учет социально-экономической и культурно-этнической обстановки на местах невозможен без проведения мониторинга процессов, происходящих в сфере здоровья.

Важным направлением улучшения качества здоровья населения является повышение информированности в сфере здоровья и воспитание у детей соответствующих потребностей. Это может быть достигнуто только через *соответствующую систему образования*. Аргументов в пользу этого предложения в виде научных разработок и проведенных исследований[7] достаточно. Есть и примеры практической реализации идеи. Около 20 лет назад создана Концепция "Здоровье через образование", методологической основой которой является единство трех компонентов – знаний, убеждений и поведения[8]. Концепция, помимо теоретической части, включает разработку административных, научно-методологических и финансовых вопросов. Она может быть реализована в вузах любого профиля, в колледже, лицее, школе. Она открыта для развития и насыщения новыми элементами и формами. Данная Концепция была реализована в Красноярском политехническом институте, где был создан Центр здоровья как структурная единица вуза. Здоровье студентов стало улучшаться с первого же года работы Центра. Но более актуальная задача в связи с Концепцией состоит в подготовке соответствующих педагогических кадров, которые будут не только нести знания, но призваны стать основными носителями ценностей культуры здоровья и пропагандистами самосохранительного поведения. Работа по подготовке таких кадров была начата в Башкирском педагогическом институте в 1989 г. и за прошедшие годы получила значительное распространение.

Приведенный пример является не только показателем успешной деятельности энтузиастов. Повышение образования населения в сфере здоровья – необходимый этап для последующего профилактического воздействия, например, на вредные привычки человека. Население, не подготовленное на школьном или вузовском образовательном этапе, оказывается неспособным управлять своим образом жизни, поведением, оценивать степень и характер воздействия окружающей – социальной и физической – среды на здоровье.

В нашей стране образование в сфере здоровья как научно обоснованная система практически отсутствует, хотя такая стратегия могла бы стать прорывом в достижении эффективного воз-

действия на самосохранительное поведение населения и основой для проведения профилактических программ, социального маркетинга, позволяющих получать необходимые результаты.

Социальный маркетинг представляет новое в социологии направление по использованию рыночных принципов для внедрения среди населения идей, взглядов, товаров, общественной политики и т.п.[9] Таким товаром вполне могут быть рекомендации, связанные с самосохранительным поведением и здоровым образом жизни. В роли "покупателя" выступают отдельные люди, общественные и государственные учреждения, общество в целом. Людям рекомендуют пользоваться преимуществами здорового образа жизни, а не концентрироваться на опасностях болезней. Достоинство социального маркетинга в том, что он направлен не только на удовлетворение запросов населения, но и на их активное формирование.

Кроме того, стратегия социального маркетинга отличается масштабностью. Под влиянием социального маркетинга возможно изменение поведения людей на уровне города, области, государства.

Особенностью социального маркетинга является способность создавать социальное окружение, разделяющее взгляды по поводу, например, некурения, неупотребления наркотиков и т.д. При осуществлении широкой программы укрепления здоровья целесообразно сочетание социального маркетинга с мероприятиями по улучшению окружающей среды, с активной социальной политикой в сфере образования, повышения уровня материальной обеспеченности и т.п. Имеющийся зарубежный опыт свидетельствует о высокой эффективности данного метода[10].

Свой вклад в сумму знаний об общественном здоровье вносят и *современные технологии*. Некоторые специалисты (С.Г. Боярский и др.)[11] предлагают новый способ, который они назвали "Интернет-профилактика", сбора и систематизации информации о здоровых и имеющих заболевания людях, а также способ предоставления всем желающим знаний, необходимых для поддержания здоровья. Уже существует интернет-проект "Суперкурс"[12], который является по сути библиотекой лекций по профилактике, постоянно пополняющейся новой информацией в области общественного здоровья. Курс предназначен в основном для студентов, но им могут пользоваться школьники с помощью школьных инструкторов (учителей) по общественному здоровью и все желающие. Доступ на сайт бесплатный.

При условии компьютеризации школ интернет может применяться для обучения школьников основам здорового образа жиз-

ни и борьбы с вредными привычками. С апреля 2000 г. существует интернет-проект "NOSMOKING.RU – НЕ КУРИМ!", который был создан для оказания первой помощи бросающим курить и за эти годы стал наиболее популярным неформальным ресурсом Рунета. Проект некоммерческий, независимый, все его сотрудники работают на общественных началах. Единственным источником финансирования являются частные пожертвования бросающих и бросивших курить. Аудитория сайта постоянно растет и составляет до 1500 посещений за сутки[13]. Существенным минусом этого метода является невозможность достоверно оценить эффективность его воздействия.

6.2. УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО РЕАЛИЗАЦИИ

Как отмечалось выше, здоровье становится объектом все большего числа наук. Включилась в этот процесс и теория управления. Здоровье как сложно организованный объект имеет естественную природу возникновения и существования, и им, казалось бы, можно и не управлять, что происходило и происходит в течение многих столетий. Однако на современном этапе развития мирового сообщества ни одно из цивилизованных государств не может не включать охрану здоровья населения в качестве одного из компонентов государственной деятельности.

