

Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Пермский государственный национальный  
исследовательский университет»

Федеральной бюджетное учреждение науки  
«Федеральный научный центр медико-профилактических технологий  
управления рисками здоровью населения»

**Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Гордеева**

# **СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Допущено методическим советом  
Пермского государственного национального  
исследовательского университета  
в качестве учебного пособия для студентов,  
обучающихся по направлению и специальности «Социология»  
(квалификация «дипломированный специалист» и «магистр»)

Пермь 2011

УДК 316+614(470)

ББК 60.56

H55

**Лебедева-Несевря Н.А.** Социология здоровья: учеб. пособие для H55 студ. вузов / Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Гордеева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с.

ISBN 978-5-7944-1745-6

В учебном пособии излагаются основные подходы, концепции и теории, отражающие социальные аспекты здоровья человека. Рассматриваются проблемы социальной детерминированности здоровья на индивидуальном и популяционном уровнях, отношения к здоровью человека и общества. Раскрываются особенности функционирования здравоохранения как части социальной сферы общества и медицины как социального института.

Предназначено для студентов, обучающихся по направлению и специальности «Социология» (квалификация «дипломированный специалист» и «магистр»), а также для читателей, специализирующихся в области социального знания или интересующихся социальной теорией. Может быть полезно студентам и преподавателям, специализирующимся в области социальной гигиены, социальной эпидемиологии и организации здравоохранения.

УДК 316+614(470)

ББК 60.56

Печатается по постановлению редакционно-издательского совета Пермского государственного национального исследовательского университета

*Рецензенты:* зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения, проф., д-р мед. наук *Т.М. Лебедева* (ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава); зав. каф. физической культуры, проф., д-р соц. наук *В.Д. Паначев* (Пермский национальный исследовательский политехнический университет); кол. рецензент: кафедра социологии и политологии Пермского национального исследовательского политехнического университета.

ISBN 978-5-7944-1745-6

© Лебедева-Несевря Н.А.,

Гордеева С.С., 2011

© ПГНИУ, 2011

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	6
Тема 1. Здоровье как междисциплинарная категория научного знания.....	9
1. Концепция биосоциальной природы человека – отправная точка в изучении здоровья.....	9
2. Подходы к определению понятия «здоровье». Индивидуальное и общественное здоровье.....	12
3. История научного изучения здоровья.....	20
Тема 2. Социальные аспекты здоровья.....	31
1. Здоровье как медико-социальная, социально-экономическая и социально-политическая категория.....	31
2. Сущность социологического подхода к анализу здоровья.....	36
3. Становление и развитие социологического изучения здоровья за рубежом и в России.....	42
Тема 3. Социология здоровья как отраслевая социологическая дисциплина.....	51
1. Объект и предмет социологии здоровья.....	51
2. Роль и место социологии здоровья в системе социального знания.....	54
3. Институционализация социологии здоровья.....	61
Тема 4. Многофакторная обусловленность здоровья.....	69
1. Многофакторная модель обусловленности здоровья: экзогенные и эндогенные факторы.....	69
2. Классификация и структура факторов, формирующих здоровье.....	73
3. Понятие сочетанности воздействия факторов на здоровье человека.....	79
Тема 5. Социальные детерминанты здоровья.....	85
1. Проблема социальной обусловленности здоровья: основные направления социологического изучения.....	85
2. Социальные факторы, формирующие здоровье населения: сущность и типология.....	94

3. Модель влияния социальных факторов на здоровье .....	102
Тема 6. Образ жизни и здоровье человека .....	108
1. Понятие «здоровый образ жизни».	
Компоненты здорового образа жизни .....	108
2. Влияние образа жизни на здоровье	
различных социальных групп .....	113
3. Физическая культура как фактор	
формирования здоровья человека .....	119
Тема 7. Отношение к здоровью индивида и общества .....	126
1. Отношение к здоровью на различных уровнях	
общественной системы .....	126
2. Субъективная оценка здоровья	
и факторы ее детерминации .....	136
3. Самосохранительное поведение индивида:	
понятие и факторы .....	139
4. Особенности самосохранительного поведения	
современной молодежи .....	143
Тема 8. Здравоохранение как часть социальной сферы общества .....	150
1. Здравоохранение как система институтов,	
осуществляющих функции охраны и поддержания здоровья .....	150
2. Здравоохранительная деятельность	
в сфере семьи, образования, труда .....	155
3. Социальные проблемы современного здравоохранения	
в России и за рубежом .....	158
Тема 9. Медицина как социальный институт .....	168
1. Основные измерения медицины	
как социального института .....	168
2. Структура и функции медицины	
как социального института .....	172
3. Взаимодействие медицины	
с другими социальными институтами .....	179
Тема 10. Управление здоровьем населения .....	187
1. Сохранение здоровья населения как глобальная	
стратегическая задача .....	187

2. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни в контексте государственной политики Российской Федерации .....	191
3. Региональные аспекты сохранения и укрепления здоровья населения.....	199
Послесловие .....	206
Примеры тестовых заданий по курсу.....	208
Контрольные вопросы по курсу.....	226
Рекомендуемый список литературы.....	228

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Развитие человеческого потенциала, как необходимое условие прогресса современного общества, декларируемое на самом высоком уровне власти в качестве абсолютного национального приоритета России на ближайшее десятилетие, предполагает, в первую очередь, обеспечение возможностей развития и удовлетворения всего комплекса потребностей и интересов людей. Высокий уровень и качество жизни, гарантированные образование и занятость, правовая и личная безопасность, социальная защищенность обуславливают наращивание человеческого капитала. Однако важнейшим фактором, детерминирующим достижение заявленных стратегических целей, является здоровье населения. Именно комплексные продуманные действия на всех уровнях управления, ориентированные на сохранение и укрепление индивидуального, и следовательно, общественного здоровья на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи, способны внести наибольший вклад в обеспечение устойчивого социально-экономического развития нашей страны.

Вопросы управления здоровьем изучают медицинская, биологическая, философская, управленческая и другие науки. Роль социологии в осмыслении проблем сохранения и укрепления здоровья нации заключается в комплексной характеристике здоровья как глобальной социальной ценности, исследовании отношения к здоровью на различных уровнях – от индивидуального до социетального, выявлении и обсуждении проблем, связанных со здоровьесохраняющими стратегиями, реализуемыми социальными группами, критическом анализе государственной политики в сфере здоровья. Социологическая интерпретация данных о состоянии здоровья населения, факторах, его детерминирующих, а также прогнозирование показателей здоровья в зависимости от социально-экономических процессов, реализуемой политики – одна из важнейших актуальных задач современной социальной науки.

Курс «Социология здоровья» является новым для российского образовательного пространства, кроме того, социальные аспекты здоровья не так часто выступают предметом научного исследования в нашей стране, что обуславливает недостаточность учебно-методического обеспечения дисциплины. Предлагаемое учебное пособие призвано отчасти восполнить пробел в освещении социальных проблем здоровья, здравоохранения и медицины, социальных процессов и явлений, связанных с индивидуальным и общественным здоровьем.

Материал учебного пособия включает 10 тем. Логика изложения строится от освещения общих проблем здоровья человека, исторического экскурса в научное изучение общественного здоровья к характеристике особенностей специфических социальных институтов, реализующих функцию сохранения и укрепления здоровья населения. Значительное внимание авторов сконцентрировано на проблемах социальной обусловленности здоровья (темы 5, 6 «Социальные детерминанты здоровья» и «Образ жизни и здоровье человека»).

Каждая тема внутренне структурирована на отдельные вопросы. Определенную помощь в освоении материала могут оказать основные понятия тем, приведенные вначале. Наиболее важные тезисы, понятия и определения выделяются в тексте курсивом. В конце каждого вопроса темы приводится небольшое резюме, обобщающее основные положения и проблемы, рассмотренные в тексте.

Принципиальное изменение образовательного процесса, обусловленное интенсивным развитием информационного пространства, связанное с сокращением аудиторной нагрузки, заменой пассивного слушания лекций значительным объемом внеаудиторной самостоятельной работы, детерминировало необходимость включения в пособие материала, направленного на повышение эффективности самостоятельной работы студентов. В конце каждой темы приводятся вопросы и упражнения для самопроверки, способствующие не только успешной оценке степени усвоенности материала, но и развитию творческого мышления. Ряд упражнений требует обращения к ресурсам сети Интернет, ссылки на которые также предлагаются после каждой темы.

Текст пособия оснащен значительным количеством сносок на используемую и цитируемую литературу. Авторы сочли необходимым как можно более полно охарактеризовать источниковую базу пособия, поскольку это поможет читателю лучше ориентироваться в дискурсивном поле социологии здоровья, обеспечит возможности самостоятельной дополнительной проработки интересующих проблем. Кроме того, фамилии иностранных ученых приводятся в оригинальном написании, что связано с частым отсутствием общепринятой транскрипции фамилий авторов на русский язык (например, фамилия французского врача Guerin в отечественных источниках пишется и как «Герен», и как «Гуерин»). Это также призвано облегчить поиск и самостоятельную работу с источниками.

Определить качество освоения материала пособия помогут тестовые задания, структурированные в соответствии с тематической логикой изложения текста. По каждой теме предлагается 8 тестовых вопросов с четырьмя вариантами ответов, из которых только один является правильным. Кроме того, читателю предлагается перечень контрольных вопросов по теме, сформулированных в традиционной форме. Данный перечень может служить основой для разработки материалов аттестации студентов по курсу «Социология здоровья».

Настоящее учебное пособие – это введение в проблему, общетеоретическая база, концептуальная основа современной социологии здоровья. Многие проблемы, затронутые в книге, не получили должного развития, что связано с ограничениями, обусловленными ее форматом. Читатель имеет возможность, воспользовавшись предлагаемым списком литературы, продолжить исследование вопросов здоровья в контексте социологического подхода самостоятельно.

## ТЕМА 1. ЗДОРОВЬЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КАТЕГОРИЯ НАУЧНОГО ЗНАНИЯ

### *Вопросы для рассмотрения*

1. Концепция биосоциальной природы человека – отправная точка в изучении здоровья.
2. Подходы к определению понятия здоровья. Индивидуальное и общественное здоровье.
3. История научного изучения здоровья.

*Основные понятия:* здоровье человека; концептуальная модель здоровья; индивидуальное здоровье; общественное здоровье.

### **1. Концепция биосоциальной природы человека – отправная точка в изучении здоровья**

Успешное развитие как социальных, так и естественных наук на современном этапе предполагает опору на методологию междисциплинарных связей, принятие интегральной концепции человека, ориентацию на синтетический подход к исследованию его природы. Сегодня наука исходит из базисного тезиса о дуальной природе человека, сочетании и единстве в детерминации его развития биологических и социальных характеристик.

Вопрос о соотношении биологических и социальных факторов при формировании личности в течение долгого времени служил ареной ожесточенных научных споров, причем, как правило, принималась позиция максимумов в оценке этого соотношения. Так, марксистско-ленинское учение о человеке имело в качестве основного тезиса: «человек – это социальное существо, и поэтому его развитие всецело определяется социумом, который «лепит с помощью методов воспитания необходимую и удобную для него человеческую личность»<sup>1</sup>. Другой, противоположной, но сосуществующей, была традиция выраженного биологизаторства человека, т.е. рассмотрение

---

<sup>1</sup> См. об этом: *Батуев А.С., Соколова Л.В.* О соотношении биологического и социального в человеке // Вопросы психологии. 1994. № 1. С. 81-92.

его как некой уникальной биотехнической машины. Странники этого подхода ссылаются на данные современной социобиологии, усиленно развивающейся с 1975 г., когда ее основоположник Е. Wilson опубликовал книгу «Социобиология. Новый синтез»<sup>1</sup>. Согласно социобиологии большинство стереотипных форм человеческого поведения свойственно млекопитающим, а более специфических форм – поведению приматов. Среди этих стереотипных форм Wilson выделяет взаимный альтруизм, защиту определенного местообитания, агрессивность, следование отработанным эволюцией формам сексуального поведения, непотизм (семейственность), что в данном случае означает приверженность не только родственным, но и внутривидовым группам, наконец, социализацию с помощью отработанных эволюцией способов и механизмов и др.<sup>2</sup>

Указанные подходы являются предтечей формирования современных представлений о биосоциальной природе человека. Сегодня правомерной представляется точка зрения, согласно которой человек – это, прежде всего, системное целое; только в этой целостности проявляется его уникальность, и, став существом социальным, он во всех своих проявлениях не лишился присущей ему биологической индивидуальности. Преобразование биологического под воздействием социальных факторов отнюдь не ведет к исчезновению природного начала в человеке. Человек является продуктом биологической эволюции и потому сохраняет в себе и в своей социальной организации общеприродные биологические характеристики, но в ходе эволюционного развития предков человека сформировались уникальные человеческие черты, по которым человек качественно отличается от других живых существ, даже от других высших приматов<sup>3</sup>.

*Человек – это субъект культурно-социально-исторической деятельности, представляющий собой единство биологической и социальной природы. При этом под термином «биосоциальное» необхо-*

---

<sup>1</sup> Edward O. Wilson. Sociobiology: The New Synthesis. Belknap Press, 1975.

<sup>2</sup> См. об этом: Философия: учебное пособие для высших учебных заведений (изд. 6-е, перераб. и доп.) / ред. В.П. Кохановский. Ростов н/Д: Феникс, 2003. С. 206-213.

<sup>3</sup> Олескин А. В. Биополитика. Политический потенциал современной биологии. М.: Научный мир. 2007.

*димо понимать не механическое соединение этих двух понятий, а их диалектически неразрывную взаимосвязь*<sup>1</sup>.

Парадигма биосоциальности природы человека является ключевой в современном социальном знании. Так, социологами признается, что целостность устойчивых свойств и качеств индивида, выражающаяся в социологии понятием «личность», вырастая, во-первых, из системы связей и отношений групп, общностей и институтов, в которые он был включен и тех, в функционировании которых он в данный момент участвует, во-вторых, из его воспитания и интегрированности в определенную культуру, в-третьих, из его пребывания и активности в определенных макро- и микро-социокультурных средах и ситуациях, формируется на основе биопсихологических задатков человека<sup>2</sup>.

Биологическое никогда не проявляется в человеке в чисто природном виде – оно всегда опосредовано социальным. Природно-биологическая сторона существования человека «очеловечивается» социокультурными факторами. Это справедливо и в отношении таких сугубо биологических потребностей, как продолжение рода, еда, безопасность и т.п.

Проблема соотношения социального и биологического в человеке – это ключ к пониманию природы и характера его здоровья, его болезней, которые следует трактовать как биосоциальные категории, так как здоровье и болезни человека, по сравнению с животными, – это новое, опосредованное социальным, качество.

Здоровье является интегрированным показателем состояния человека. Дуальная обусловленность человеческой сущности определяет многомерность категории здоровья, позволяя говорить о соматическом (физическом) и социальном аспектах здоровья. Показательно, что комплексный подход к анализу здоровья человека принимается и современной медициной (медики выделяют три аспекта здоровья: соматический, душевный и социальный): «было бы вульгарным биологизаторством упускать из виду высшие, специфически человеческие аспекты здоровья, особенно если учесть, что возможна

---

<sup>1</sup> Батуев А.С., Соколова Л.В. Указ. соч. С. 85.

<sup>2</sup> Абушенко В.Л. Социология личности // Социология: энциклопедия / сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный дом, 2003.

взаимная компенсация одних элементов здоровья другими. Например, недостаточное соматическое здоровье может быть компенсировано хорошим психическим (душевым) здоровьем, качествами личности: силой воли, целеустремленностью и пр.»<sup>1</sup>.

Здоровье определяется взаимодействием биологических и социальных факторов, т.е. внешние воздействия опосредуются особенностями функций организма и его регуляторной системы. Необходимость учитывать влияние на человека биологических факторов, прежде всего его генетической обусловленности, подтверждается данными современной науки. Кроме того, значительная часть происходящих в обществе событий зависит от умственных способностей, прирожденных талантов, физической силы, выносливости и, безусловно, здоровья человека<sup>2</sup>.

Наконец, сама природа здоровья двойственна – с одной стороны, здоровье представляется естественным феноменом, отражающим специфическое состояние данного природой организма или психики, но, с другой стороны, здоровье – феномен искусственный, формируемый социальными требованиями, предъявляемыми к состоянию и функционированию организма (психики) со стороны общества, т.е. социальный артефакт.

Таким образом, *обобщающей теоретической концепцией в рассмотрении природы человека является концепция его биосоциальной сущности, позволяющая подойти к рассмотрению понятия здоровья человека с двух сторон – с позиции его анализа как состояния биологической системы – организма и с позиции его рассмотрения как компонента социальной системы – общества.*

## **2. Подходы к определению понятия «здоровье».** **Индивидуальное и общественное здоровье**

Становление здоровья в качестве научной категории прошло определенные этапы. Первоначально под здоровьем подразумевали отсутствие заболевания. Здоровым считали человека, у которого нет

---

<sup>1</sup> *Апанасенко Г.Л.* Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. СПб.; Петрополис, 1992.