Когда речь идет об управлении здоровьем, то здесь на первое место выходит проблема информационного взаимодействия с индивидом, в результате которого у него формируется потребность сохранить и укрепить собственное здоровье и здоровье своих близких, в первую очередь детей. Если же такой потребности не возникает, государство может закрепить на правовом уровне ответственность за здоровье самого человека. Так, в ряде стран уже предпринимаются попытки лишения человека бесплатных услуг здравоохранения в ситуациях, когда он не следует определенным правилам самосохранительного поведения, на обучение которым государство затратило определенные средства.

Одним из компонентов управления является обучение здоровью, результатом которого должна быть контролируемая грамотность индивида и возможность разделения с ним ответственности за конечный результат – текущее состояние его здоровья. Для такого обучения целесообразно воспользоваться государственной системой образования, через которую проходит все население. Как уже отмечалось выше, в последние годы подобное

обучение здоровью осуществляется в отдельных школах и учебных заведениях.

Вторым важным компонентом управления является выявление факторов риска среди населения и последующая работа с группами риска. Как известно, существует шесть основных факторов риска, связанных с образом жизни человека: курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, гиподинамия, нарушение сна и стресс. Продолжительное воздействие факторов риска или формирует такое состояние здоровья, которое называют "предболезнью", или никак не проявляется до момента наступления критической ситуации (инсульта, инфаркта и т.п.).

Эффективное управление сферой здравоохранения предполагает наличие обратной связи, которая выражается в результатах измерения субъективных оценок здоровья человека, его информированности, мотивации в сфере здоровья, оценки деятельности структур здравоохранения.

Получение подобной информации в мониторинговом режиме оказалось вполне реальной задачей, которая успешно решается с помощью разработанной в Институте проблем управления РАН компьютерной технологии и системы "ЭДИФАР". "ЭДИФАР" представляет собой пример прикладной интеллектуальной системы, предназначенной для достоверного сбора информации от населения с целью выработки обоснованных и адекватных управленческих решений с последующим контролем их внедрения[14].

Применение ее с 1985 г. в различных территориальных и ведомственных поликлиниках позволило обследовать десятки тысяч человек, доказать репрезентативность обследованного контингента по отношению к характеристикам населения данной территории в каждом конкретном случае, выяснить, что субъективная информация, полученная от конкретных индивидов, становится по мере накопления объективной популяционной характеристикой. Обнаруженный эффект дает возможность оперативно получать сведения о распространении тех или иных медико-социальных факторов, не прибегая к дорогостоящим исследованиям на основе выборочных опросов населения. Таким образом, появляется возможность измерять ситуацию со здоровьем на местном, территориальном уровне и на ее основе формировать управляющие воздействия.

В настоящее время данная компьютерная технология продолжает совершенствоваться в рамках подхода, направленного на создание *государственной модели управления здоровьем*. Уже сейчас существует возможность оперативного обнаружения изменений в здоровье населения различных территорий, построе-

ния прогноза неблагоприятных социальных последствий для здоровья, повышения информированности населения в отношении факторов риска наследственного, экологического характера или связанного с образом жизни. Все это в комплексе создает возможности для формирования оптимального самосохранительного поведения населения.

Проблема в одном – чтобы эта разработка была востребована государственными структурами.

6.3. ПРАКТИКИ УХОДА ЗА ТЕЛОМ

Одной из возможных модификаций отношения к здоровью является возникновение и развитие различных практик ухода за телом. Первые исследователи этого социального феномена объявили о создании новой предметной области социологии – социологии тела. На наш взгляд, трансформация "отношение к здоровью" в "отношение к телу" знаменует собой качественный переход социально-экономического уклада общества на более высокий уровень развития. Книга И. Травайо "Социологические исследования практик ухода за телом"[15] описывает процесс становления социологии тела на материалах общественного развития Франции в последнее десятилетие XX в. Социально-экономический уровень России значительно отличается от французского, тем не менее тенденции общественного развития имеют интернациональный характер, поэтому феномен "практик ухода за телом" проявляется и в России, правда, с запаздыванием на 2–3 десятилетия. Этот новый социальный феномен связывается с ростом материальной обеспеченности, изменением образа жизни в направлении самореализации личности.

Эти характеристики сегодня принадлежат в основном образу жизни когорты молодежи, успешно адаптировавшейся в новых экономических условиях. Большинство из них неплохо образованы, некоторые имеют зарубежные дипломы. Идеологически это поколение еще не сформировалось, но у них уже появились глянцевые журналы, они свободно чувствуют себя в интернете, говорят на иностранных языках, отдыхают за рубежом. Новые социальные нормы, формирующиеся в их среде, предписывают включение в понятие "хороший специалист", помимо диплома и профессионального опыта, хорошей физической формы, здоровья и соответствующей представительской внешности. Это обусловливает определенную структуру и качество питания, потребление качественных платных медицинских услуг, занятия спортивными

упражнениями в оздоровительных центрах, посещение которых основывается на принципе долгосрочного членства. Примечательно, что интерес к спорту в этой молодежной среде растет вопреки уничтожению массовой физкультуры в стране (закрытию спортивных секций, спортплощадок, бассейнов и т.п.).

Всплеск интереса к занятиям спортом для поддержания формы объясняется также увеличением видов трудовой деятельности, не требующих больших физических затрат в массе населения, а применительно к прослойке молодых преуспевающих людей – просто отсутствием физических нагрузок на рабочем месте при чрезвычайно возросшем психическом напряжении.