<sup>2</sup> *Рагимова О.А.* Теоретические основы определения понятия здоровья // Известия Саратовского университета. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2009. № 2. С. 46.

признаков болезни. Подобный подход встречается в работах античных авторов – Платона, Аристотеля, ибн Сины (Авиценны). Действительно, между здоровьем и болезнью существует множество связей, однако даже самый больной человек обладает определенным уровнем здоровья (существенно сниженным). Поэтому метод оценки здоровья путем выявления или исключения заболеваний в настоящее время большинством авторов признан несостоятельным.

С начала XIX в. исследователи указывают на более сложный и многогранный характер категории здоровья. Так, G.W.F. Hegel (Гегель) подчеркивал, что здоровье есть «пропорциональность между самостью организма и его наличным бытием»<sup>1</sup>. Из этого вытекает мысль, что здоровье определяется как объективными, так и субъективными факторами; кроме того, здоровье, по мнению Гегеля, есть состояние социального организма, связанное с возвышением ко всеобщему, т.е. духовному бытию. Сложившаяся благоприятная духовная атмосфера в обществе обуславливает здоровье его членов, обеспечивая состояние социальных и нравственных проблем.

В 1989 г. на I Международном симпозиуме в бельгийском Louvain-la-Neuve была отмечена необходимость глубокой «ревизии» представлений о здоровье и было введено понятие «науки о здоровье» не как новой академической дисциплины, а как междисциплинарной проблемы с целью теоретической и практической трансформации и переориентации научных исследований, выявления фундаментальной природы здоровья, разработки теории и моделей для исследования. Кроме того, были предложены новые биомедицинские концепции, экзистенциально-антропологические и культурологические парадигмы анализа здоровья человека<sup>2</sup>.

В настоящее время в научной литературе имеется множество определений понятия здоровья. Причем одновременно используют не только разные определения, но и различные подходы к их формули-

---

<sup>1</sup> Гегель Г.В.Ф. Энциклопедия философских наук: в 3 т. - Философия природы. М.: Мысль, 1975. Т. 2. С. 558.

<sup>2</sup> Глазачев О.С. Современные подходы к анализу понятия «здоровье» в аспекте формирования экологической культуры // ЭКОЛОГИЯ. URL: <http://www.ecogeo.info/publications/7> (дата обращения: 20.02.2011).

ровке. В работе П.И. Калью представлено около 80 дефиниций здоровья, предложенных представителями разных научных школ и направлений<sup>1</sup>. Собранный П.И. Калью перечень является далеко не полным, но, как справедливо замечают В.И. Горюва и Н.Ф. Петрова, «даже он поражает многообразием трактовок и разнородностью признаков, использованных при выявлении существенных характеристик данного понятия»<sup>2</sup>.

По мнению П.И.Калью, многообразие определений понятия «здоровье» может быть распределено в соответствии с рядом *концептуальных моделей здоровья*, основными среди которых являются:

– *медицинская модель* здоровья предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья. Здоровьем считают отсутствие болезней, их симптомов;

– *биомедицинская модель* рассматривает здоровье как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья. Внимание акцентируется на природно-биологической сущности человека, подчеркивается доминирующее значение биологических закономерностей в жизнедеятельности человека и в его здоровье;

– *биосоциальная модель* в понятие «здоровье» включает биологические и социальные факторы, которые рассматриваются в единстве, но при этом социальным признакам придается приоритетное значение;

– *ценностно-социальная модель* рассматривает здоровье как ценность, необходимую предпосылку для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни, в экономической, научной, культурной и других видах деятельности.

Следует отметить, что в определении понятия здоровья в одном случае акцентируется внимание на его состоянии, в другом – здоро-

---

<sup>1</sup> Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация // ВНИИМИ. 1988. 69 с.

<sup>2</sup> Горюва В.И., Петрова Н.В. Идея системности в определении понятия здоровья // Философские науки. 2006. № 3. С. 25-27.

вье рассматривается как динамический процесс, в третьем – причастность здоровья к какой-то одной категории не абсолютизируется.

Еще один подход к типологизации подходов к определению категории «здоровье» предложен в работах Т. Faresjio<sup>1</sup>. Все существующие дефиниции, по мнению ученого, можно подразделить на три основные группы:

- биологической направленности, рассматривающих здоровье как категорию функционального состояния организма;
- социальной направленности, представляющих здоровье как условие эффективного участия в общественной жизни;
- смешанной или биосоциальной направленности, рассматривающей здоровье как общее хорошее самочувствие личности.

Анализ существующих определений здоровья позволяет выделить ряд *приоритетных признаков* изучаемого феномена: во-первых, здоровье – это нормальная функция организма на всех уровнях его организации; во-вторых, здоровье характеризует динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой; в-третьих, здоровье определяет способность к выполнению основных социальных функций, участие в социальной деятельности; в-четвертых, здоровье отражает способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, способность поддерживать постоянство внутренней среды организма; в-пятых, здоровье характеризует оптимальное функционирование организма при отсутствии признаков заболевания или какого-либо нарушения; в-шестых, интерпретация здоровья предполагает реализацию принципа единства организма, саморегуляции и уравновешенного взаимодействия всех органов.

Множественность интерпретаций категории здоровья приводит к значительному разнообразию направлений (подходов) в изучении указанного феномена (табл. 1).

---

<sup>1</sup> Faresjio T. Social environment and health // Scand. I. Prim. Health Care. 1992. № 2. P.105-110.

### Основные научные подходы к определению понятия «здоровье»<sup>1</sup>

Подход	Основные положения	Представители
Комплексный	Здоровье – многомерный феномен, сложный и неоднородный по своему составу, сочетающий в себе гетерогенные, качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого существования	ВОЗ <sup>2</sup> , М. Миоррэй В. Эвнас
Нормоцентрический	Здоровье – это совокупность среднестатистических норм восприятия, мышления, эмоционального реагирования и поведения в сочетании с определенными нормативными показателями соматического состояния здоровья	В.М. Розин
Патоцентрический	Здоровье – «нулевая степень болезни», некая абстракция, подразумевающая некую умеренную выраженность патологических черт личности. Любой человек при таком подходе может рассматриваться как вариант того или иного патологического типа, а его здоровое состояние – лишь показатель недостаточно интенсивного развития заложенных в его организме и психике болезненных предрасположенностей	В.В. Пашутин
Эволюционистский	Любое проявление человеческой природы признается здоровым или больным в зависимости от его целесообразности для общевидовой адаптации.	В.И. Вернадский В.П. Казначеев Е.А. Спирин
Феноменологический	Здоровье и болезнь – специфические способы индивидуального бытия в мире, несводимого к каким-либо схемам и объяснительным моделям. Эти феномены всегда включены в субъективную картину мира и могут быть постигнуты лишь в ее контексте	К. Ясперс И. Ялом Р.Д. Лэнг

<sup>1</sup> Составлено по материалам: Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М.: Академия, 2001; Верминенко Ю.В. Социологическая интерпретация здоровья // Социальные проблемы: научно-практический журнал. 2008. № 1. С. 37-44.

<sup>2</sup> Эксперты Всемирной организации здравоохранения предложили следующее определение здоровья: «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов» (Устав ВОЗ, 1946).

Подход	Основные положения	Представители
Холистический	Здоровье – обретаемая в процессе онтогенеза целостность, которая предполагает личную зрелость, интеграцию (ассимиляцию) жизненного опыта и применение, синтез фундаментальных противоречий человеческого существования	Э. Эрикссон, Г. Олпорт К. Юнг
Акмеологический	Здоровье – основное и необходимое условие актуализации высших возможностей человеческой природы. В основе этого подхода лежат представления о личности, достигающей высших пределов самореализации и подлинной зрелости в разные периоды жизни	А.А. Бодалев Г.Т. Ганжин
Аксиологический	Здоровье – универсальная человеческая ценность, соотносящаяся с основными ценностными ориентациями личности. Доминирование тех или иных ценностей, их переоценка и кризис рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида или негативно влияющих на него	А. Кемпински А. Маслоу
Социокультурный	Здоровье – социокультурная переменная; характеристики здоровья рассматриваются как относительные, детерминированные специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира	Г. Маркузе Э. Фромм З. Фрейд К. Хорни
Дискурсивный (диспозитивный)	Здоровье рассматривается как социальное явление, представляющее собой проекцию и объективацию сложной системы дискурсов. Любое представление о здоровье может быть исследовано как продукт определенного дискурса, имеющего собственную внутреннюю логику конструирования или концептуализации социальной реальности	М. Фуко

Из множества дефиниций здоровья наибольшее распространение (по количеству ссылок и цитирования) получило определение, предложенное экспертами Всемирной организации здравоохранения в 1946 г. Однако сегодня данный подход подвергается серьезной критике. В пользу несостоятельности определения здоровья «по ВОЗ» приводятся следующие аргументы:

- понятие «благополучие» субъективно, неопределенно (Ю.П. Лисицын);

- цель «достижение полного благополучия» идеальна, нереализуема (Н. Noack);

- термин «состояние» или его аналоги («потенциал» и т.п.) недостаточен (статичен, является описательным и характеризует, по сути, результат здоровья) (В.А. Лищук, Е.В. Мосткова).

Отметим, что рассматриваемое определение, как и большинство других, характеризует в большей степени индивидуальное здоровье и не может быть полностью применено для анализа здоровья на популяционном уровне.

Таким образом, представляется важным уточнить, сформулировать понятия индивидуальное и общественное здоровье.

*Индивидуальное здоровье – это состояние полного социального, биологического и психического благополучия, когда функции всех органов и систем организма человека уравновешены с окружающей средой, отсутствуют какие-либо заболевания, болезненные состояния и физические дефекты.* Индивидуальное фактическое здоровье – состояние организма, при котором он способен полноценно выполнять свои социальные и биологические функции.

Понятие индивидуального здоровья (отдельного человека) следует рассматривать с двух позиций: а) чисто теоретической – как максимально возможный оптимум для человека, к которому нужно стремиться в идеале, но которого практически невозможно достичь; б) практической – как фактическую характеристику уровня здоровья конкретного человека, с помощью которой можно достаточно легко ответить на вопрос, здоров ли данный индивид.

Для характеристики здоровья большой группы населения, проживающей на какой-либо территории, либо сформированной по другим признакам, используется понятие общественное (или популяционное) здоровье. Отсюда вытекает определение общественного здоровья как «здоровья населения на групповом и популяционном уровнях, оцениваемое по совокупности медико-демографических, санитарно-статистических и психологических показателей»<sup>1</sup>.

В связи с отрицательным характером многих медицинских показателей здоровья населения (заболеваемость, смертность и др.) предприняты попытки дать положительные показатели общественного здоровья. В качестве примера приведем определение Д.Д. Бенедиктова: «Общественное здоровье – это такая интегративная характеристика всей совокупности индивидуальных уровней здоровья членов общества, которая, с одной стороны, отражает степень вероятности для каждого человека достижения максимального уровня здоровья и творческой трудоспособности на протяжении максимально продолжительной индивидуальной жизни, а с другой – характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма, его возможности самозащиты и дальнейшего пропорционального роста и социально-экономического развития, рационального использования природных ресурсов и поддержания экономического и другого равновесия с окружающей природой и социальной средой»<sup>2</sup>.

*Общественное (популяционное) здоровье – основной признак, основное свойство человеческой общности, ее естественное состояние, отражающее индивидуальные приспособительные реакции каждого сочлена общности людей и способность всей общности в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальную и биологическую функции.* Качество популяционного здоровья каждого человека отражает степень вероятности для достижения максимального уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной индивидуальной жизни,

---

<sup>1</sup> Кулешова К.В. Общественное здоровье // Клиническая психология: словарь / под ред. Н.Д. Твороговой. М.: ПЕР СЭ, 2007.

<sup>2</sup> Бенедиктов Д.Д. Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987.

а также характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности непрерывного гармоничного роста и социально-экономического развития<sup>1</sup>.

*Анализ проблемы здоровья свидетельствует о ее сложности и многогранности, что обуславливает существование различных подходов к определению здоровья вполне естественным. Очевидно, что каждое из определений имеет свои основания и, следовательно, является в той или иной степени полезным вкладом в общее понимание столь многосторонней проблемы. Выбор адекватного подхода к анализу здоровья должен рассматриваться с позиций перспективности того или иного определения для дальнейших возможностей поиска средств контроля, прогноза и управления уровнем здоровья и функциональным состоянием организма современного человека<sup>2</sup>.*

### **3. История научного изучения здоровья**

На протяжении всей истории человечества индивидуальное здоровье являлось объектом исследования различных отраслей знания: медицины, биологии, философии, антропологии и пр. Первоначально исследования были связаны с развитием медицины в Древней Греции. В античном сознании здоровье соотносилось с устойчивыми понятийными конструктами – «гармония», «красота», «соразмерность» и по аналогии с ними мыслилось как определенное («правильное») соотношение (Платон, Гиппократ). Гален из Пергама писал, что здоровье – это то состояние, при котором мы не страдаем от боли и не ограничены в нашей жизнедеятельности<sup>3</sup>. Сочинения по медицине и гигиене, рассматривающие различные аспекты индивидуального физического и психического здоровья человека, принадлежат как средневековым авторам, так и ученым нового времени и современным исследователям.

---

<sup>1</sup> Прохоров Б.Б. Здоровье населения / ВИНиТИ. URL : [http://science.viniti.ru/index.php?option=com\\_content&task=view&Itemid=139&Section=&id=316&id\\_art=H003841](http://science.viniti.ru/index.php?option=com_content&task=view&Itemid=139&Section=&id=316&id_art=H003841) (дата обращения: 20.02.2011).

<sup>2</sup> Глазачев О.С. Указ. соч.

<sup>3</sup> Солопова М.А. Гален // Античная философия: энциклопедический словарь. М., 2008. С. 245-251.

Концепции общественного здоровья едва ли два столетия. Одна из первых широко известных работ – исследование выдающегося ученого и врача из Падуи Bernardino Ramazzini (Рамаццини) «О болезнях ремесленников» (1700 г.). Комплексные научные исследования здоровья различных социальных групп появляются только в конце XVIII – начале XIX в. Предпосылки возникновения отдельных отраслей медицины (социальной медицины, социальной гигиены), изучающих общественное здоровье, во многом связаны с идеями Великой французской революции<sup>1</sup>. Так, французский врач, последователь утопического социализма J. Guerin, и другие врачи, участники революции 1848 г., осознавая остро стоящие социально-гигиенические проблемы, возлагали на социальную медицину важную общественную миссию по переустройству общества.

Во Франции в первой половине XIX в. появился ряд работ явившихся результатом официальных обследований или наблюдений отдельных ученых на основе применения статистического метода изучения проблем здоровья. Наиболее крупным ученым в этой области был Louis-René Villermé, опубликовавший в 1840 г. результаты исследования положения рабочих текстильной промышленности, что способствовало принятию в 1841 г. во Франции закона, регламентировавшего труд детей.

В 1847 г. немецкий врач Salomon Neumann выпускает книгу «Общественное здравоохранение и собственность», в которой анализирует связь состояния здоровья с доходами. Подчеркивая социальную детерминированность здоровья, S. Neumann пишет: «...большая часть заболеваний, отравляющих человеку существование или уносящих его преждевременно в могилу, объясняется не состоянием мертвой природы, а господствующими общественными отношениями. Медицинская наука по существу своему и своему внутреннему содержанию является социальной наукой и пока это значение не будет учтено в практических мероприятиях, нельзя будет использовать всех плодов медицины»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. М.: Мысль, 1988. С. 14.

<sup>2</sup> Neumann S. Die Oeffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Berlin, 1847.

В самом начале XX в. (1903 г.) немецкий врач Alfred Grotjahn, автор трудов по вопросам алкоголизма, венерических заболеваний, регуляции рождаемости, начал издавать журнал по социальной гигиене. В 1905 г. он основал в Берлине научное общество по социальной гигиене и медицинской статистике, в 1912 г. добился доцентуры, а в 1920 г. – учреждения кафедры социальной гигиены в Берлинском университете. Наряду с кафедрой А. Grotjahn стали создаваться аналогичные подразделения в Германии и других странах. Их руководители (Friedrich Prinzing, Salomon Neumann, Alfons Fischer и др.), занимающиеся проблемами общественного здоровья и медицинской статистики, сосредоточили свое внимание на социальных условиях и факторах, определяющих здоровье населения, на разработке предложений и требований по государственной охране здоровья населения, прежде всего трудящихся, по осуществлению социальной, государственной политики, включая эффективное медицинское (санитарное) законодательство, страхование здоровья, социальное обеспечения<sup>1</sup>.