Занятия спортом приобретают еще один смысл – тот, кто достигает успехов в спорте, имеет характер и может добиться результатов в других областях жизни. Занятия спортом становятся средством, а не целью.

Внешность начинает выступать в роли "капитала", который необходимо приумножать, поскольку от этого зависит успешность в работе и жизни в целом, особенно для представителей публичных профессий (артистов, политиков и т.п.). Характерна символическая ценность такого элемента внешности, как, например, загар. Он стал чертой наружности преуспевающего человека, демонстрирующего свои возможности отдыхать на курорте.

Представители других социальных и возрастных групп населения также переживают определенную трансформацию в отношении своей телесности. В ситуации реформирования системы здравоохранения, роста сферы платных услуг, увеличения ассортимента медикаментов и их навязчивой рекламы у части населения возникли сложности с восприятием этой информации и новых возможностей. Это привело к разочарованию в официальной медицине и увлечению различными нетрадиционными формами диагностики, целительства, восточной медициной, медитацией. В подобной ситуации отвержения традиционной медицины, лишившейся своей патерналистской сути, появился иной взгляд на отношение к здоровью и человеческому телу.

Общеизвестно, что в кризисные периоды истории в обществе наблюдается всплеск интереса ко всему иррациональному. Конец прошлого века в России подтвердил эту закономерность. Массовое увлечение аэробикой в 80-е годы сменилось разного рода практиками, пришедшими с Востока, а иногда из США, Европы, направленными на то, чтобы раскрыть человеческий потенциал, разблокировать эмоции, лучше чувствовать свое тело. Это осуществляется посредством "мягкой гимнастики" (в противоположность физическим упражнениям, предполагавшим опреде-

ленное насилие над телом), восточных танцев, медитации, биоэнергетических манипуляций и т.п.

У мужчин получают развитие экстремальные виды спорта. Необходимость максимальной концентрации усилий для достижения цели базируется на новой жизненной философии, основывающейся на принципе достижения цели любой ценой: если ты не побеждаешь, значит, ты проигрываешь. Этот принцип становится основополагающим и для жизни в целом. Трудность достижения цели окупается удовольствием от выполнения того, что, казалось, сделать невозможно. Жизненный успех понимается как возможность самореализации. Аналогичный подход распространяется на отношение к собственному здоровью: человек должен сам отвечать за свое здоровье.

Разочарования в социальных демократических преобразованиях 90-х годов привели определенную часть населения (в основном молодежь) к выводу о том, что если нельзя изменить общество, то нужно изменить самого себя с тем, чтобы наслаждаться жизнью. Сферой самореализации становится тело. Массовое распространение получают конкурсы красоты. Мужчины соревнуются на конкурсах культуристов, осваивают наряду с женщинами подиумы и рекламный бизнес. Эротическая атмосфера все более сопровождает происходящее в театре, кино, на телевидении, тело все больше воспринимается как источник восхищения.

Демонстрируемые по телевидению, в прессе, в реальной жизни представителями верхних социальных слоев нормы, связанные с отношением к телу, постепенно усваиваются молодой и более активной частью населения.

Американские фильмы, заполонившие российское телевидение и кинотеатры, формируют образ нового героя с красивым мускулистым телом, физически сильного, ловкого, выносливого, с успехом выполняющего какую-либо гуманную миссию. За рубежом интерес к телу стал одной из характерных черт общества конца XX в. Успехи медицины, косметологии, спорта продемонстрировали, что тело можно изменить практически полностью, т.е. человек обрел власть над своим телом.

Все указанные тенденции в России только начинают проявляться, тогда как на Западе они получили значительное распространение. Культ тела сегодня выступает там как навязчивая идея вечного отдаления смерти и сохранения молодости. Необходимость выставления тела напоказ в общественной жизни становится "новой формой добровольного рабства". Работа над телом направлена на лишение его всяческих недостатков. Требование "быть в форме" имеет гигиеническое и эстетическое зна-

чение, когда здоровье и красота неразделимы[16]. Кроме того, это требование воспринимается более широко – оно означает жить в современном динамичном ритме, быть уверенным в себе, в своем теле.

Итак, главная особенность подхода к здоровью в будущем состоит в его обусловленности воздействием множества наук и областей жизнедеятельности. Упорядочение этой деятельности предполагает введение юридических гарантий во всех сферах жизни по критерию здоровья, создание единой управленческой структуры для преодоления ведомственной разобщенности, создание системы обучения здоровью. Решению этих задач во многом способствуют такие современные технологии, как социальный маркетинг, интернет-технологии, прикладные интеллектуальные системы (типа "ЭДИФАР"). Улучшение социально-экономических условий в стране связывается с развитием различных практик ухода за телом, которые знаменуют собой более высокий уровень самореализации личности.

Завершить рассмотрение новых подходов в отношении к здоровью целесообразно не новым, но до сих пор не воспринятым на уровне государственного менталитета предложением о концентрации основных усилий государства на охране здоровья здоровых людей, обеспечении условий для рождения здоровых детей, создании физически и духовно здорового общества.

Примечания

[1] *Матрос Л.Г.* Социальные аспекты проблемы здоровья. Новосибирск: ВО Наука, 1992. С. 57.

[2] *Матрос Л.Г.* Указ. соч. С. 145–146.

[3] Первая Российская Ассамблея "Здоровье человека". М., 1992. С. 254–255.

[4] Первая Российская Ассамблея "Здоровье человека". М., 1992. С. 507–508.

[5] Концепция охраны здоровья населения РФ до 2005 года // Рос. газета. 2000. 13 сентября.

[6] Здоровье для всех к 2000 году. Глобальная стратегия // ВОЗ Сессия 34 (А 34/5). Программа ВОЗ. Женева, 1981; Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы // Европейская серия "Здоровье для всех" № 4, ВОЗ. Европейское региональное бюро, Копенгаген, 1991.

[7] Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. РАОЗ. М., 1999.

[8] *Ляхович А.В.* Гигиеническое воспитание и формирование здоровья студентов // Здоровье общества и будущее России. Клуб "Реалисты" Информ.-аналит. бюллетень № 33. М, 1997. С. 66–71.

[9] Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни. Обзорная информация, НПО Союзмединформ. М., 1989. С. 51–52.

[10] *Manoff R.K.* Social Marketing: New Imperative for Public Health. N.Y., 1985; *Israel R.C.* Recent Development in Social Marketing and their Implications for International Public Health // Hygie, 1984. Vol. 3. P. 50–53.

[11] *Боярский С.Г.* и др. Программа "Интернет-профилактика" для России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001. № 3.

[12] www.pitt.edu/super 1

[13] *Корягин А., Жаров А.* Возможность Интернета в борьбе с табакокурением // Профилактика и лечение табачной зависимости – состояние и перспективы развития. Материалы докладов 4-й Московской научно-практической конференции. М., 2004. С. 57–58.

[14] *Дартау Л.А., Захаров В.Н.* и др. Диалог "пациент–компьютер" как основа управления в сфере здравоохранения и социальной защиты на местном территориальном уровне. (Технология и система ЭДИФАР). М., 1998.

[15] *Travaillot I.* Sociologie des pratiques d' entretien du corps // Presses universitaires de la France. P. 1998.

[16] *Travaillot I.* Указ. соч. P. 77.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенный анализ феномена "отношение к здоровью" – его исторической трансформации, теоретических основ, показателей, факторов, социальных институтов, обусловливающих и формирующих здоровье – позволяет сделать некоторые выводы.

Формирование позитивного отношения к здоровью на уровне индивида обеспечивает соответствующее самосохранительное поведение. Многолетнее его исследование дает основание предположить, что в нем заключен значительный резерв улучшения здоровья, что особенно актуально для мужчин и могло бы способствовать в определенной степени решению проблемы их сверхсмертности.

Но достижение необходимого самосохранительного поведения возможно лишь при условии адекватного отношения к здоровью на уровне общества, что должно выражаться в социальной политике, формирующей социальные нормы и фактически обеспечивающей то или иное состояние здоровья населения.

Нынешняя ситуация в сфере индивидуального и общественного здоровья требует существенного улучшения. Это связано прежде всего с созданием государственной идеологии здоровья и распространением ее через различные социальные институты – семью, школу, здравоохранение, средства массовой информации.

Только информированный человек, обладающий навыками заботы о здоровье, имеющий соответствующую потребность, живущий в обществе, где здоровье является самодостаточной ценностью, сможет обеспечить сохранение и приумножение своего здоровья, а также здоровья своих близких.

Дальнейшее исследование этой проблемы связано с развитием социологии здоровья, разработкой общей теории здоровья, которая позволит углубить изучение закономерностей формирования отношения к здоровью и создать типологию индивидов по видам самосохранительного поведения. Это позволит использовать скрытый до сих пор потенциал социологии здоровья как самостоятельной науки, будет способствовать интеграции различных наук, изучающих здоровье человека, и обеспечит в результате улучшение здоровья и увеличение продолжительности жизни россиян.

Приложение 1

Таблица 1[1]

Заболеваемость взрослого населения России по классам болезней за 1992–2002 гг. (на 100 000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней	1992	1995	1998	2002
Всего	97295,6	105173,1	107821,3	122710,8
Инфекционные и паразитарные болезни	3669,8	4605,8	4916,6	4946,1
Новообразования	3024,7	3301,5	3564,0	4053,0
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	2579,4	2816,6	3328,9	4173,3
Болезни крови и кроветворных органов	251,6	364,9	464,2	633,4
Психические расстройства	5327,7	5191,5	5146,4	5641,4
Болезни нервной системы и органов чувств	110302,3	12946,9	13994,5	16208,3
Болезни системы кровообращения	12523,1	13871,8	15219,1	19299,3
Болезни органов дыхания	21386,3	21322,9	19721,6	21089,0
Болезни органов пищеварения	9402,9	9717,1	9525,8	10110,4
Болезни мочеполовой системы	5654,1	6763,3	7853,0	9433,7
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	4398,8	4918,8	5391,3	7900,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4102,2	5032,0	4548,6	4888,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	7651,8	8137,3	9003,0	10425,2
Врожденные аномалии (пороки развития)	88,4	97,7	119,5	138,7
Травмы и отравления	8845,6	9333,9	8396,7	8846,8

[1] Заболеваемость населения России в 2002 году. Статистические материалы. Ч. 1. М., 2003. С. 67–68.