Среди представителей социально-гигиенической науки, занимавшихся исследованием социальной обусловленности общественного здоровья, в середине XX в. следует назвать бельгийского врача René Sand, американского биолога René Jules Dubos, бразильского врача, генерального директора Всемирной организации здравоохранения с 1953 по 1973 г. Marcolino Gomes Candau, французского ученого, профессора Jacques Parisot. Их труды, учебные курсы и выступления содержат важные наблюдения, обобщения, исследования общественного здоровья и социальной патологии с применением эффективных социологических, статистических, психологических, экономических и других методов.

В России впервые уделили внимание проблеме здоровья обычных людей – крепостных крестьян М.В. Ломоносов и А.Н. Радищев. Изучение здоровья по показателям заболеваемости и смертности началось почти сто лет назад в процессе сплошного обследования сна-

---

<sup>1</sup> *Borowy I. In the Shadow of Grotjahn. German Social Hygienists in the International Health Scene / Iris Borowy / Anne Hardy (eds.), Of Medicine and Men. Biographies and Ideas in European Social Hygiene between the World Wars. Berlin: Peter Lang Verlag, 2008. P. 145-171.*

чала в Московской губернии, а затем по всей стране силами земских санитарных статистиков. Кроме того, и в России, и в мире было предпринято изучение заболеваемости населения по данным обращаемости к врачу. Сбор материала происходил ежегодно по единой программе и касался, помимо заболеваемости, санитарной культуры и условий быта городского и сельского населения<sup>1</sup>.

Помимо медицинской статистики земские врачи впервые актуализировали вопрос о влиянии социальных условий жизни на формирование и развитие заболеваний. Так, в 1872 г. съезд земских врачей Тверской губернии вынес постановление: «Деятельность земского врача может принести полную и существенную пользу только при обширном знакомстве его со всеми сторонами народной жизни: он должен быть знаком с условиями местности своего участка, с гигиенической обстановкой местных жителей. Только при таком всестороннем знакомстве с народной жизнью ему сделаются вполне ясны причины многих болезней, господствующих в той или другой местности»<sup>2</sup>.

Большой вклад в разработку проблемы социальной детерминированности здоровья населения и профилактики заболеваемости внесли ученые-медики Казанского университета. В 1865 г. профессор гигиены А.И. Якобин писал в официальной записке: «Я всегда был вполне убежден, что гигиене, как учению о народном здравии и счастье, предстоит играть высокую, решающую роль в деле народного и государственного развития... Гигиена... разбирает почти всю общественную жизнь; поскольку она относится к области медицины, ее законы применимы на деле и вдобавок обязательны для общества». Три года спустя, в актовой речи «Гигиена и цивилизация» он определил гигиену как науку о человеческом счастье, опирающуюся на

---

<sup>1</sup> См. об этом: Социология быта, здоровья и образа жизни населения / Л. Гордон, А. Возьмитель, И. Журавлева, Э. Клопов, Н. Римашевская, В. Ядов // Социология в России / под ред. В.А. Ядова. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 1998.

<sup>2</sup> *Фролова Н.А.* Съезды земских врачей Тверской губернии и их значение для улучшения медицинского обслуживания населения // Материалы научной конференции, посвященной 100-летию первого съезда земских врачей Тверской губернии. Калинин, 1971.

знание биологии и социологии. Профессор того же университета И.П. Скворцов в речи «Гигиена и цивилизация» (1873 г.) утверждал, что именно гигиена должна регулировать взаимоотношения между человеком и цивилизацией<sup>1</sup>.

В первые послереволюционные и далее, в 1920-1930-е гг., изучение заболеваемости стало проводиться более дифференцированно: по отдельным профессиональным группам, регионам и наиболее распространенным заболеваниям с использованием выборочных методов. Началось систематическое изучение структуры причин смертности и факторов отдельных заболеваний. Позже это позволило продолжить и развернуть исследования в различных направлениях: коммунальной гигиены, географической медицины, социологии медицины, медицинской демографии и др. Однако серьезной проблемой стало существенное ограничение открытости статистической информации в период правления И.В. Сталина. Так, даже общепринятые во всем мире статистические сведения о демографических процессах – смертности, составе населения, заболеваемости, плодovitости и других закрывались. Отсутствовала возможность получить сведения о детской смертности и ее структуре, инфекционной, психической заболеваемости, травматизме, даже о числе врачей по специальностям и др. В это время (конец 1920-х – начало 1930-х гг.) были расформированы, закрыты институты социальной гигиены, существовавшие почти во всех республиках СССР<sup>2</sup>. Подобное положение сохранилось до середины 1950-х гг.

Одним из ведущих исследователей социальных аспектов здоровья в советское время был первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко. Подчеркивая необходимость «глубоко изучить влияние на здоровье человека социальной среды», он считал, что задачу разработки эффективных мероприятий по устранению вредных

---

<sup>1</sup> См. об этом: История земской медицины // Медицинская информационная сеть [сайт]. URL: <http://www.medicinform.net/history/nauka/8.htm> (дата обращения: 03.03.2011).

<sup>2</sup> См. об этом: *Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э.* Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 24-27.

влияний этой среды может решить важная для советской России наука – социальная гигиена<sup>1</sup>. В 1922 г. Н. А. Семашко при поддержке З. П. Соловьева, А. В. Молькова и других авторитетных ученых и деятелей общественной гигиены организовал при I Московском университете кафедру социальной гигиены с клиникой профессиональных болезней.

Большой вклад в развитие научных исследований общественного здоровья и факторов, его обуславливающих, во второй половине XX в. в России внесли гигиенист, демограф, геронтолог З.Г. Френкель, социал-гигиенист, демограф Б.Я. Смулевич, врач, ректор Казанского медицинского института С.В. Курашов, врач-гигиенист С.Я. Фрейдлин, социал-гигиенист, академик РАМН Ю.П. Лисицын и др.

Многочисленные и разноплановые исследования индивидуального и общественного здоровья в России и за рубежом в рамках медицины, гигиены, демографии, социальных наук определили формирование трех основных подходов к анализу здоровья: биомедицинского, социального и гуманитарного.

В рамках *биомедицинского* подхода здоровье определяется через отсутствие болезни (нарушений, неспособности) не только телесной, но и душевной. В исследованиях превалирует установка на диагностику и лечение заболеваний. Акцент делается на симптоматические проявления, которые отодвигают на второй план причины психосоматического, психического и социального характера, лежащие в основе болезни. Здоровым индивид является до тех пор, пока у него не появились отклонения от нормы или пока он не испытывает беспокойства, боли, страха, связанного с болезнью. Критерием здоровья является оптимальное функционирование органов и систем. Человек представляется некоей конструкцией, функционирующей в рамках определенных параметров, и описывается рядом характеристик. Выход какой-либо подсистемы из заданных параметров означает нарушение, которое влечет за собой болезнь. Обеспечение здоровья в этом случае может достигаться применением различных медицинских технологий, в том числе и новых био-

---

<sup>1</sup> Семашко Н.А. Социальная гигиена в СССР // Избранные произведения. М.: Педагогика, 1967. С. 135-144.

медицинских, которые позволяют не только вернуть систему в заданные параметры, но и усовершенствовать ее.

В рамках *социальных* подходов акцент делается на изучении общественного здоровья: демографических тенденций, заболеваемости различными видами нозологий и причин смертности в разных возрастных группах, количества и качества трудоспособного населения, отношения к здоровью и здравоохранению в масштабах популяции, экономических и социальных средств обеспечения здоровья населения и т. п. Человек в рамках такого рода подходов рассматривается как общественная единица, а его здоровье – как ресурс для оптимального функционирования на благо социума. При этом он предстает, прежде всего, как объект потребления, использования в процессах производственной или социальной практики. Критерием здоровья в этом случае выступает экономическая и социальная эффективность жизнедеятельности человека. В качестве мер по улучшению общественного здоровья предлагается совершенствование политики государства в сферах, связанных с обеспечением здоровья населения: здравоохранении, образовании, социальной защите, поддержке общественных организаций, разработке социальных технологий сохранения и укрепления здоровья т. п. Однако человек, его здоровье и потенциал не может рассматриваться только в качестве трудового ресурса, экономической единицы, и тем более как средство достижения экономических целей.

Современные *гуманитарные* представления о здоровье отличает их связь не столько с негативным пониманием здоровья как «здоровья от» – в смысле отсутствия болезни, но и с пониманием его как «здоровья для» – в смысле тех возможностей, которые оно предоставляет человеку. Здоровье человека, таким образом, является одним из важнейших его ресурсов, в буквальном смысле жизненно необходимых ему для того, чтобы реализовать свой потенциал, свои возможности, причем не только в производственной сфере, но и во всех других областях его жизнедеятельности. Принятие этой предпосылки в качестве исходной позволяет не только строить и реализовывать программы целенаправленных социогуманитарных исследований в области здоровья, но и разрабатывать критерии для гуманитарной оценки проводимой в масштабах страны, региона и т.п. политики

в сфере здравоохранения. Значимым становится учет возможностей человека, его приспособленности к окружающему миру, физических и психических ресурсов, качества его жизни, его потенциала. При этом акцентируется растущая независимость человека от ограничений, задаваемых его собственной телесностью. В центре гуманитарных исследований – целостный человек в качественном своеобразии своих физических, психических, социальных и духовных проявлений. Эта система знаний не столько предопределяет и жестко ограничивает от имени объективных законов природы действия человека, сколько помогает ему решать задачи раскрытия собственного потенциала, способности к саморазвитию. Критерием здоровья является полноценная жизнь, развитие и самореализация человека как биосоциального существа в современном мире и обществе. Такой целостный подход подчеркивает личную ответственность человека за свое здоровье и благополучие. Человеку предоставляется право выбора стратегии сохранения и укрепления своего здоровья<sup>1</sup>.

Таким образом, в связи с большой значимостью для развития государства и общества здоровье является объектом изучения многих наук. Каждая конкретная наука, исходя из собственных задач исследования, определяет свой круг вопросов в этом общем объекте познания.

#### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Представьте доказательства тезиса «человек – биосоциальное существо».
2. В чем сущность современного представления о биосоциальной природе человека?
3. Прокомментируйте одно из первых определений категории «здоровье», данное Алкмеоном: «здоровье есть гармония противоположно направленных сил».
4. Ниже приведены формулировки понятия «здоровье», сделанные различными отечественными и зарубежными авторами. Вам не-

---

<sup>1</sup> Степанова Г.Б. Гуманитарная экспертиза в контексте современных подходов к изучению здоровья // Информационно-исследовательский портал Московского гуманитарного университета URL: <http://www.hdirussia.ru/103> (дата обращения: 26.02.2011).

обходимо: а) выявить общие черты и особенности; б) определить, какое из понятий является наиболее «социологичным»; в) аргументировать свой ответ.

- Здоровье – это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его жизни.
- Здоровье – это естественное состояние организма, характеризующееся его полной уравновешенностью с биосферой и отсутствием каких-либо выраженных болезненных изменений.
- Здоровье – состояние полного социального, биологического и психического благополучия, когда функции всех органов и систем организма человека уравновешены с окружающей средой, отсутствуют какие-либо заболевания, болезненные состояния и физические дефекты.
- Здоровье – интервал, в пределах которого количественные колебания психофизиологических процессов способны удерживать живую систему на уровне функционального оптимума (оптимальная зона, в пределах которого организм не выходит на патологический уровень саморегуляции).

5. Ознакомившись с работой О.А. Рагимовой «Теоретические основы определения понятия здоровья», выявите основные подходы к определению понятия «здоровье».

6. Дайте определение понятиям «индивидуальное здоровье» и «общественное здоровье».

7. Охарактеризуйте основные этапы научного изучения общественного здоровья в России и за рубежом.

8. Назовите основные отличительные черты становления научного изучения общественного здоровья в нашей стране.

9. В чем специфика социально-ориентированного подхода в изучении здоровья?

10. Что общего и что различного в биомедицинском, социальном и гуманитарном подходах к рассмотрению здоровья?

## Список литературы

### *Основной*

*Калью П.И.* Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация // ВНИИМИ, 1988. 69 с.

*Рагимова О.А.* Теоретические основы определения понятия здоровья // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия. Философия. Психология. Педагогика. 2009. № 2. С. 41-47.

Социология быта, здоровья и образа жизни населения / Л. Гордон, А. Возьмитель, И. Журавлева, Э. Клопов, Н. Римашевская, В. Ядов // Социология в России / под ред. В.А. Ядова. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 1998. С.472-495.

### *Дополнительный*

*Батуев А.С., Соколова Л.В.* О соотношении биологического и социального в проблеме человека // Вопросы психологии. 1994. № 1. С. 81-92.

*Бенедиктов Д.Д.* Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука; 1987.

*Верхименко Ю.В.* Социологическая интерпретация здоровья // Социальные проблемы. 2008. №1. С. 37-44.

*Глазачев О.С.* Современные подходы к анализу понятия «здоровье» в аспекте формирования экологической культуры // ЭКОЛОГИЯ: URL: <http://www.ecogeo.info/publications/7> (дата обращения: 20.02.2011 г.).

*Горовая В.И., Петрова Н.В.* Идея системности в определении понятия здоровья // Философские науки. 2006. № 3. С. 25-27.

*Димов М.В.* Здоровье как социальная проблема // Социально-гуманитарные знания. 1999. № 6. С.170–185.

*Лисицын Ю.П.* Обусловленность общественного здоровья // Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения: материалы науч. конф. М., 1997. Ч. 2. С.139–140.

*Лисицын Ю.П., Сахно А.В.* Здоровье человека – социальная ценность. М.: Мысль, 1988.

*Прохоров Б.Б.* Здоровье населения // ВИНТИ. URL: [http://science.viniti.ru/index.php?option=com\\_content&task=view&Itemid=139&Section=&id=316&id\\_art=H003841](http://science.viniti.ru/index.php?option=com_content&task=view&Itemid=139&Section=&id=316&id_art=H003841) (дата обращения: 20.02.2011 г.).

*Соломонов В.А.* Субъективная модель здоровья // Сборник научных трудов СевКавГТУ. Серия «Гуманитарные науки». 2010. № 8.

### *Интернет-ресурсы*

Медицинская информационная сеть. Портал о здоровье и медицине. URL: <http://www.medicinform.net/> (дата обращения: 28.03.2011).

Медкнигасервис. Каталог медицинской литературы. URL: <http://www.medknigaservis.ru/catalog/> (дата обращения: 28.03.2011).

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения Первого Московского государственного медицинского университета. URL: <http://www.mma.ru/mpf/health> (дата обращения: 28.03.2011).

Кафедра социальной гигиены Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. URL: <http://socgig.spsma.spb.ru/> (дата обращения: 28.03.2011).

## ТЕМА 2. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ

### *Вопросы для рассмотрения*

1. Здоровье как медико-социальная, социально-экономическая и социально-политическая категория.
2. Сущность социологического подхода к анализу здоровья.
3. Становление и развитие социологического изучения здоровья за рубежом и в России.

*Основные понятия:* социальная гигиена; социальная медицина; социология здоровья; социальное здоровье; социальные детерминанты здоровья; социальный градиент здоровья.

### **1. Здоровье как медико-социальная, социально-экономическая и социально-политическая категория**

Здоровье представляет собой сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия<sup>1</sup>.

Интегративная сущность здоровья и междисциплинарный статус данной категории как предмета научного исследования позволяет говорить о здоровье в контексте медицины, биологии, философии, антропологии, психологии, экономики, педагогики и пр. Здоровье современного человека рассматривается в различных аспектах: медицинском, психофизиологическом, медико-биологическом, экономическом, общественно-политическом, культурологическом, морально-эстетическом и др. Науки, изучающие здоровье, взаимно связаны и обусловлены. Именно поэтому анализ собственно социологической интерпретации здоровья следует предварить описанием медико-социальных, социально-экономических и социально-политических аспектов проблемы.

---

<sup>1</sup> Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2001.

Социальные аспекты здоровья изучаются в рамках ряда направлений профилактической медицины – социальной гигиены, социальной эпидемиологии, социальной медицины. Провести однозначные границы в сферах интересов и предметной области указанных дисциплин в отношении социальных проблем здоровья достаточно сложно. Так, *социальная гигиена*, определяемая как наука об общественном здоровье населения и здравоохранении, о социальных проблемах медицины, концентрирует свое внимание на изучении закономерностей влияния социально-экономических условий, факторов и образа жизни людей на здоровье населения, а также его отдельных групп<sup>1</sup>. *Социальная медицина* призвана изучать закономерности влияния социальных факторов на здоровье человеческих коллективов и определять пути его сохранения и укрепления<sup>2</sup>. В фокусе *социальной эпидемиологии (эпидемиологии общественного здоровья)* находятся закономерности здоровья во времени, в пространстве, среди различных групп населения в связи с воздействием условий и образа жизни, факторов внешней среды с целью разработки мер медико-социального и организационного характера, направленных на улучшение показателей общественного здоровья. Социальная эпидемиология определяется как исследование влияния социальных факторов на заболеваемость и смертность<sup>3</sup>.

Можно выделить следующие общие для всех областей медицинской науки, обращаясь к социальным аспектам здоровья, черты:

1. в предметной сфере: концентрация на социально детерминированных (условия жизни, образ жизни) факторах, влияющих на состояние здоровья человека на индивидуальном и популяционном уровне;

2. в методах исследования: опора на статистический метод (применяются методы экспертных оценок, эксперимента и моделирования и др.);

---

<sup>1</sup> Краткая медицинская энциклопедия: в 3 т. / Б.В. Петровский. М.: Советская энциклопедия, 1989.

<sup>2</sup> *Черносвитов Е.В.* Социальная медицина: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2000.

<sup>3</sup> *Власов В.В.* Эпидемиология: учеб. пособие для вузов. М.: ГэотарМед, 2004.

3. в области прикладных задач: разработка мер по охране и укреплению общественного здоровья, совершенствование системы медико-профилактических мероприятий.

Таким образом, сущность здоровья как медико-социальной категории сводится к его социальной обусловленности, предполагающей, что на здоровье человека, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне, влияют факторы социальной природы (в первую очередь – условия и образ жизни), снижение негативного воздействия которых возможно за счет эффективной системы медико-профилактических мероприятий.

Эмпирической базой для анализа социальной обусловленности здоровья в рамках медицинской науки служат результаты *медико-социальных исследований*, направленных на изучение влияния одного или нескольких социальных факторов (например, табакокурения, злоупотребления алкоголем, небезопасного секса, или шире – образа жизни, социально-экономических условий на территории проживания) на один или несколько результативных признаков (например, заболеваемость населения, смертность, инвалидность, или уже – младенческая смертность, нарушения зрения у детей, репродуктивный потенциал юношей допризывного возраста и т.п.). Отличительной чертой медико-социальных исследований является опора на объективные данные о состоянии здоровья («ответы со стороны здоровья») населения в целом или отдельной социальной группы, получаемые в ходе клинических исследований или путем обобщения статистической информации (статистики заболеваемости населения, статистики инвалидности населения, статистики физического здоровья населения, статистики здравоохранения и пр.).

Различие медико-социального и социологического подхода к анализу здоровья заключается в следующем: «в медицине объектом является жизнедеятельность человека и коллектива людей в контексте нормы и патологии, во взаимодействии с окружающей природной и социальной средой. В социологии объектом выступает бытие человека и коллектива людей во всем многообразии конкретных

проявлений. Объектом социологии здоровья становится многообразие реальных проявлений бытия индивида и коллективов людей, обеспечивающее поддержание и воспроизводство их здоровья<sup>1</sup>».

Здоровье может рассматриваться как *социально-экономическая категория*. При анализе общественного здоровья это будет означать, что здоровье населения зависит от экономического состояния общества и, в свою очередь, влияет на это состояние, а также служит индикатором социально-экономической ситуации<sup>2</sup>. Здоровье граждан выступает одним из важнейших экономических ресурсов развития страны, региона, территории. Качество населения (человеческий капитал), характеризующее, в частности, показателями общественного здоровья, является главным двигателем и ограничителем развития любой экономики. Сущность индивидуального здоровья как социально-экономической категории проявляется в том, что любая потеря здоровья приводит к неизбежным расходам на его восстановление и экономическим потерям, обусловленным снижением возможностей осуществления общественно полезной деятельности. Здоровье является экономически-детерминированной категорией – оно зависит от уровня материального благосостояния индивида, семьи, государства, управляется с помощью экономических инструментов (например, управление здоровьем работников на уровне предприятия может осуществляться с помощью комплекса экономических мер, стимулов, заставляющих работника вести здоровый образ жизни, заниматься оздоровлением<sup>3</sup>).

Начиная с 1960-х гг. в структуре экономических дисциплин формируется, институционализируется субдисциплина «экономика здоровья», призванная определить механизмы и способы эффективного поддержания здоровья с точки зрения конечного результата

---

<sup>1</sup> Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 51.

<sup>2</sup> Общественное здоровье и экономика / Отв. ред. Б.Б. Прохоров М.: МАКС Пресс. 2007.

<sup>3</sup> Например, многие зарубежные и некоторые отечественные компании практикуют выплату вознаграждений работникам за отказ от курения (в виде ежемесячных или ежеквартальных премий).

(потенциала здоровья) в условиях ограниченных природных, человеческих и других ресурсов. Основная цель экономики здоровья как науки состоит в оценке ресурсов здоровья и предложении наиболее эффективных путей их сохранения и преумножения<sup>1</sup>.

Факт того, что здоровье населения является важнейшим фактором успешного общественного развития и национальной безопасности, значимым ресурсом для обеспечения стабильности государства, а уровень качества жизни и состояния здоровья населения позволяет судить об эффективности государственной политики в области социальной сферы<sup>2</sup>, определяет *социально-политический аспект* анализа здоровья.

На сегодняшний день обеспечение здоровья нации является актуальной темой политического дискурса как в России, так и за рубежом. В частности, три из восьми целей развития тысячелетия, продекларированные Организацией Объединенных Наций в сентябре 2000 г. в «Декларации тысячелетия», касаются здоровья населения – сокращение детской смертности, улучшение охраны материнского здоровья и борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и прочими заболеваниями<sup>3</sup>. В качестве стратегических целей развития нашей страны озвучиваются рост рождаемости, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни людей, развитие материально-технической базы здравоохранения, медицинского прогресса, качества медицинских услуг. В частности, в своем выступлении на расширенном заседании Государственного совета «О стратегии развития России до 2020 года» 8 февраля 2008 г. Президент РФ В.В. Пу-

---

<sup>1</sup> Киселева Л.С. Экономика труда и экономика здоровья: различия и взаимосвязи // Материалы II международной научно-практической конференции «Современные тенденции развития научной мысли», 31 января – 7 февраля 2011 г., г. Одесса, Украина. URL: <http://www.icp-ua.com/ru/ekonomika-truda-i-ekonomika-zdorovya-razlichiya-i-vzaimosvyazi> (дата обращения: 08.02.2011).

<sup>2</sup> Гальцев С.С. Здоровый образ жизни: социально-политический аспект // Официальный сайт Комитета по здравоохранению администрации г. Астрахань. URL: [http://www.komzdrav.org/content/zdorov\\_obr\\_zhizni/](http://www.komzdrav.org/content/zdorov_obr_zhizni/) (дата обращения: 17.04.2011).

<sup>3</sup> См. об этом: Восемь целей тысячелетия // Демоскоп Weekly. Электронная версия бюллетеня «Население и общество». № 179-180, 22 ноября-5 декабря 2004. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0179/barom01.php> (дата обращения: 14.03.2011).

тин, заявив, что «будущее России, наши успехи зависят от образования и здоровья людей», акцентировал внимание на необходимости создания условий для того, «чтобы люди имели возможность и сами стремились поддерживать своё здоровье за счёт профилактики заболеваний, занятий физической культурой и спортом»<sup>1</sup>.

В качестве социально-политической категории следует рассматривать скорее общественное, а не индивидуальное здоровье, поскольку социальная политика как система мероприятий, реализуемых органами государственной власти и управления, а также органами местного самоуправления, направлена на улучшение качества и уровня жизни в первую очередь больших социальных групп, населения в целом.

Таким образом, здоровье, имея статус междисциплинарной категории, является предметом изучения многих научных дисциплин. *Социальная природа здоровья представляет собой пограничную территорию науки, попадая в фокус анализа профилактической медицины, экономики и политологии. Социальная гигиена, социальная эпидемиология, экономика здоровья, социальная политика, выступая смежными по отношению к социологии науками, обогащают ее теорию и методологию, помогают полнее раскрыть социологический подход к анализу здоровья.*

## **2. Сущность социологического подхода к анализу здоровья**

Специфику социологического подхода к изучению здоровья следует понимать через обращение к предметному полю социологии. Отправным положением является то, что социология – это наука, во-первых, о становлении, развитии и функционировании социальных общностей, социальных организаций и социальных процессов; во-вторых, о социальных отношениях как механизмах взаимосвязи и взаимодействия между многообразными общностями, между лич-

---

<sup>1</sup> Выступление В. Путина на расширенном заседании Государственного совета «О стратегии развития России до 2020 года» 8 февраля 2008 г. // Официальный сайт Президента Российской Федерации. URL: <http://archive.kremlin.ru/text/appears/2008/02/159528.shtml> (дата обращения: 05.02.2011).

ностью и общностями; в-третьих, о закономерностях социальных действий<sup>1</sup>. Исходя из этого внимание социолога применительно к здоровью должно быть сконцентрировано на:

- социально-обусловленных факторах, определяющих физическое и психическое здоровье индивида, социальной группы, общества в целом; самосохранительном поведении и здоровом образе жизни;

- отношении к здоровью человека и общества; здоровье как социальной ценности; образах здоровья, характерных для культур различных обществ;

- общих и специфических социальных условиях, т.е. макро- и микросреде формирования индивидуального и общественного здоровья;

- взаимосвязях и взаимодействии человека с социальной средой по поводу здоровья;

- связи социальной стратификации и здоровья населения, тенденциях социальных неравенств в здоровье;

- болезни как состоянию, препятствующем реализации психической, физиологической, репродуктивной и социальной жизнедеятельности индивида;

- социальном здоровье как показателе социального благополучия индивида, мере адаптированности и социальной активности индивида в обществе;

- здравоохранении как социальной системе и социальном институте.

С позиций социологического подхода здоровье – это социальный феномен, понять и определить который «невозможно в отрыве от конкретной среды, в которой живет человек, в отрыве от различных сфер проявлений его жизнедеятельности, вне связи с целями и назначениями человека<sup>2</sup>». Критерии здоровья устанавливаются исходя из норм, ценностей конкретного общества, зависят от уровня его социально-экономического и социокультурного развития. Отсюда логичным представляется определение социологии здоровья и болезни

---

<sup>1</sup> Руденко Р.И. Практикум по социологии: учеб. пособие для вузов. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 1999. С. 308.

<sup>2</sup> Краткий словарь по социологии / под общ. ред. Д.М. Гвишиани, Н.И. Лапина. М.: Политгиздат, 1988. С. 77.

(Sociology of Health and Illness), принятое в зарубежной социологии, как науки о взаимодействии между обществом и здоровьем, объектом которой выступает прямое и обратное влияние социальной жизни на заболеваемость и смертность<sup>1</sup>.

В современном социологическом дискурсе существует ряд категорий, концептов, отражающих сущность социологического подхода к здоровью. К числу наиболее изученных относится категория «*социальные детерминанты здоровья*» («социальные факторы здоровья», «факторы, формирующие здоровье»). Под социальной детерминантой понимается фактор или элемент, обуславливающие то или иное явление и имеющие социальную природу. Применительно к здоровью это будет означать, что оно зависит, определяется комплексом социальных факторов, явлений, процессов, институтов и пр.; совместное действие данных детерминант порождает тот или иной уровень, состояние здоровья индивида, социальной группы, общества в целом.

Всемирная организация здравоохранения определяет социальные детерминанты здоровья как «условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения». Эти условия (обстоятельства) формируются под воздействием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровне, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие проводимая политика<sup>2</sup>. Данное определение фокусирует наше внимание, в первую очередь, на макросоциальных детерминантах здоровья, т.е. некоторых объективных социальных условиях жизнедеятельности группы или общества, влияющих, опосредующих состояние здоровья. Однако следует отметить, что социальные детерминанты здоровья могут проявляться и на микроуровне в виде социально-психологического климата в семье, индивидуального поведения (самосохранительного или саморазрушительного) и т.п.

В связи с чем, социальные детерминанты здоровья – это все условия, порождаемые совместной деятельностью людей как членов

---

<sup>1</sup> Timmermans, Stefan & Steven Haas. Towards a sociology of disease. *Sociology of Health and Illness*. 2008. Vol. 30, No. 5. P. 659-676.

<sup>2</sup> Социальные детерминанты здоровья // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения // URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/ru/index.html](http://www.who.int/social_determinants/ru/index.html) (дата обращения: 20.04.2011).

общества и оказывающие влияние на состояние здоровья отдельного индивида, группы или общества в целом. Они могут проявляться на макро-, мезо- и микросоциальном уровне.

С категорией «социальная детерминанта здоровья» тесно связано такое понятие, как «*социальный фактор риска ухудшения здоровья*». В рамках позитивистской методологии риск трактуется как объективный и познаваемый факт и связывается с категориями «вероятность», «опасность», «вред». В русле данного подхода лежат такие дефиниции риска, как «продукт вероятности возникновения опасности и серьезности (масштаба) ее последствий<sup>1</sup>» и «сочетание вероятности некоего события и его последствий, носящих негативный характер<sup>2</sup>». Отсюда, социальные факторы риска следует понимать как социально детерминированные условия, увеличивающие вероятность или реальность наступления неблагоприятного события (в нашем случае – ухудшения индивидуального или общественного здоровья).

Социальные различия в состоянии здоровья населения внутри стран и между странами, предотвратимые неравенства в состоянии здоровья между группами называют *социальным градиентом здоровья*. Данное понятие отражает, по сути, то, что состояние здоровья человека зависит от принадлежности к определенному социальному слою, социальной группе.

Одной из центральной категорий в рамках социологического изучения здоровья является понятие «*отношение к здоровью*», определяемое как «сложившаяся, на основе имеющихся у индивида знаний, оценка собственного здоровья, осознание его значимости, а также действия, направленные на изменение состояния здоровья»<sup>3</sup>. «Отношение к здо-

---

<sup>1</sup> Bradbury J. The Policy Implications of Different Concepts of Risk // Science, Technology & Human Values. 1984. Vol. 14. No 4. P. 382.

<sup>2</sup> ГОСТ Р 51897-2002. Менеджмент риска. Термины и определения (принят постановлением Госстандарта РФ от 30 мая 2002 г. № 223-ст). URL: <http://sklad-zakonov.narod.ru/gost/Gr51897-2002.htm> (дата обращения: 20.04.2011).

<sup>3</sup> Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: автореф. дис. ... д-ра социол. наук: 22.00.04; Рос. акад. наук, Ин-т социологии. М., 2005 // Сайт Всероссийского Форума «III тысячелетие. Пути к здоровью нации». URL: [http://www.forum3000.ru/departaments/social/zhuravleva/1/glava\\_1.html](http://www.forum3000.ru/departaments/social/zhuravleva/1/glava_1.html) (дата обращения: 16.01.2011).

ровью» может быть рассмотрено на уровне общества и на уровне группы. Структура данного понятия включает в себя, во-первых, оценку состояния здоровья, во-вторых, восприятие здоровья, как ценности, в-третьих, деятельность по сохранению здоровья.

При совместном анализе категорий «социальные детерминанты здоровья» и «отношение к здоровью» необходимо обратиться к понятию «*поведение в отношении здоровья (health behavior)*», под которым понимается система взаимосвязанных действий, активность индивида или социальной общности, оказывающая или способная оказать влияние на их здоровье. Вариативность поведения в отношении здоровья определяет существование таких понятий, как «самосохранительное (самосохранное) поведение», «здоровьесберегающее поведение», «рискогенное поведение» «аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение» и пр. S. Kasl и S. Cobb<sup>1</sup> выделяют три модификации поведения в отношении здоровья: а) профилактическое, превентивное поведение в отношении здоровья («*preventive health behavior*»), включающее активность индивида или группы, направленную на сохранение своего здоровья, предупреждение возникновения заболеваний; б) поведение заболевшего («*illness behavior*»), реализуемое индивидом, субъективно ощущающим, воспринимающим себя больным; в) поведение в роли больного («*sick-role behavior*»), представляющее собой социально санкционированную девиацию больного человека.

Следует рассмотреть такое важное для социологического анализа здоровья понятие, как «*здоровый образ жизни*». Образ жизни – это понятие отечественной социологии, характеризующее конкретные социокультурные интерьеры (типичные формы, способы и механизмы) жизнедеятельности социальных субъектов. Категория «образ жизни» охватывает совокупность типичных видов жизнедеятельности индивида, социальной группы, общества в целом, которая рассматривается в единстве с условиями жизни, определяющими её. Образ жизни показывает, как организована повседневная жизнедеятельность индивида, группы или общества в пространстве и во вре-

---

<sup>1</sup> Kasl S., and Cobb S. Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior // Archives of Environmental Health. 1966. Vol. 12. P. 246-266.

мени. Отсюда, здоровый образ жизни – это социологическое понятие, характеризующее: а) степень реализации потенциала конкретного общества (индивида, социальной группы) в обеспечении здоровья; б) степень социального благополучия как единства уровня и качества жизни; в) степень эффективности функционирования социальной организации в ее отнесении к ценности здоровья<sup>1</sup>.