Таблица 2[1]

Заболеваемость детского населения России (от 0 до 17 лет) по классам болезней за 1992–2002 гг. (на 100 000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней	1992	1995	1998	2002
Всего	124692,2	144104,9	157930,1	193557,2
Инфекционные и паразитарные болезни	8860,3	11100,9	10203,8	9432,9
Новообразования	224,0	285,2	384,0	492,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	1618,7	2322,6	3392,2	5240,5
Болезни крови и кроветворных органов	902,6	1243,3	1558,1	2737,4
Психические расстройства	3037,7	3245,9	3586,7	4110,6
Болезни нервной системы и органов чувств	12660,2	15228,1	18436,1	24441,0
Болезни системы кровообращения	905,5	1294,7	1739,3	2476,9
Болезни органов дыхания	66007,7	71324,8	75127,2	86315,4
Болезни органов пищеварения	9767,1	11555,6	12391,5	15912,0
Болезни мочеполовой системы	2533,0	3490,4	4564,4	5854,2
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	458,2	886,6	1002,9	1436,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6064,1	8368,4	8009,5	9200,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2340,0	3541,5	5336,7	8862,9
Врожденные аномалии (пороки развития)	1017,1	1224,0	1618,2	2188,5
Травмы и отравления	7211,3	7747,9	8792,9	9981,5

[1] Заболеваемость населения России в 2002 году. Статистические материалы. Ч. 1. М., 2003. С. 68–69.

Приложение 2

Вопросник эксперта № 1
на тему "Проблемы здоровья подростков"

I. Основные проблемы здоровья подростков.

II. Здоровье подростка и семья.

1. Материальное благосостояние семьи.
2. Взаимоотношения с родителями.
3. Соблюдение подростками режима дня.
4. Приготовление школьных уроков.
5. Организация досуга.
6. Воспитание чувства ответственности за здоровье.

III. Здоровье подростка и система здравоохранения.

1. Школьный врач.
2. Подросток в поликлинике.
3. Оздоровительная сфера отдыха детей и подростков.

IV. Здоровье подростка в школе.

1. Новый предмет "Основы безопасности жизнедеятельности".
2. Физическое воспитание.
3. Сексуальное воспитание.
4. Психологическая помощь.
5. Предмет "Экология".

V. Девиантное поведение и здоровье.

1. Курение.
2. Алкоголь и наркотики.

VI. Что нужно сделать для улучшения здоровья подростков?

Вопросник эксперта № 2
на тему "Репродуктивное здоровье подростков"

Как известно, за последнее десятилетие у подростков резко выросло число заболеваний, передающихся половым путем, не сокращается доля подростковых абортов, постоянно растет число внебрачных рождений.

1. Почему, по вашему мнению, это происходит?
2. В настоящее время у нас нет полового просвещения в школе. Как Вы относитесь к этой ситуации?
3. Если одобрительно, то почему? Если отрицательно, то почему?
4. Нуждаются или нет современные подростки в половом просвещении?
5. Если "нет", то почему?
   Если "да", то в чем конкретно?
6. Кто должен осуществлять это просвещение (организации – школа, центры молодежи, центры планирования семьи и т.д.; кадры – учителя, врачи, родители и т.д.)?
7. Какой должна быть роль школы?
8. Что должно включать половое просвещение?
9. На кого оно должно быть направлено (на какой возраст детей, подростков, их родителей)?
10. Как Вы оцениваете роль в половом просвещении центров медико-психологической помощи подросткам?
11. Что мешает введению полового просвещения?
12. Пол эксперта
13. Возраст
14. Должность
15. Место работы

Приложение 3

Карточка содержательного анализа газетной статьи

1. Автор
2. Название статьи
3. Название газеты, номер, дата, номер страницы
4. Количество строк
5. О какой возрастной группе населения идет речь:

Все население	1
Дети	2
Подростки	3
Молодежь	4
Взрослые	5
Пожилые	6

6. Основная проблема (тема) статьи
7. Основные вопросы: перечислить с цифрами и фактами
8. Отрицательные аспекты статьи
9. Положительные аспекты статьи
10. Что практически уже сделано
11. Поведенческие аспекты:
    Есть
    Нет

Если есть, то подробнее о том, как отражены:

12. Роль семьи
13. Роль школы
14. Роль здравоохранения
15. Роль государства (правительства) на любом уровне от высшего до районного