В зарубежных работах чаще употребляется термин «стиль жизни (lifestyle)» и, соответственно, «*здоровый стиль жизни (healthy lifestyle)*», отражающий индивидуальные особенности поведения в отношении здоровья. Часто отечественные исследователи подменяют понятием здоровый образ жизни другую категорию – здоровый стиль жизни, понимая под первым, в частности, стиль жизнедеятельности, соответствующий наследственным особенностям организма, условиям существования человека, ориентированный на культуру сохранения, укрепления и восстановления здоровья, необходимого для выполнения лично и общественно значимых функций<sup>2</sup>.

Несколько особняком в контексте социологического изучения здоровья стоит понятие «*социальное здоровье*». Причина подобного статуса указанной категории заключается в нетипичной трактовке здоровья через понятия социальной адаптации, социализации, социальной активности, социального благополучия. Социальное здоровье на индивидуальном уровне характеризует способность человека к общению с другими людьми в условиях окружающей социальной среды, наличие личностных взаимоотношений, приносящих удовлетворение. Социальное здоровье подразумевает социальную включенность человека, высокий уровень социальной активности, деятельное отношение к миру. Мерой социального здоровья выступает степень освоенности индивидом социальных норм, интеграции в социальные процессы, включенности в социальные коммуникации и интеракции. На социетальном уровне социальное здоровье рас-

---

<sup>1</sup> См.: Социология: энциклопедия / сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный дом, 2003.

<sup>2</sup> Сущность понятий «здоровье» и «здоровый образ жизни» в контексте культурологического подхода к образованию школьников / Т.С. Кольжецова, П.Г. Марков, М.А. Якунчев // Письма в Эмиссия. Оффлайн. URL: <http://1.emissia.peterhost.ru/offline/2008/1241.htm> (дата обращения: 01. 03. 2008).

сма­три­ва­ет­ся в двух ра­кур­сах. Во-пер­вых, как ка­те­го­рия, вы­ра­жа­ю­щая от­но­ше­ние об­щес­тва к че­ло­ве­ку. В дан­ном слу­чае при­ня­то опе­ри­ро­вать по­ня­ти­ем «со­ци­аль­ное здо­ро­вье об­щес­тва». Об­щес­вен­ные си­сте­мы раз­ли­ча­ют­ся по со­сто­я­нию со­ци­аль­но­го здо­ро­вья, что на­хо­дит свое вы­ра­же­ние в струк­ту­ре и це­лях об­щес­тва. Во-вто­рых, как ка­те­го­рия, от­ра­жа­ю­щая сте­пень со­блю­де­ния гра­ждан­ских прав и сво­бод в об­щес­т­ве, от­сут­ствие не­ра­вен­ства в до­ступе к ос­нов­ным бла­гам («здо­ро­вое об­щес­тво»). По за­ме­ча­нию R.D. Russell, об­щес­тво яв­ля­ет­ся здо­ро­вым, ко­гда в нем обес­пе­че­ны «рав­ные воз­мож­но­сти для всех и рав­ный до­ступ для всех к то­ва­рам и ус­лу­гам, не­об­хо­ди­мым для пол­но­цен­но­го функ­ци­о­ни­ро­ва­ния в ка­че­стве гра­ж­да­ни­на»<sup>1</sup>.

Сле­ду­ет от­ме­тить, что со­ци­о­ло­гиче­ские ис­сле­до­ва­ния здо­ро­вья пре­дус­ма­т­ри­ва­ют ана­лиз та­ких ка­те­го­рий, как *не­здо­ро­вье* («*illness*») и *бо­лезнь* («*disease*»). Ото­ж­дес­т­в­ля­е­мые в от­ечес­т­вен­ном на­уч­ном со­ци­о­ло­гиче­ском дис­кур­се «не­здо­ро­вье» и «бо­лезнь» трак­ту­ют­ся как со­ци­аль­ные фе­но­ме­ны, ока­зы­ва­ю­щие су­щес­т­вен­ное вли­я­ние на ста­биль­ность об­щес­тва, пред­став­ля­ю­щие со­бой осо­бые фор­ма де­ви­ан­т­но­го (от­кло­ня­ю­ще­го­ся) по­ве­де­ния че­ло­ве­ка, в про­тивовес здо­ро­вью, рас­сма­т­ри­ва­е­мо­му в ка­че­стве со­ци­аль­ной нор­мы.

Та­ким об­ра­зом, *со­ци­о­ло­гия за­ни­ма­ет осо­бое по­ло­же­ние в си­сте­ме на­ук, сде­ла­в­ших здо­ро­вье пре­д­ме­том сво­е­го ана­ли­за. Рас­сма­т­ри­вая здо­ро­вье как со­ци­аль­ный фе­но­мен, со­ци­о­ло­гия кон­цен­т­ри­ру­ет вни­ма­ние на со­ци­аль­ных детер­ми­нан­тах здо­ро­вья, его со­ци­аль­ной при­ро­де, ме­сте в си­сте­ме со­ци­о­куль­тур­ных цен­но­стей, ре­гу­ли­ру­ю­щих по­ве­де­ние че­ло­ве­ка и др. Со­ци­о­ло­гиче­ский ана­лиз про­бле­ма­ти­ки здо­ро­вья име­ет свои тра­ди­ции как в Рос­сии, так и за ру­бе­жом.*

### **3. Ста­но­в­ле­ние и раз­ви­тие со­ци­о­ло­гиче­ско­го изу­че­ния здо­ро­вья за ру­бе­жом и в Рос­сии**

Со­ци­о­ло­гиче­ское изу­че­ние здо­ро­вья бер­ет на­ча­ло в ра­бо­тах Е. Durkheim (Дюрк­гейм), Т. Parsons (Пар­сонс), Е. Goffman (Гоф­ф­ман) и др.

---

<sup>1</sup> *Russell R.D. Social Health: An Attempt to Clarify This Dimension of Well-Being // International Journal of Health Education. 1973. Vol. 16. P. 75.*

Учение Э. Дюркгейма о различиях нормального и патологического в обществе, о социальных болезнях и их преодолении по-прежнему актуально. Акцентируя внимание на поиске объективного критерия, внутренне присущего самим фактам и позволяющего научно отличать здоровье от болезни в разных категориях социальных явлений, Дюркгейм тем не менее подчеркивает, что болезнь не противопоставляется здоровью, это две разновидности одного и того же рода, взаимно проясняющие друг друга<sup>1</sup>.

Социальное здоровье, по Дюркгейму, заключается в нормальном развитии жизненных сил индивида, коллектива или общества, в их способности адаптироваться к условиям среды и использовать ее для своего развития. Это дает им «шансы на долгую жизнь». То, что способствует развитию общества и благосостоянию людей, должно быть признано полезным и необходимым. Болезнь общества может зародиться в любой его сфере. Если же оно больно целиком, лечить его надо комплексно. Большое значение придает Дюркгейм моральному и политическому оздоровлению общества, внедрению во все его сферы социально здоровых и эффективных стимулов деятельности и общения людей<sup>2</sup>.

Проблемы социального статуса и роли больного (sick role), специфики существования носителя данного статуса в различных социальных структурах рассматривались в трудах Н.Е. Sigerist (1929) и L.J. Henderson (1935), однако до появления работы Т. Парсонса «Социальная система» (1951) они не были исследованы в достаточной мере. Парсонс предложил видеть в «роли больного» особый вид девиантного (отклоняющегося) поведения индивида, которое ставит специфические проблемы перед ним и обществом. За больным признается право на особые требования и привилегии. В социальном плане «роль больного» сводится к четырем основным позициям: а) воздержание от нормальной общественной деятельности, б) больной считается неспособным «взять себя в руки» «справиться» с со-

---

<sup>1</sup> Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / пер. с фр., составление, послесловие и примечания А.Б. Гофмана. М.: Канон, 1995.

<sup>2</sup> См.: Философия: учебник / под ред. проф. В.Н. Лавриненко. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрист. 2004.

бой, в) от больного ожидают отношения к его положению как нежелательному для него самого и не дающего особых преимуществ, г) от больного требуется кооперация в лечении с врачом. По Т. Парсонсу, «роль больного» изменяется в зависимости от возраста, пола, положения в семье, занятий, материального достатка. Таким образом, «роль больного» – это модификация других социальных ролей. Общество в определенной мере снимает с больного ответственность за все другие социальные роли<sup>1</sup>.

Аналогичный подход к интерпретации болезни и поведению больного предлагается в работах *D. Mechanic*. Так же, как и у Т. Парсонса, болезнь рассматривается как вид отклоняющегося поведения, причем полагается, что социально-психологические факторы в большей мере, чем институциональные условия, детерминируют поведение больного. Определяя поведение больного как контролируемое отклоняющееся поведение, *Mechanic* утверждает, что форма социального контроля способствует укреплению стабильности общества<sup>2</sup>.

Теоретические основы социологического исследования психического здоровья и объяснения поведения человека как активного субъекта в стрессовых ситуациях при взаимодействии с социальной средой были заложены в трудах представителя Чикагской школы *Э. Гоффмана*. В своей классической работе «Приюты: Несколько эссе о социальном положении психически больных и других лишённых свободы» Гоффман описывал, как процесс институционализации вводит людей в роль послушного пациента, того, кто «глуп, безопасен и незаметен», которая, в свою очередь, укрепляет представления о хронизации тяжёлого психического заболевания<sup>3</sup>.

Социальная детерминация психического здоровья человека раскрывается также в трудах немецкого социолога, философа *Е. Фромма* (Фромм). В своей работе «Здоровое общество» Фромм заявляет, что

---

<sup>1</sup> См. об этом: Лекции по исторической этнологии: учебное пособие. М. : Гардарики, 1998. С. 274-276.

<sup>2</sup> См. об этом: *Mechanic D. Medical Sociology*. 2-nd Ed. New York: Free Press, 1978.

<sup>3</sup> *Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. N.Y., 1961.

характеристика состояния психического здоровья современного человека западного мира невозможна без понимания того, какие «факторы в его образе жизни ведут к психическим заболеваниям, а какие благоприятствуют сохранению нормальной психики», акцентируя внимание на изучение влияния, «которое оказывают на природу человека специфические условия нашего способа производства и нашего общественного и политического устройства»<sup>1</sup>. В целом, концепция Э. Фромма основывается на положении о том, что здоровье личности зависит в первую очередь не от самого индивида, а от структуры данного общества. При этом общество оказывает как развивающее, так и деформирующее влияние на человека.

Постструктурализм и постмодернизм в связи с социологическим изучением здоровья представлен работами *Т. Абея* (T. Abel) и *В. Коккерема* (W.C. Cockerham), *П. Бурдьё* (P. Bourdieu), *М. Фуко* (M. Foucault) и *Ж. Бодрийяра* (J. Baudrillard).

В. Коккерем делает акцент на личной ответственности человека за свое здоровье, которая обуславливается социально-культурными нормами жизни различных социальных групп, их образом жизни, трактуемым как «коллективная модель поведения в отношении здоровья, выбор который ограничен жизненными шансами индивидов (полом, возрастом, национальностью, социальной принадлежностью и т.п.)»<sup>2</sup>.

Введенное П. Бурдьё понятие «габитус» (habitus), определяемое как 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 ученого, осуществляет «символическое насилие», навязывая свою систему значений, символов, иерархию ценностей, которые приобретают естественный, «само собой разумеющийся характер». Большое значение для социологического научного знания о здоровье имеет книга П. Бурдьё «Distinction», в кото-

---

<sup>1</sup> Фромм Э. Здоровое общество. М.: АСТ, Транзиткнига, 2005. С. 35.

<sup>2</sup> См.: Cockerham W., Rutten A., Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber // The Sociological Quarterly. 1997. Vol. 38.

рой 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<sup>1</sup>.

Исследовательский фокус М. Фуко сконцентрирован преимущественно на медицине, призванной, по его мнению, не только лечить, но и развиваться «как знание о здоровом человеке». Ученый 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.

В социально-философском трактате «Символический обмен и смерть», Ж. Бодрийяр, во многом созвучно концепции Т. Парсонса, подчеркивает девиантность болезни, проявляющейся в следующем: «самая серьезная опасность, которую представляет больной, в чем он по-настоящему асоциален и подобен опасному безумцу, – это его глубинное требование быть признанным в качестве такового и обменивать свою болезнь». Болезнь опасна тем, что она стремится быть принятой, символически признанной и обмененной. «Но чтобы признать это безумие под названием «болезнь» как некую отличность, обладающую смыслом... не стремясь «вернуть больного к нормальной жизни», – такое предполагает полную ликвидацию медицины и больницы... а в конечном счете и ликвидацию всего господствующего социального порядка...»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Bourdieu P. *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge, 1984.

<sup>2</sup> Бодрийяр Ж. *Символический обмен и смерть*. М.: Добросвет, КДУ, 2006. С. 320.

Социологическая парадигма изучения здоровья в отечественной науке является существенно менее развитой. Социальные аспекты здоровья в России традиционно изучались медициной, социальной гигиеной, медицинской демографией, психологией и пр. Примеры собственно социологического анализа здоровья наблюдаются с 1970-1980-х гг.

Ценностно-мотивационный подход к изучению здоровья нашел отражение в публикациях *А. Антонова, М. Бедного, В. Медкова* и др.<sup>1</sup> Концепция самосохранительного поведения развивается в работах *И. Журавлевой*<sup>2</sup> и *Л. Шиловой*<sup>3</sup>, в 9 городах 5 республик СССР проводилась ее апробация в ходе масштабных эмпирических исследований. Отметим, что впервые пилотажные исследования самосохранительного поведения начала проводить небольшая группа социологов и демографов под руководством А.И. Антонова сначала в Центре по изучению проблем народонаселения (на экономическом факультете МГУ им. М.В. Ломоносова) в 1980-1983 гг., затем в Институте социологии АН СССР в 1984-1986 гг. Однако исследования самосохранительного поведения очень скоро были прерваны после своего начала. Они не получили поддержки ни со стороны руководства учреждений, в которых проводились, ни со стороны научного сообщества<sup>4</sup>.

Особое место в советской социологической науке занимала разработка категорий «образ жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «здоровый образ жизни» как характеристик сферы жизнедеятельности и системы факторов, обуславливающих здоровье<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> *Антонов А.И., Зотин В.А., Медков В.М.* О первом опыте изучения самосохранительных установок: Материалы Всесоюзной научной конференции «Проблемы демографической политики в социалистическом обществе». Киев, 1982.

<sup>2</sup> *Журавлева И.В., Левыкин И.Т.* Образ жизни и региональные особенности отношения к здоровью // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. М.: ИСАИ СССР, 1989.

<sup>3</sup> *Шилова Л.С.* Изучение поведенческих аспектов здоровья населения // Проблемы социальной демографии / Отв. ред. Н.В.Тарасова. М.: ИСИ АН СССР, 1987.

<sup>4</sup> См. об этом: *Борисов В.А.* Демография. М.: Издательский дом «NOTABENE», 2001. 272 с.

<sup>5</sup> См., например: *Изуткин Д.А.* Формирование здорового образа жизни // Советское здравоохранение. 1984. № 11. С. 8-11.

В 1980-х гг. В. Ивановым и В. Лупандиным дается первое определение социологии здоровья<sup>1</sup>. Несмотря на это в отечественном дискурсе здоровья долгое время преобладает узкомедицинская парадигма мышления, что предопределяет длительное «эмбриональное состояние собственно социологии здоровья»<sup>2</sup>.

Таким образом, отметим, что изучение социальных аспектов здоровья в рамках различных школ и направлений в отечественной и зарубежной социологической науке имеет свои особенности. В целом же, обращаясь к современным тенденциям социологического изучения феномена здоровья, следует подчеркнуть смещение интереса исследователей от анализа роли больного, роли врача и значения медицины к изучению роли здоровья, здорового индивида и факторов, способствующих формированию здоровья как одной из основных ценностей современной западной цивилизации.

#### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Какие научные дисциплины изучают социальные аспекты индивидуального и общественного здоровья? В чем заключается основное отличие интерпретации здоровья как медико-социальной, социально-экономической и социально-политической категории?

2. В чем заключается сущность социологического подхода к анализу здоровья?

3. Что такое «социальные детерминанты здоровья» и «социальный градиент здоровья»? В чем отличие понятий «социальная детерминанта здоровья» и «социально детерминированный фактор риска здоровью»?

4. Объясните понятие «несправедливость в отношении здоровья». С какими другими социологическими категориями данное понятие наиболее тесно связано? Приведите примеры несправедливости в отношении здоровья между странами.

---

<sup>1</sup> Иванов В.Н., Лупандин В.М. Исследованию проблем здравоохранения – социологический подход // Коммунист Украины. 1984. № 11. С. 72-77.

<sup>2</sup> Социология быта, здоровья и образа жизни населения / Л. Гордон, А. Возми-тель, И. Журавлева, Э. Клопов, Н. Римашевская, В. Ядов // Социология в России / под ред. В.А. Ядова. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: Изд-во Института социологии РАН, 1998.