ЛИТЕРАТУРА

1. *Антонов А.* Микросоциология семьи. – М.: ИД "NOTA BENE", 1998.
2. *Антонов А.И.* Социально-психологические аспекты продолжительности жизни // Актуальные проблемы демографии. – Рига, 1983.
3. *Баранов А.В.* О социальной парадигме здоровья // Петербургская социология. – СПб.,1997. № 1.
4. *Бедный М.С.* Здоровье и продолжительность жизни. – М., 1990.
5. *Белов В.Б.* Особенности формирования здоровья у лиц с различным отношением к духовно-культурным и материальным ценностям // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. – М.: ИЧ РАН, 2003.
6. Большой толковый социологический словарь. Collins. *Д. Джери, Дж. Джери.* – Т. 1. – М., 1999.
7. *Браун Дж., Русинова Н.Л.* Социальные неравенства и здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т. 2. – № 1.
8. *Бреева Е.Б.* Дети в современном обществе. – М., 1999.
9. *Венедиктов Д.Д.* Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирование // Общественные науки и здравоохранение. – М.: Наука, 1987.
10. *Вишневский А., Школьников В.* Смертность в России. Главные группы риска и приоритеты действия. Научные доклады. Вып. 19. – М., 1997.
11. *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 1999.
12. Динамика ценностей населения реформируемой России / Отв. ред. Лапин Н.И., Беляева Л.А. – М.: ИФ РАН, 1996.
13. *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. – М.: Центр, 2002.
14. *Ермаков С.П.* Современные возможности интегральной оценки медико-демографических процессов. – М.: ИСПИ РАН, 1996.
15. *Жуков В.И.* Потенциал человека: индекс социального развития россиян. – М., 1995.
16. *Журавлева И.В.* Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: ИС РАН, 2002.
17. *Журавлева И.В.* Здоровье населения как междисциплинарная проблема. Становление социологии здоровья // Социология в России. – М.: ИС РАН, 1998.
18. *Журавлева И.В.* Здоровье подростка в социоструктурном контексте // Социальное расслоение и социальная мобильность / Отв. ред. Голенкова З.Т. – М.: Наука, 1999.

19. *Журавлева И.В.* Здоровье подростков и окружающий мир. – М.: ИС РАН, 1997.
20. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью как критерий социальной стратификации // Трансформация социальной структуры и стратификация российского общества / Отв. ред. Голенкова З.Т. – М.: ИС РАН, 1999.
21. *Журавлева И.В.* Поведенческий фактор и здоровье населения // Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты / Отв. ред. Бородин Ю.И. – Новосибирск: СО Наука, 1989.
22. *Журавлева И.В.* Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социологические исследования. – 2004. – № 7.
23. *Журавлева И.В., Левыкин И.Т.* Образ жизни и региональные особенности отношения к здоровью // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. – М.: ИС РАН, 1989.
24. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993.
25. Здоровье детей России / Под ред. Баранова А.А. – М., 1999.
26. Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики / Отв. ред. Шилова Л.С., Ясная Л.В. – М.: ИС РАН, 2000.
27. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / Под ред. Стародубова В.И., Михайловой Ю.В., Ивановой А.Е. – М.: Медицина, 2003.
28. Здоровье человека как предмет социально-философского познания. – М.: ИФ АН СССР, 1989.
29. Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. – М.: ИЧ РАН, 2003.
30. Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты / Отв. ред. Бородин Ю.И. – Новосибирск: СО Наука, 1989.
31. *Иванюшкин А.Я.* "Здоровье" и "болезнь" в системе ценностных ориентацией человека // Вестник АМН СССР. – 1982. – № 4.
32. К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: Приоритет – основные неинфекционные заболевания / Под ред. Оганова Р.Г., Халитова Р.И., Жуковского Г.С. – М.: ГНИЦ профилактической медицины, 1994.
33. К здоровой России. Политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России. Руководство по разработке. – М.: ГНИЦ профилактической медицины, 1997.
34. *Кагермазов У.А.* О понятиях "норма", "здоровье" и "болезнь" // Вестник АМН СССР. – 1973. – № 9.
35. *Казначеев В.П.* Здоровье нации, просвещение, образование. – Кострома, 1996.
36. Качество населения Санкт-Петербурга. – СПб, 1996.
37. *Ковалев В.И.* Мотивы поведения и деятельности. – М.: ИП АН СССР, 1988.
38. *Константинова Л.В.* Социальная политика: штрихи к социологической концепции // Социологические исследования. – 2005. – № 2.

39. Конфликтология здоровья и здравоохранение в современной России // Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. – № 15. – М.: ИС РАН, 1999.
40. *Куинджи Н.Н.* Валеология. Пути формирования здоровья школьников. – М.: Аспект-Пресс, 2000.
41. *Кучма В.Р., Демина И.А., Демин А.К.* Информированность о здоровье – основы здорового образа жизни. – М.: РАОЗ, 2003.
42. *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М. 2002.
43. *Маслоу А.* Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999.
44. *Матрос Л.Г.* Социальные аспекты проблемы здоровья. – Новосибирск: ВО Наука, 1992.
45. *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // СОЦИС. – 2003. – № 11.
46. *Никифоров Г.С.* Психология здоровья. – СПб., 2002.
47. *Нилов В.М.* Социология здоровья. Учебн. пособие. – Петрозаводск, 2002.
48. Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России / Под ред. Демина А.К., Деминой И.А. – М.: РАОЗ, 1999.
49. Общественные науки и здравоохранение / Отв. ред. Смирнов И.Н. – М.: Наука, 1987.
50. Отношение населения к здоровью / Отв. ред. Журавлева И.В. – М.: ИС РАН, 1993.
51. Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни / Отв. ред. Журавлева И.В. – М.: ИС АН СССР, 1989.
52. *Палосуо Х., Журавлева И., Уутела А., Лакомова Н., Шилова Л.* Восприятие здоровья и связанных с ним установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве) / Отв. ред. Журавлева И.В. – М. 1998.
53. *Пеньков Е.М.* Социальные нормы – регуляторы поведения личности. – М., 1972.
54. *Решетников А.В.* Социология медицины. – М.: Медицина, 2002.
55. *Римашевская Н.М.* Человек и реформы: Секреты выживания. – М.: ИСЭПН РАН, 2003.
56. *Римашевская Н.М., Кислицина О.А.* Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. – 2004. – № 2.
57. *Русинова Н.Л., Браун Дж.В.* Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье // Петербургская социология. – СПб. 1997. – № 1.
58. *Русинова Н.Л., Браун Дж.В.* Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга. – СПб.: Европейский дом, 1996.
59. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / Под ред. Ядова В.А. – М.: ИСЭП АН СССР, 1971.