5. В рамках каких теоретических социологических парадигм рассматривается категория здоровья? В чем заключается специфика анализа здоровья с позиций структурного функционализма, символического интеракционизма, постструктурализма и постмодернизма?

6. Ознакомьтесь с работой Т. Парсонса «Социальная система», и выделите основные положения концепции роли больного. Каковы роль и место врачей в легитимации роли больного?

7. Проведите анализ содержания научных периодических изданий по социологии (журналы «Социологические исследования», «Журнал социологии и социальной антропологии», «Социально-гуманитарные знания» и др.) за последние три года. Охарактеризуйте основные темы и проблемы, поднимаемые в публикациях, посвященных анализу индивидуального или общественного здоровья.

## Список литературы

### *Основной*

*Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.

*Журавлева И.В.* Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество / под ред. В.А. Ядова. М.: Изд-во «КАНОН-пресс-Ц», 2001. С. 506-519.

Социология быта, здоровья и образа жизни населения / Л. Гордон, А. Возьмитель, И. Журавлева, Э. Клопов, Н. Римашевская, В. Ядов // Социология в России / под ред. В.А. Ядова. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: Из-во Института социологии РАН, 1998.

### *Дополнительный*

*Бодрийяр Ж.* Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, КДУ, 2006.

*Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов медицинских вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. М., 2007.

*Парсонс Т.* О социальных системах. М.: Академический проект, 2002.

*Фромм Э.* Здоровое общество. М.: АСТ, Транзиткнига, 2005.

*Штайнкамп Г.* Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. II., Вып. 1.

*Marmot M.G.* Social inequalities in mortality: the social environment // Class and Health. / Ed. by R.G. Wilkinson. London and New York: Tavistock, 1986.

### *Интернет-ресурсы*

Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/> (дата обращения: 11.02.2010).

Электронная энциклопедия общественного здоровья // Answers.com. URL: <http://www.answers.com/library/Public%20Health%20Encyclopedia-cid-11341413> (дата обращения: 09.06.2010).

Британский Фонд поддержки исследований в области социологии здоровья и болезни // Foundation for the Sociology of Health and Illness. URL: <http://www.shifoundation.org.uk/> (дата обращения: 19.05.2010).

Исследовательский комитет по социологии здоровья Международной социологической ассоциации. URL: <http://www.isa-sociology.org/rc15.htm> (дата обращения: 05.01.2009).

## **ТЕМА 3. СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ОТРАСЛЕВАЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСЦИПЛИНА**

*Вопросы для рассмотрения*

1. Объект и предмет социологии здоровья.
2. Роль и место социологии здоровья в системе социального знания.
3. Институционализация социологии здоровья.

*Основные понятия:* объект и предмет социологии здоровья; социология медицины.

### **1. Объект и предмет социологии здоровья**

В качестве объекта исследования той или иной науки понимается часть окружающего мира, объективного или субъективного, существующая в качестве реальности независимо от исследователя. Именно на эту реальность, обладающую определенными границами, направлен процесс научного познания. Объект науки существует до самой науки и независимо от того, подвергся ли он изучению.

Применительно к социологии здоровья объект исследования может быть определен как «многообразие реальных проявлений бытия индивида и коллективов людей, обеспечивающее поддержание и воспроизводство их здоровья»<sup>1</sup>. Структура объекта социологии здоровья включает следующие составляющие: индивидуальное здоровье, здоровье социальной группы и общества; здравоохранение как социальный институт; коммуникацию по поводу здоровья, в том числе правовое регулирование взаимоотношений между различными субъектами по поводу здоровья.

Предмет науки является логическим описанием объекта и определяется предпочтениями исследователей в выборе некоторого его среза, аспекта, грани, специфических черт или элементов. Предмет исследова-

---

<sup>1</sup> Дмитриева Е.В. Указ. Соч. С. 189.

ния, в отличие от объекта, конструируется в нашем сознании, выделяется путем абстрагирования исследователя от прочих свойств объекта изучения. Целесообразность определения предмета исследования детерминирована невозможностью охвата всех особенностей и специфических черт объекта в рамках целостного изучения.

Трактовка предмета социологии здоровья не является на сегодняшний день устоявшейся, общепринятой и единодушно разделяемой научным сообществом. Дефиниция предмета обозначенной социологической субдисциплины зависит от понимания специфики здоровья как социального феномена, его социальной природы. Отсюда, различные ученые по-своему определяют предмет социологии здоровья.

По мнению Е. Дмитриевой, предметом социологии здоровья являются закономерности и механизмы формирования и поддержания здоровья (макросоциальные механизмы, социальная политика в области здравоохранения и здоровья и т.п.), а также факторы, определяющие здоровье и превентивное поведение (в том числе и состояние правовой сферы). Сходное утверждение встречается в Энциклопедическом социологическом словаре, авторы которого полагают, что в фокусе социологии здоровья должны находиться «закономерности формирования и сохранения здоровья человека... функционирования разнообразных условий и факторов, влияющих на здоровье различных социально-демографических и профессиональных групп населения; а также деятельность по охране здоровья людей»<sup>1</sup>. И. Журавлева в качестве предмета изучения социологии здоровья называет механизмы социальной обусловленности здоровья и его место в системе социокультурных ценностей, регулирующих отношение человека к здоровью, а также уровень выражения потребности в здоровье, установки и мотивы заботы о здоровье, природу социально-культурных факторов, влияющих на здоровье, и механизмы этого влияния<sup>2</sup>. Особое место в структуре предмета науки, по мнению исследователя, должны занимать факторы риска и антириска, опреде-

---

<sup>1</sup> *Лупандин В.М.* Социология медицины // Энциклопедический социологический словарь. М., 1995. С. 726-727.

<sup>2</sup> Социология быта, здоровья и образа жизни населения. Указ. Соч.

ления «норм» здоровья и механизмы поддержания уровня здоровья, его ресурсы и пути формирования оптимальной социальной нормы.

В зарубежных работах предмет социологии здоровья трактуется следующим образом. По мнению P. Conrad, социология здоровья (Sociology of health and illness) призвана исследовать социальные причины болезни, социальные основания для получения различных видов медицинской помощи и отношение к ним со стороны индивида и общества<sup>1</sup>. K. White отмечает, что социология должна концентрироваться на анализе влияния на заболеваемость социально-экономического статуса индивидов и социокультурных факторов (например, этнических традиций и верований)<sup>2</sup>. Автор подчеркивает необходимость исследования отношений между социальными структурами и возникновением и распространением болезней в современном обществе, оговаривая особую роль социальной стратификации, профессионального медицинского сообщества, гендера и этничности в формировании здоровья населения. B.G. Link и Jo Phelan предлагают изучать социальные условия как фундаментальные причины болезней, призывая переключить внимание с индивидуальных факторов риска здоровью и самосохранительного поведения на «социальные контексты рисков»<sup>3</sup>. F.H. Knelman в качестве предмета социологии здоровья видит здравоохранение (*health care delivery system*) как социальную систему<sup>4</sup>.

Многообразие интерпретаций предмета социологии здоровья приводит к тому, что в фокус ее научного анализа попадает широкий круг проблем, как типичных для отечественной исследовательской традиции (например, социальные факторы риска здоровью, самосохранительное поведение, отношение к здоровью и пр.), так и не вполне привычных для отечественной науки. К последним можно отнести:

– социологические аспекты умирания и смерти (*social aspects of death and dying*);

---

<sup>1</sup> Conrad P. The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. Macmillan Publishers. 2008. P. 1-55.

<sup>2</sup> White K. An introduction to the sociology of health and illness. SAGE Publishing. 2002. P. 4-5.

<sup>3</sup> Link B. and Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease // Journal of Health and Social Behaviour, Extra Issue. 1995. P. 80-94.

<sup>4</sup> Knelman F.H. The sociology of health // The Journal of Orthomolecular Medicine. 1996. Vol. 11, 3rd Quarter.

- проблемы заботы о здоровье, медикализации и фармакологизации повседневной жизни (*healthism, the medicalization and pharmacologisation*);
- социальные факторы эпидемий и пандемий;
- социальные проблемы распространения ВИЧ и СПИДа;
- социальные аспекты биоэтики;
- анализ стигмы и дискриминации, связанных со здоровьем;
- социальные аспекты психического здоровья и психической патологии;
- эмоции и здоровье.

Обобщая точки зрения отечественных и зарубежных ученых-социологов относительно предмета изучения социологии здоровья, можно сделать следующий вывод. *Социология здоровья* – это отраслевая социологическая дисциплина, объектом изучения которой является здоровье и отношение к здоровью как социокультурные феномены, а предметом – социальные условия и детерминанты здоровья, социальные механизмы формирования, сохранения и укрепления здоровья на индивидуальном и популяционном уровне, а также социальные интеракции по поводу здоровья, реализуемые индивидами и социальными группами в рамках различных социальных структур и социальных институтов.

## **2. Роль и место социологии здоровья в системе социального знания**

Социология здоровья является специальной социологической дисциплиной (теорией)<sup>1</sup>. Как любая специальная социологическая теория, социология здоровья тесно связана, с одной стороны, с эмпи-

---

<sup>1</sup> Специальная социологическая дисциплина (теория) – определенный уровень социологического знания, сформированный в процессе его интенсивной профессионализации и специализации. Каждая специальная социологическая дисциплина рассматривает ту или иную сферу жизнедеятельности общества, социальную общность или социальный процесс как относительно самостоятельные системы с общими и специфическими связями, универсальными и частными характеристиками, общими и особенными условиями происхождения, функционирования и развития. См. подробнее: Социология: энциклопедия. Указ. Соч.

рическими исследованиями, которые поставляют необходимый материал для ее развития, с другой стороны – с общесоциологическими теориями, которые дают возможность использовать общие теоретические разработки, модели и методы исследования.

Становление социологии здоровья обусловлено как достижениями медицинских (социальная гигиена, эпидемиология, организация здравоохранения и др.) наук, так и развитием социологических теорий среднего уровня – социологии семьи, социологии труда, социологии досуга и др. Взаимосвязь социологии здоровья с другими социологическими дисциплинами представлена на рис. 1.

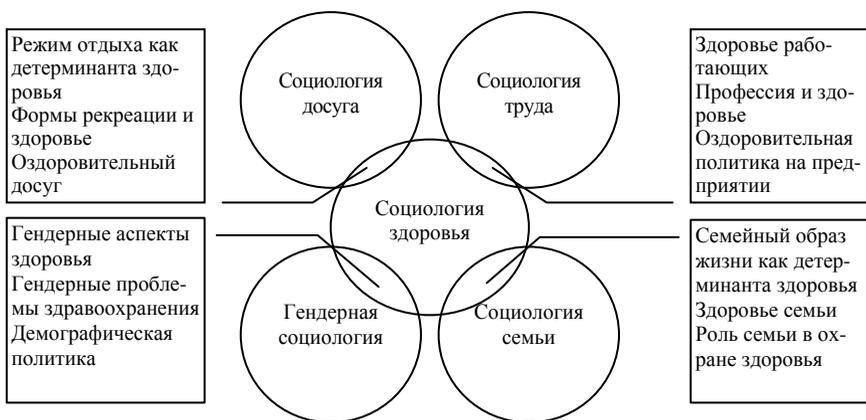


Рис. 1. Соотношение социологии здоровья и других социологических дисциплин

Одной из ключевых категорий *социологии досуга* является категория «рекреация». Понятие рекреации формируется на основе междисциплинарного подхода, с привлечением методологии социологии здоровья, геронтологии, социологии труда, спорта и досуга. Исследования таких проблем, как физическая рекреация в сфере досуга человека, стратегии и возможности реализации оздоровительного досуга, оздоровительный туризм, особенности рекреационной деятельности различных социальных групп не могут строиться без привлечения понятийного аппарата, подходов и методов социологии здоровья.

Проблематика, являющаяся смежной для социологии здоровья и *социологии труда*, затрагивает как общие вопросы состояния и охраны здоровья работающих граждан, так и более частные вопросы безопасности труда, реализации предприятиями политики в области сохранения и укрепления здоровья работников (*health management*), влияния профессии, образа жизни, обусловленного профессией, на здоровье человека.

Семья, являясь одним из важнейших социальных институтов, формирующих как здоровье индивида, так и отношение к нему, закономерно попадает в предметное поле социологии здоровья. Пограничными (для социологии здоровья и *социологии семьи*) темами для изучения являются роль семьи в формировании здоровья ребенка, семейный образ жизни как детерминанта здоровья, роль семейного воспитания в формировании здорового образа жизни и др.

Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении – популярная тема для исследований как в рамках социологии здоровья, так и в рамках *гендерной социологии*. На стыке данных отраслевых социологических дисциплин изучаются проблемы гендерного равенства в сфере охраны здоровья, гендерных различий в показателях здоровья, репродуктивного здоровья мужчин и женщин, демографической политики и пр.

Помимо указанных социологических дисциплин социология здоровья тесно связана с социологией спорта и физической культуры, социологией возраста, социологией девиантного поведения. Есть общее исследовательское поле у социологии здоровья и социологии молодежи, социологии управления, социологии культуры и др.

Говоря о соотношении социологии здоровья с другими социологическими дисциплинами, следует отметить, что наиболее сложным является вопрос о соотношении социологии здоровья и социологии медицины. Существует две основных точки зрения по данному вопросу.

Согласно *первому подходу* социология здоровья является *более общей* по отношению к социологии медицины, теорией<sup>1</sup>. Если социология здоровья призвана исследовать весь комплекс социальных аспектов здоровья, то социология медицины концентрирует свое

---

<sup>1</sup> См., например: *Дмитриева Е.В.* От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 51-56.

внимание лишь на вопросах охраны здоровья, а также проблемах функционирования социальных институтов, призванных обеспечить удовлетворение данной общественной потребности. Более того, социология медицины не только выступает частью социологии здоровья, но и включается в еще одну социологическую субдисциплину – социологию здравоохранения. Дело в том, что функции охраны и поддержания здоровья реализует не только медицина. Здравоохранительная деятельность может быть осуществлена в рамках институтов семьи, образования, труда, религии, права, экологии и т.д. Медицина представляет собой лишь одну из подсистем сферы здравоохранения, хотя и наиболее значимую. Соотношение указанных отраслей социологического знания представлено на рис. 2.

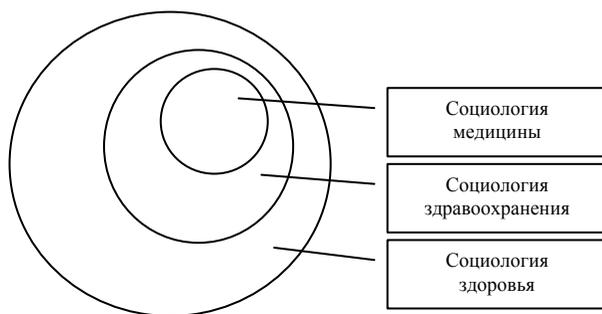


Рис. 2. Соотношение социологии здоровья и социологии медицины как общего и частного

Социология здравоохранения изучает деятельность здравоохранения как части социальной сферы общества, связанной с воспроизводством реальной повседневной жизни людей, развитием и самосуществлением социальных субъектов. Основные ее измерения следующие: 1) условия сохранения здоровья и медицинского обслуживания; 2) доступность благоприятных для здоровья форм жизнедеятельности и медицинской помощи; 3) гражданские права и гарантии на получение медицинской помощи и проживание в безопасной для здоровья среде обитания; 4) возможность выбора медицинских услуг и благоприятных для здоровья способов поведения и форм жизнедеятельности; 5) возможность развития ресурса здоровья как состав-

ляющей жизненного ресурса: в сфере образования, физической культуры, права, медицинского обслуживания и т.д. в соответствии с социальным статусом и статусом здоровья; 6) способы регулирования, социального контроля здравоохранения и медицинского обслуживания со стороны гражданского общества, государства и личности; 7) степень ответственности социальных субъектов за сохранение здоровья; 8) социальное неравенство (условий и возможностей) в вопросах охраны здоровья и медицинского обслуживания; 9) социальные интересы, потребности, ожидания, мотивы и стимулы социальных субъектов (индивидов и групп) в сфере здравоохранения.

Социология медицины имеет своим предметом медицину как социальный институт, реализующий функции сохранения жизни и здоровья людей. Измерениями медицины как социального института выступают: 1) ценности медицины (цели, принципы, кодексы), степень их согласованности с ценностями общества; 2) структура и функции медицины; 3) формы ее внутриинституциональной организации; 4) символы медицины; статусы и роли (врачи, пациенты, государство и др.) и регуляция отношений между ними – правовая, этическая и т.д.; 5) система профессиональной стратификации: определение статуса медицинских специальностей и профессий в системе профессиональной стратификации общества; 6) исследование организации внутрипрофессионального неравенства; 7) система профессионального образования и профессионального отбора<sup>1</sup>.