60. *Серебренникова А.* Отношение к здоровью как фактор дифференциации населения // Новые потребности и новые риски: реальность 90-х годов. – СПб.: Норма, 2001.
61. *Сидорина Т.Ю., Сергеев Н.В.* Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России. – 2001. – № 2.
62. *Тапилина В.С.* Социально-экономический статус и здоровье населения // СОЦИС. – 2004. – № 3.
63. Трудовые ресурсы и здоровье населения / Научн. ред. Римашевская Н.М., Бедный М.С. – М., 1986.
64. Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001.
65. *Фомин Э.А., Федорова Н.М.* Стратегии в отношении здоровья // СОЦИС. – 1999. – № 11.
66. *Шилова Л.С.* Активность и ответственность населения в отношении к своему здоровью // Демографическое поведение: опыт социологического изучения. – М.: ИС РАН, 1990.
67. *Шилова Л.С.* Трансформация самосохранительного поведения // СОЦИС. – 1999. – № 5.
68. *Юдин Б.Г.* Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001.
69. *Cockerham W.* Health Lifestyles in Russia // Social Science and Medicine 2000, Vol. 51.
70. *Dubos R.* Mirage of Health. – N.Y., 1959.
71. *Gochman D.* Health Behavior: Plural Perspectives // Health Behavior: Emering Research Perspectives. N.Y., L, 1988.
72. *Hokka P., Palosuo H., Zhuravleva I., Parna K., Mussalo-Rauhamaa H., Lakomova N.* Anxiety about Environmental Hazards among Teenagers in Helsinki, Moscow and Tallinn // The Science of the Total Environment. International Journal, 234 (1999).
73. *Illich I.* Medical Nemesis. – N.Y., 1975.
74. *Kasl S., Cobb S.* Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior // Archives of Environmental Health. 1966. Vol. 12. N 2.
75. *Mechanic D.* Health and Behavior: Perspectives on Risk Prevention // Prevention in Health Psychology. Hanover, 1985.
76. *Palosuo H., Zhuravleva I., Uutela A., Lakomova N.* Social Patterning of Ill Health in Helsinki and Moscow // Social Science and Medicine. Vol. 46, N 9, 1998.
77. *Sarlio S., Parna K., Palosuo H., Zhuravleva I., Mussalo-Rauhamaa N.* Weight Satisfaction and Self-Esteem among Teenagers in Helsinci, Moscow and Tallinn // Eating and Weight Disorders. Vol. 8, N 4, – December 2003.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

Глава I. **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ** 6

1.1. История трансформации отношения к здоровью 6
1.2. Концептуальные подходы и теоретико-методологические направления изучения отношения к здоровью 14
1.3. Определение понятия "здоровье" 27
1.4. "Отношение к здоровью" как социологическое понятие 35
Примечания 45

Глава II. **СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ НА УРОВНЕ ИНДИВИДА** 51

2.1. Самооценка здоровья 51
2.2. Здоровье как жизненная ценность 57
2.3. Удовлетворенность индивида здоровьем и жизнью в целом 62
2.4. Деятельность индивида по сохранению здоровья 65
Примечания 80

Глава III. **ПОКАЗАТЕЛИ ОТНОШЕНИЯ К ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ** 83

3.1. Традиционные показатели оценки состояния здоровья населения 85
3.2. Комплексные показатели общественного здоровья 95
3.3. Социальные нормы в отношении общественной ценности здоровья 101
3.4. Социальная политика в сфере общественного здоровья 106
Примечания 123

Глава IV. **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ И ОТНОШЕНИЕ К НЕМУ** 128

4.1. Классификация и структура факторов, формирующих здоровье 128
4.2. Биомедицинские факторы здоровья 134
4.3. Социально-экономические факторы здоровья 137
4.4. Поведенческие факторы здоровья 142
4.5. Социально-демографические факторы здоровья 153
4.6. Этнокультурные факторы, влияющие на здоровье 158
4.7. Психосоциальные факторы и здоровье 165
Примечания 171

Глава V. **ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ СУБЪЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ** 178
5.1. Институт семьи как субъект первичной социализации индивида в сфере здоровья 179
5.2. Школа как субъект формирования здоровья и отношения к нему 185
5.3. Система здравоохранения и здоровье 195
5.4. Средства массовой информации и формирование здоровья 200
5.5. Государство как институт охраны здоровья 206
Примечания 211

Глава VI. **НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОТНОШЕНИИ К ЗДОРОВЬЮ** ... 215
6.1. Основные направления совершенствования здоровья и отношения к нему 215
6.2. Управление здоровьем и возможности его реализации .. 220
6.3. Практики ухода за телом 222
Примечания 225