*Второй подход* является результатом попыток соединить социологию медицины и социологию здоровья, сконструировав их в единый предмет в рамках социологии медицины (см. рис. 3). Последняя понимается как наука, изучающая здоровье и болезнь в реляционном, институциональном, организационном и сравнительно-историческом аспектах<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> *Шухатович В.Р.* Социология медицины и здравоохранения // Социология: энциклопедия / сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003.

<sup>2</sup> *Девятко И.Ф.* Социология медицины: программа дисциплины для направления 521200 «Социология» (вторая ступень высшего образования) и для специальности 020300 «Социология» (третья ступень высшего образования). М.: Высшая школа экономики. 2003.

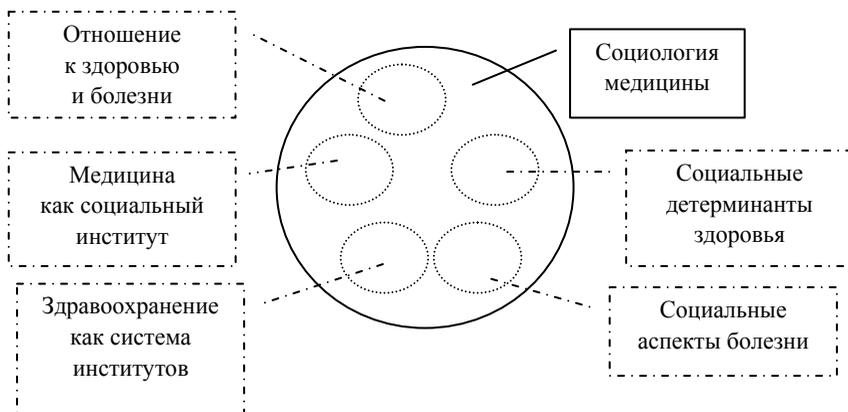


Рис. 3. Предметное поле социологии здоровья в контексте социологии медицины

Возникновение указанного подхода, вероятно, связано с тем, что социология медицины как специализированная область, сложившаяся в 1950-е гг., была первоначально востребована для социологического образования студентов-медиков, тогда как в рамках собственно социологического научного дискурса проблематика здоровья и его охраны не получила должного обоснования. Замещение социологии здоровья социологией медицины характерно и для российского профессионального медицинского сообщества<sup>1</sup>. Однако указанный подход имеет ряд ограничений. Несмотря на очевидную связь между здоровьем, заболеваемо-

<sup>1</sup> Так, например, сегодня в России по специальности «Социология медицины» защищаются диссертации на соискание ученой степени кандидата и доктора медицинских наук (соискателям, успешно защитившим диссертацию, присваивается степень кандидата/доктора наук одновременно и по медицине, и по социологии). Ученые советы по защите диссертаций по указанной специальности существуют только при медицинских вузах – Волгоградском государственном медицинском университете и Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова. Согласно паспорту специальности «Социология медицины» (14.02.05) в ее предметное поле входит изучение с использованием социологических подходов роли и места системы охраны здоровья в жизни общества и представлений различных слоев общества о влиянии социально-экономических факторов на состояние общественного здоровья и организацию медицинской помощи с целью выработки дополнительных социально-психологических мер по профилактике, сохранению и укреплению здоровья, работоспособности и продлению жизни граждан; функционирования и развития социальных процессов, протекающих в системе здравоохранения, ее институтах и в медицине как социальном институте.

стью человека в социальном аспекте и медициной как социальным институтом, следует отметить, что это различные области социологического анализа. По замечанию Е. Дмитриевой, основными в предмете социологии здоровья являются понятия собственно здоровья и связанные с ним категории «образ жизни», «продвижение здорового образа жизни», «качество здоровья», «право на здоровье». Кроме того, социология анализирует здравоохранение как социальный институт в целом, как область человеческой деятельности, выходящую за рамки медицины в официальном и профессиональном понимании. Так, характер и структура питания влияют на здоровье людей, а за пределами диетологии и гигиены сфера компетенции медицины заканчивается<sup>1</sup>.

Повышение интереса социологического научного сообщества к социальным аспектам здоровья и болезни, функционированию социальных институтов, обеспечивающих охрану и укрепление здоровья населения, привело к появлению новых социологических дисциплин, возникающих на стыке социологии здоровья и других отраслей социологического знания. Так, *социология пациента*, выступая в качестве специальной социологической дисциплины, базирующаяся на методологической и содержательной базе социологии личности и социологии медицины, исследует пациента как социально-типическое и одновременно индивидуальное воплощение его взаимоотношений с субъектами системы охраны здоровья и одновременно как социально-типического субъекта этих отношений<sup>2</sup>. *Фармако-социология*, предметом изучения которой является совокупность медико-социальных процессов в обществе при разработке, производстве, обороте и потреблении лекарственных средств, возникает на стыке социологии медицины, социальной психологии и социологии потребления<sup>3</sup>. На методологию социологии здоровья и социальной политики опирается *социология инвалидности*, анализирующая фено-

---

<sup>1</sup> Дмитриева Е.В. Указ. Соч. С. 55-56.

<sup>2</sup> См.: Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дисс ... д-ра соц. наук. М., 2007. 46 с.

<sup>3</sup> См.: Аджиев В.Л. Фармакосоциология – новое направление социологии медицины: бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области // Научно-практический журнал. 2008. № 2. С. 4-7.

мен инвалидности как социальный конструкт, раскрывающая состояние и социальные отношения, сложившиеся в обществе вокруг проблемы людей с нарушениями здоровья<sup>1</sup>.

Таким образом, междисциплинарность социологии здоровья выражается не только в наличии у нее общего предметного поля с медицинскими дисциплинами, но и в тесной связи с другими отраслевыми социологическими теориями.

### **3. Институционализация социологии здоровья**

Институционализация любой науки, означающая приобретение данной наукой всех атрибутов социального института, осуществляется по ряду направлений. К внешним проявлениям институционализации можно отнести появление и рост разного рода публикаций (статей, книг, монографий и т.д.), а также создание специализированных периодических изданий (журналов, сборников, ежегодников и т.д.), включение новой науки в систему образования, создание как национальных, так и межнациональных обществ и ассоциаций, а также различных специализированных научных учреждений. Процесс внутренней институционализации науки означает формирование самосознания ученых, совершенствование организационной структуры науки, наличие устойчивого разделения труда внутри новой научной дисциплины, разработку эффективных исследовательских методов и приемов, формирование правил и норм профессиональной этики. Иными словами, всего того, что существенно способствует процессу производства и систематизации знаний в данной области познания<sup>2</sup>.

По мнению Е. Дмитриевой, процесс развития социологии здоровья включает следующие этапы.

– Первый этап (середина XIX – начало XX вв.) – зарождение социологии здоровья, когда специальные социологические работы еще не публикуются, а осмысливаются лишь отдельные моменты данной проблематики.

---

<sup>1</sup> См.: *Ткаченко В.С.* Интеграция в российском обществе людей с инвалидностью: автореф. дис. ... д-ра соц. наук. Ставрополь, 2007.

<sup>2</sup> *Новикова С.С.* Социология: история, основы, институционализация в России. М.: Моск. психол. соц. ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000.

– Второй этап (1920-1940е гг.) – период формирования социологии здоровья. Это время характеризуется интенсивными прикладными исследованиями, разработкой инструментария для их проведения, а также апробацией категориально-понятийного аппарата.

– Третий этап (1950-1960е гг.) – период становления. Происходит отделение исследований от социальной гигиены и их интеграция в социологию, формируется предметное поле социологии здоровья.

– Четвертый этап (1970-1980е гг.) – период развития социологии здоровья как самостоятельной дисциплины. Уточняются объект и предмет социологии здоровья, осуществляется переход от медицины как объекта исследования к собственно здоровью и здравоохранению как самостоятельным объектам.

– Пятый этап – современный этап развития социологии здоровья, расширение предметной области путем включения в нее вопросов продвижения здоровья, превентивного поведения, коммуникации по поводу здоровья.

Маркерами институциональной оформленности социологии здоровья за рубежом (в первую очередь, в странах Западной Европы и Северной Америки) служат следующие факты.

В рамках Международной социологической ассоциации (International Sociological Association – ISA) Исследовательский комитет по социологии здоровья (Research Committee on Sociology of Health) был учрежден в 1959 году. С этого времени комитет поддерживает проведение социологических исследований по проблемам здоровья и болезни, самосохранительного поведения и социальной политики в сфере охраны здоровья. Комитет активно сотрудничает с такими исследовательскими подразделениями ISA как комитеты по социологии возраста (Research Committee on Sociology of Aging), клинической социологии (Research Committee on Clinical Sociology), психическому здоровью и болезням (Research Committee on Mental Health and Illness).

В рамках Европейской социологической ассоциации (European Sociological Association – ESA) функционирует исследовательская сеть «Социология здоровья и болезни» (The ESA Research Network on Sociology of Health and Illness), объединяющая ученых-социологов, занимающихся проблемами влияния социальных, культурных и по-

литических факторов на здоровье населения, изучающих особенности функционирования систем здравоохранения, взаимосвязь миграции и здоровья, гендера и здоровья, биоэтики и др.

На XVII Всемирной социологическом конгрессе, проводившемся Международной социологической ассоциацией 11-17 июля 2010 г. в Швеции, функционировало 19 секций, обсуждавших социальные аспекты здоровья и болезни – «Влияние стигмы на здоровье и доступность медицинской помощи» («The impact of stigma on health and access to healthcare»), «Социологические аспекты исследования ВИЧ и СПИД» («Sociological aspects of HIV and AIDS»), «Женское здоровье и риски здоровью в неравном мире» («Women's health and health risks in an unequal world»), «Социальное расслоение и неравенство в сфере здоровья» («Social class and health inequality»), «Поведение в сфере здоровья» («Health behaviours») и др.

В начале 1980-х гг. было основано Европейское общество специалистов в области социологии здоровья и медицинской социологии (European Society for Health and Medical Sociology – ESHMS). С 1986 г. Общество раз в два года организует конференции (сейчас – конгрессы), последняя из которых была проведена в августе 2010 г. в Бельгии. Темой конгресса 2010 г. было «Здоровье и благополучие в радикально меняющихся обществах» («Health and Well-being in Radically Changing Societies»). На конгрессе функционировало 35 секций – «Неравенство в отношении здоровья» («Inequalities in health»), «Сексуальное поведение и здоровье» («Sexual behaviour and health»), «Подростки и здоровье» («Adolescents and health»), «Жизнь с хроническими заболеваниями» («Living with chronic diseases») и др.

За рубежом издается значительное количество журналов, тематика которых охватывает широкий круг проблем социологии здоровья. Так, в США с 1967 г. под эгидой Американской социологической ассоциации издается «Журнал о социальном поведении и поведении в сфере здоровья» («Journal of Health and Social Behavior»). Британское издательство Palgrave Macmillan совместно с ESHMS издает журнал «Социальная теория и здоровье» («Social Theory and Health<sup>1</sup>»). В Великобри-

---

<sup>1</sup> Журнал включен в системы международного цитирования Thomson Reuters Social Sciences Citation Index и Journal Citation Reports/Social Science Edition.

тании при поддержке Фонда социологии здоровья и болезни («Foundation for the Sociology of Health and Illness») выходит журнал «Социология здоровья и болезни» («Sociology of Health and Illness»), публикующий статьи по всем аспектам здоровья, болезни, медицины и здравоохранения.

Социология здоровья как самостоятельная учебная дисциплина на сегодняшний день закрепились в системе высшего и послевузовского образования за рубежом в полной мере. Так, курс «Социология здоровья и болезни» преподается на большинстве социологических факультетов, в ведущих мировых вузах функционируют программы послевузовского образования по данному направлению. Например, в Гарвардском университете (Harvard University, Cambridge, Massachusetts, United States) можно получить степень PhD<sup>1</sup> по направлениям: «Коммуникации в сфере здоровья» («Health communication») и «Политика в сфере охраны здоровья» («Health Policy»). В Эдинбургском университете (University of Edinburgh, UK) существует магистерская программа «Социология и антропология здоровья и болезни» («Sociology and Anthropology of Health and Illness»), в Университете Брунеля (Brunel University, London) проходят обучение по программе «Исследование системы здравоохранения» («Health Care Research»).

В России активный процесс институционализации социологии здоровья начинается только с конца 1990-х гг. Тем не менее на сегодняшний день в рамках Российского общества социологов существует исследовательский комитет «Социология здоровья и здравоохранения»<sup>2</sup>, возглавляемый профессором, доктором социологических наук И. Журавлевой. Комитет был организован на Первом Всероссийском социологическом конгрессе в октябре 2000 г. На первом заседании были избраны президентом исследовательского комитета – академик РАМН А. Решетников, вице-президентом – И. Журавлева, был сформирован первый список членов комитета. Комитет осуществляет научно-исследовательскую, организационную, образователь-

---

<sup>1</sup> В России аналогом степени PhD является ученая степень кандидата наук.

<sup>2</sup> Наряду с Исследовательским комитетом «Социология здоровья и здравоохранения» существует отдельный Исследовательский комитет «Социология медицины».

ную деятельность и развивает научное международное сотрудничество в сфере социологии здоровья и здравоохранения. В рамках Российской Социологической Ассоциации также функционирует исследовательский комитет «Социология здоровья». Сопредседателями комитета являются Е. Дмитриева и С. Фролов.

На Третьем Всероссийском социологическом конгрессе, посвященном теме «Социология и общество: проблемы и пути взаимодействия» и проходившем в Москве в октябре 2008 г. работала секция «Социология здоровья». На ней было представлено свыше 50 докладов по проблемам образа жизни различных социальных групп и рисков ухудшения здоровья, самосохранительного поведения, социального неравенства и здоровья в современной России, отношения населения к системе здравоохранения и др.

В сети Интернет впервые в России конференция по вопросам здоровья, медицины и здравоохранения («Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности») была проведена на Федеральном образовательном портале «Экономика. Социология. Менеджмент» ГУ Высшей школы экономики летом 2007 г. В ней участвовало 38 представителей 11 городов (Архангельск, Гродно, Ижевск, Калуга, Каменск-Шахтинский, Казань, Кемерово, Москва, Санкт-Петербург, Саратов, Челябинск). На секциях было представлено 36 докладов, по которым состоялись активная дискуссия и обсуждение не только проблем, поднятых в докладах, но и широкого круга вопросов охраны здоровья населения.

В 2002 г. в России начал издаваться первый журнал, посвященный социальным аспектам здоровья и здравоохранения, – «Социология медицины». Журнал выходит два раза в год и публикует результаты «исследований медико-социологических закономерностей формирования и сохранения здоровья человека с учетом условий труда и быта, демографических и профессиональных групп населения, деятельности по охране здоровья». В 2007 г. ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» учредил электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». В журнале «Социологические исследования» существует от-

дельная рубрика «Социология здоровья», в рамках которой в среднем в год выходит шесть-восемь статей<sup>1</sup>.

Как учебная дисциплина социология здоровья, в отличие от социологии медицины, в системе высшего профессионального образования пока не закрепились. Студентам-социологам, как правило, данный курс не преподается<sup>2</sup>. В свою очередь, курс «Социология медицины» читается, например, на социологическом факультете в Государственном университете – Высшей школе экономики, а также в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова.

Институционализация отечественной социологии здоровья отстала от мирового уровня на несколько десятилетий, если в качестве критериев рассматривать появление как национальных, так и международных обществ и ассоциаций, издание специализированных журналов, включенность в систему образования. Вместе с тем интерес российских социологов к проблематике социологии здоровья растет год от года, появляется все больше оригинальных публикаций, посвященных социальным аспектам здоровья, по социологическим проблемам здоровья и здравоохранения издаются монографии, защищаются диссертации. Все указанное позволяет оценить перспективы развития в нашей стране социологии здоровья как отраслевой социологической теории позитивно.

### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Что является объектом и предметом изучения социологии здоровья? Почему на сегодняшний день в научном сообществе не выработано единого понимания предмета данной отраслевой социологической дисциплины?

2. С какими отраслевыми социологическими теориями социология здоровья связана наиболее тесно? Опишите общие предметные поля социологии здоровья и социологии труда, социологии досуга, гендерной социологии.

---

<sup>1</sup> Первоначально существовала рубрика «Социология медицины», позже – «Социология здоровья и медицины».

<sup>2</sup> Исключением можно считать существование на социологическом факультете Санкт-Петербургского государственного университета магистерской программы «Общественное здоровье. Специализация «Социология и психология здоровья».

3. Как, на Ваш взгляд, связаны социология здоровья и социология физической культуры и спорта, социология туризма? Какие проблемы являются пограничными для данных социологических дисциплин?

4. Прокомментируйте тезис: «Социология медицины – это специальная социологическая дисциплина, внутри которой существуют два более узких направления: социология здоровья и болезни и социология медицинской практики». Как, на Ваш взгляд, соотносятся социология здоровья и социология медицины?