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 227

Приложение 1 228
Приложение 2 230
Приложение 3 232

ЛИТЕРАТУРА 233

Научное издание

Журавлева Ирина Владимировна

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ *индивида и общества*

Утверждено к печати Ученым советом Института социологии РАН

Зав. редакцией *Г.И. Чертова*
Редактор *Н.В. Ветрова*
Художник *Т.В. Болотина*
Художественный редактор *В.Ю. Яковлев*
Технический редактор *О.В. Аредова*
Корректоры *Е.А. Желнова, Т.И. Шеповалова*

Подписано к печати 15.09.2006
Формат 60 × 90 $^1/_{16}$. Гарнитура Таймс
Печать офсетная
Усл.печ.л. 15,0. Усл.кр.-отт. 15,5. Уч.-изд.л. 16,0
Тираж 950 экз. (300 экз. – РГНФ). Тип. зак. 3659

Издательство "Наука"
117997, Москва, Профсоюзная ул., 90

E-mail: secret@naukaran.ru
www.naukaran.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ГУП "Типография "Наука"
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12

АДРЕСА КНИГОТОРГОВЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ТОРГОВОЙ ФИРМЫ "АКАДЕМКНИГА" РАН

Магазины "Книга-почтой"

121099 Москва, Шубинский пер., 6; 241-02-52 www.LitRAS.ru E-mail: info@litras.ru
197345 Санкт-Петербург, ул. Петрозаводская, 7«Б»; (код 812) 235-40-64

Магазины "Академкнига" с указанием букинистических отделов и "Книга-почтой"

690088 Владивосток, Океанский проспект, 140 ("Книга-почтой");
(код 4232) 45-27-91 antoli@mail.ru
620151 Екатеринбург, ул. Мамина-Сибиряка, 137 ("Книга-почтой");
(код 3433) 50-10-03 kniga@sky.ru
664033 Иркутск, ул. Лермонтова, 298 ("Книга-почтой");
(код 3952) 42-96-20 aknir@irlan.ru
660049 Красноярск, ул. Сурикова, 45; (код 3912) 27-03-90 akademkniga@ krasmail.ru
220012 Минск, просп. Независимости, 72; (код 10375-17) 292-00-52, 292-46-52, 292-50-43 www.akademkniga.by
117312 Москва, ул. Вавилова, 55/7; 124-55-00 akadkniga@nm.ru;
(Бук. отдел 125-30-38)
117192 Москва, Мичуринский проспект, 12; 932-74-79
127051 Москва, Цветной бульвар, 21, строение 2; 921-55-96 (Бук. отдел)
117997 Москва, ул. Профсоюзная, 90; 334-72-98 akademkniga@naukaran.ru
101000 Москва, Б. Спасоглинищевский пер., 8 строение 4; 624-79-19 (Бук. отдел)
630091 Новосибирск, Красный проспект, 51;
(код 3832) 21-15-60 akademkniga@mail.ru
630090 Новосибирск, Морской проспект, 22 ("Книга-почтой");
(код 3833) 30-09-22 akdmn2@mail.nsk.ru
142290 Пущино Московской обл., МКР "В", 1 ("Книга-почтой"); (код 277) 3-38-80
191104 Санкт-Петербург, Литейный проспект, 57;
(код 812) 272-36-65 ak@akbook.ru (Бук. отдел)
194064 Санкт-Петербург, Тихорецкий проспект, 4; (код 812) 297-91-86
199034 Санкт-Петербург, Васильевский остров, 9-я линия, 16; (код 812) 323-34-62
634050 Томск, Набережная р. Ушайки, 18;
(код 3822) 51-60-36 akademkniga@mail.tomsknet.ru
450059 Уфа, ул. Р. Зорге, 10 ("Книга-почтой");
(код 3472) 24-47-62 akademkniga@ufacom.ru
450025 Уфа, ул. Коммунистическая, 49; (код 3472) 22-91-85

Коммерческий отдел, г. Москва
Телефон для оптовых покупателей: 241-03-09
www.LitRAS.ru
E-mail: info@litras.ru
zakaz@litras.ru
Склад, телефон 291-58-87
Факс 241-02-77

По вопросам приобретения книг государственные организации просим обращаться также в Издательство по адресу:
117997 Москва, ул. Профсоюзная, 90
тел. факс (495) 334-98-59
E-mail: initsiat @ naukaran.ru
www.naukaran.ru

ЖУРАВЛЕВА
Ирина Владимировна –
доктор социологических наук, зав. сектором социальных проблем здоровья Института социологии РАН, профессор кафедры социологии медицины и экономики здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, вице-президент Исследовательского комитета «Социология здоровья и здравоохранения» Российского общества социологов. Ведущий специалист в области социологии здоровья, автор более 170 научных работ, в том числе 7 монографий, основные из которых: «Здоровье подростков: социологический анализ» (М., 2002); «Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве)» (М., 1998, в соавторстве); «Здоровье подростков и окружающий мир» (М., 1997); «Отношение населения к здоровью» (М., 1993, в соавторстве). Более 20 лет изучает социальные аспекты общественного и индивидуального здоровья.

ISBN 5-02-035368-X

9 785020 353688 >

НАУКА