5. Подумайте над сочетанием «Социология здорового образа жизни». Может ли данное направление сформироваться в самостоятельную специальную социологическую теорию? Что общего в предметном поле социологии здоровья и социологии здорового образа жизни?

6. Почему социология здоровья в России менее институционализована, чем за рубежом? Какими внешними и внутренними факторами подобное отставание обусловлено?

7. Сравните проблематику докладов секций «Социология здоровья» на Всемирном и Всероссийском социологическом конгрессах? Чем обусловлены существующие различия?

## **Список литературы**

### *Основной*

*Дмитриева Е.В.* От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 51-56.

*Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.

*Решетников А.В., Шаповалова О.А.* Здоровье как предмет изучения в социологии медицины: учеб. пособие для вузов. М.: Гэотар-Медиа, 2008.

### *Дополнительный*

*Аджиенко В.Л.* Фармакосоциология – новое направление социологии медицины: бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области // Научно-практический журнал. 2008. № 2. С. 4-7.

*Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И.* Социология медицины. Киев, 1981.

*Решетников А.В., Ефименко С.А.* Социология пациента: монография. М., 2008.

*Хабибуллин К.Н., Волков Г.Л., Уткин Н.М.* Социология здоровья, риска и болезни. СПб.: Петрополис, 2004.

#### *Интернет-ресурсы*

Book of Abstracts of XVII ISA World Congress of Sociology. 2010, Sweden. URL: <http://www.isa-sociology.org/congress2010/> (дата обращения: 11.02.2010).

Official site of the 13<sup>th</sup> Biennial Congress of the European Society for Health and Medical Sociology. URL: <http://www.eshms2010.be/default.html> (дата обращения: 01.09.2010).

Сайт журнала «Sociology of Health and Illness». URL: [http://www.blackwellpublishing.com/shil\\_enhanced/default.asp](http://www.blackwellpublishing.com/shil_enhanced/default.asp) (дата обращения: 04.11.2010).

Сайт журнала «Социология медицины». URL: <http://www.medlit.ru/medrus/socmed.htm> (дата обращения: 18.09.2011).

Тезисы докладов III Всероссийского социологического конгресса. Секция «Социология здоровья». URL: [http://www.isras.ru/index.php?page\\_id=763&section=52&alfavit=\\*](http://www.isras.ru/index.php?page_id=763&section=52&alfavit=*) (дата обращения: 21.10.2010).

Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». URL: [http://vestnik.mednet.ru/component/option,com\\_mjfrontpage/Itemid,27/lang,ru/](http://vestnik.mednet.ru/component/option,com_mjfrontpage/Itemid,27/lang,ru/) (дата обращения: 01.02.2011).

## ТЕМА 4. МНОГОФАКТОРНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЯ

### *Вопросы для рассмотрения*

1. Многофакторная модель обусловленности здоровья: экзогенные и эндогенные факторы.
2. Классификация и структура факторов, формирующих здоровье человека.
3. Понятие сочетанности воздействия факторов на здоровье человека.

*Основные понятия:* детерминанты здоровья; экзогенные факторы; эндогенные факторы; фактор риска; фактор устойчивости; сочетанное действие.

### **1. Многофакторная модель обусловленности здоровья: экзогенные и эндогенные факторы**

Формирование и индивидуального, и общественного здоровья имеет многофакторную обусловленность, в которой факторы различной природы неразрывно связаны.

Понимания под фактором причину, движущую силу какого-либо процесса, явления, определяющую его характер или отдельные его черты<sup>1</sup>, факторы, влияющие на здоровье (обуславливающие, детерминирующие здоровье), следует понимать как комплекс причин и условий, обеспечивающих сохранение, укрепление или, напротив, ухудшение, потерю здоровья человека. 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.

Многофакторная модель обусловленности здоровья включает в себя две группы факторов – экзогенные и эндогенные.

Экзогенные факторы – это факторы, идущие от внешней среды, от причин, находящихся вне самого человека как представителя определенного вида животного мира. Иногда данные факторы называют «фак-

---

<sup>1</sup> Большой энциклопедический словарь. М., 1998. С. 1263.

торами среды обитания». В Федеральном законе от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» факторы среды обитания определяются как биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений. Важно отметить, что влияние среды – это не только импульсы физической и социальной среды обитания на организм человека, но и воздействия на сознание индивида, формирующее модели его поведения в той области, которая непосредственно отвечает за сохранение здоровья.

Эндогенные факторы – внутренние факторы, врожденные наследственные, генетические, порождены внутренним развитием человеческого организма. Известно, что данные факторы играют большую роль в возникновении психических нарушений здоровья, нежели соматических<sup>1</sup>. Кроме того, считается, что роль эндогенных факторов обусловлена преимущественно старением организма, поэтому на протяжении жизни человека их влияние неравномерно и концентрируется в старших возрастах. Вместе с тем к эндогенно детерминированным относят также часть заболеваний и смертей, вызванных врожденными пороками, наследственными заболеваниями и т.д., которые наступают в ранних, преимущественно детских возрастах. В целом же наследственная предрасположенность присуща практически всем заболеваниям, но степень ее значительно варьирует. Например, инфекционные болезни принято рассматривать как чисто внешнесредовые (хотя установлено, что мужчины болеют ими несколько чаще, – факт, убедительно свидетельствующий о присутствии генетической компоненты и в данном случае). Напротив, такие заболевания, как синдром Дауна и фенилкетонурия (фенилпировиноградная олигофрения), обусловленные генетическими дефектами,

---

<sup>1</sup> См., например: *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста: в 3 т. М.: Медицина, 1965.

принято считать чисто наследственными. Между этими крайними вариантами – большая группа патологий, обусловленных и теми, и другими факторами.

Вопрос о роли эндогенных и экзогенных факторов в этиологии заболевания является одним из наиболее актуальных в современной медицинской науке. По мере накопления клинических данных, развития теоретической медицины, а также других наук, имеющих своим предметом факторы и условия, детерминирующие состояние здоровья отдельного индивида и населения в целом, взгляды на значение различных болезнетворных факторов в возникновении заболеваний и на взаимоотношения между действующей вредностью и организмом больного значительно изменились.

Важную функцию в трансформации места и роли экзогенных и эндогенных факторов в детерминации здоровья человека выполняют изменения общества, происходящие на социетальном уровне. Так, в первобытных обществах заболеваемость и смертность определялись преимущественно экзогенными (причем – физическими, химическими и биологическими) факторами, так как жизнь человека практически полностью зависела от сил природы. Условия жизни были чрезвычайно суровыми, препятствовали физическому развитию, порождали разнообразные болезни, сокращали продолжительность жизни. Обнаруженные антропологами костные останки людей различных эпох несут следы туберкулеза, опухолей, травм, анкилозов, остеомиелита, рахита, сифилиса и других заболеваний. Чаще всего первобытные люди страдали от голода, инфекционных болезней, различных травм. Продолжительность жизни в протообществе обычно не превышала 20 лет; около 100 тыс. лет назад только один человек из ста доживал до 40 лет<sup>1</sup>. Прогресс промышленности, сельского хозяйства сформировали условия для развития социальной инфраструктуры, повышения благосостояния, прогресса науки, в т.ч. медицины, в связи с чем роль «природных» факторов в детерминации здоровья человека существенно снизилась.

---

<sup>1</sup> *Петровский Б.В.* Краткая медицинская энциклопедия: в 3 Т. М.: Советская энциклопедия, 1984.

Примерно 150 лет назад в западных странах произошло резкое увеличение средней продолжительности жизни. Этот скачок, который иногда называют эпидемиологическим переходом, фиксируется на основе данных о смертности, но в основе его лежит смена патологии, определяющая характер заболеваемости и смертности населения. Более существенную роль начинают играть факторы эндогенной природы, связанные с процессами старения организма, а причинами смерти чаще оказываются неинфекционные хронические заболевания, прежде всего сердечно-сосудистые и онкологические. Хотя в последнее время часто отмечается, что эти болезни молодеют, в целом они более характерны для пожилых людей.

Изменение структуры факторов, определяющих состояние здоровья населения в развитых обществах, привело к смещению акцентов в медицинских, биологических и химических исследованиях. Первостепенное внимание начинает уделяться изучению, профилактике и лечению наследственных или наследственно обусловленных заболеваний, выхаживанию детей, родившихся на малых сроках беременности, продлению активного долголетия и т.п. Как результат – современный этап развития науки вплотную подошел к возможности воздействия на эндогенные факторы смертности, связанные с замедлением процессов старения и увеличения периода высокой жизне-способности<sup>1</sup>.

Анализ структуры заболеваемости и смертности в современном мире показывает, что сегодня на первый план выходят социальные факторы, которые, являясь экзогенными по своей природе, характеризуются принципиально иным механизмом влияния на заболеваемость, смертность и здоровье в целом, нежели природные факторы<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Рыбаковский Л.Л. Здоровье и смертность населения // Практическая демография. М.: Центр социального прогнозирования, 2005.

<sup>2</sup> Научное осмысление изменения роли социальных факторов в определении заболеваемости и смертности населения впервые институционально выразилось в создании Джоном Артуром Райлом в 1940 г. Института социальной медицины в структуре Оксфордского университета. Первый американский институт социальной медицины открылся в 1946 г. при Нью-Йоркской Медицинской академии. Возглавил его терапевт, доктор медицины Яго Гальдстон.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, представленным в докладе 2009 г. «Глобальные факторы риска для здоровья», основными факторами риска здоровью населения сегодня являются пониженная масса тела детей, небезопасный секс, употребление алкоголя, небезопасные вода и санитария и высокое кровяное давление. Данные факторы приводят к одной четверти всех случаев смерти в мире и ответственны за одну пятую всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности. Успех в уменьшении воздействия одних только этих пяти факторов риска приведет к повышению глобальной продолжительности жизни почти на пять лет. Отметим, что названные факторы либо являются социальными по своей природе (употребление алкоголя, небезопасный секс), либо социально детерминированы (так, пониженная масса тела детей обусловлена нарушением режима и рациона питания, высокое кровяное давление – низкой двигательной активностью, постоянным воздействием стрессовых факторов социальной среды). Социальная природа данных факторов заключается также в их «вписанности» в определенные социальные контексты – уровень социально-экономического развития территории, урбанизация, возможности отдыха и рекреации, доступность медицинской помощи и т.п. При этом одни и те же факторы в зависимости от социального контекста имеют различный смысл. Так, нарушение структуры и нерациональный характер питания при низких доходах населения является объективным неустрашимым условием жизни, а при более высоком уровне жизни – означает выбор самого человека.

Таким образом, здоровье человека находится сегодня под влиянием колоссального множества факторов различной природы (эндогенных и экзогенных, генетических и социальных и т.п.), неодинаковых по интенсивности и механизмам воздействия. Данное множество факторов требует упорядочивания, систематизации и ограничения по критерию значимости в детерминации здоровья.

## **2. Классификация и структура факторов, формирующих здоровье**

В силу того, что проблематика обусловленности здоровья традиционна как для научных исследований в области медицины, так и для социологических, психологических, педагогических и прочих работ, раз-

работано довольно много классификаций, типологий, тем или иным образом систематизирующих факторы, влияющие на состояние здоровья. Исследование различных классификаций факторов, проведенное И. Журавлевой, позволило сделать следующие выводы:

- 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;

- деление факторов на такие большие группы, как биологические, социально-экономические, поведенческие и т. п., зависит от позиции исследователя и поставленных им задач;

- включение того или иного фактора в какую-то из групп имеет субъективный характер;

- для обозначения одних и тех же групп факторов используются различные научные термины;

- не выработаны обоснованные критерии отнесения того или иного фактора к конкретной группе, поэтому нередко в разных группах встречаются однородные факторы, представленные полностью или частично.

Помимо приведенного выше разделения факторов, влияющих на здоровье, на эндогенные (генетически обусловленные) и экзогенные (природные и социальные), в научной литературе встречается классификация факторов на объективные и субъективные<sup>1</sup>, факторы устойчивости (благоприятные детерминанты) и факторы риска (неблагоприятные детерминанты), контролируемые и неконтролируемые<sup>2</sup>.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения в 1980-х гг. установили четыре группы детерминант здоровья: а) генетика, биология человека, б) состояние окружающей среды<sup>3</sup>, в) качество и уро-

---

<sup>1</sup> Бредихина Н.В. Основные факторы, влияющие на формирование ЗОЖ и сохранение здоровья населения // Социологические проблемы современной культуры и государственности. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2006. С. 6-18.

<sup>2</sup> Комплексная оценка воздействия на здоровье различных факторов (обзор) / К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, Ю. Е. Абросимова, Н. А. Шибков, Р.К. Шахраманова // Профилактическая медицина. 2008. № 6.

<sup>3</sup> Внешнесредовые факторы можно разделить на два вида: 1) естественно-природные, связанные с особенностями климата, ландшафта и т.п. и 2) антропогенные, возникновение которых обусловлено деятельностью человека, вызывающей изменения природных комплексов.

вень развития медицинского обеспечения и г) условия и образ жизни человека. Кроме того, было установлено ориентировочное соотношение различных групп факторов в обеспечении здоровья. Так, на долю образа жизни, по мнению специалистов ВОЗ, приходится около 50%, на факторы окружающей среды – 20%, на генетику – 15-20% и на здравоохранение – 10-15%. Однако данное 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. Также не может восприниматься как однозначное влияние факторов окружающей среды, так как, например, природно-климатические условия на земном шаре отличаются существенным разнообразием. Кроме того, величина влияния отдельных факторов разной природы на показатели здоровья зависит от возраста, пола и индивидуально-типологических особенностей человека.

Многолетние исследования, проводившиеся под руководством Ю. Лисицына, позволили установить степень влияния факторов при различных группах заболеваний, преимущественно хронически протекающих (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Факторы развития хронических заболеваний и травм  
(влияние, %)<sup>1</sup>

Заболевания	Факторы образа жизни	Генетический риск	Загрязнение внешней среды	Недостатки здравоохранения
Ишемическая болезнь сердца	60	18	12	10
Рак	45	26	19	10
Сахарный диабет	35	53	2	10
Пневмония	19	18	43	20
Цирроз печени	70	18	9	3
Транспортные травмы	65	3	27	5

<sup>1</sup> Таблица составлена на основе: *Лисицын Ю.П.* Образ жизни как основа здоровья. Анализ фактор риска заболеваемости // Медицинская газета. 2010. № 19. С. 12.

По мнению Ю. Лисицына, относительно острых, особенно инфекционных и паразитарных заболеваний, следует отметить, что обусловленность большинства из них связана с определенными возбудителями, хотя нельзя отрицать влияния неблагоприятных факторов образа жизни, загрязнения внешней среды, генетического риска, недостатков здравоохранения.

В зависимости от направленности воздействия, все факторы, детерминирующие здоровья человека, целесообразно разделить на факторы устойчивости или факторы антириска<sup>1</sup> (укрепляющие здоровье) и факторы риска (ухудшающие здоровье). Факторы устойчивости повышают сопротивляемость человека факторам риска. Ожидается, что эффективность факторов антириска окажется для общественного здоровья более высокой, чем устранение привычных факторов риска. Факторы риска – факторы различной природы, провоцирующие или увеличивающие риск ухудшения здоровья человека (развития определенных заболеваний, преждевременной смерти и пр.); влияние факторов риска проявляется при определенном воздействии.

Приведем пример. Для развития болезней системы кровообращения факторами риска выступают: техногенно перегруженная природная среда (внешнесредовой фактор), недостаточное качество жилищно-бытовых условий, гиподинамичный режим жизни, систематически недостаточной по длительности ночной сон, одиночество и неблагоприятный социально-психологический семейный климат, интенсивное курение и злоупотребление алкоголем (социальные факторы). К факторам антириска относят дозированный прием спиртных напитков (профилактическая доза), систематический прием продуктов питания с высокой концентрацией биологически активных веществ, нормированные бальнеотермальные процедуры и физический тренинг, ежегодный достаточный по продолжительности оздоровительный отдых в условиях биологически активной природной среды, достаточный ежесуточный восстановительный отдых и др.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Иногда, чаще всего в научных публикациях по медицине, можно встретить термин «антириск-факторы».

<sup>2</sup> *Ищeyкина Ю.А.* Идентификация и значение факторов риска и антириска болезней системы кровообращения // Актуальные проблемы транспортной медицины. 2009. № 4 (18). 2009.

В табл. 3 приведены некоторые факторы устойчивости и факторы риска здоровью, систематизированные по сфере влияния факторов.

Таблица 3

Факторы, влияющие на здоровье человека <sup>1</sup>

Сфера влияния факторов	Факторы устойчивости	Факторы риска
Генетические	Здоровая наследственность. Отсутствие морфофункциональных предпосылок возникновения заболевания	Наследственные заболевания и нарушения. Наследственная предрасположенность к заболеваниям
Состояние окружающей среды	Хорошие бытовые и производственные условия, благоприятные климатические и природные условия, экологически благоприятная среда обитания	Вредные условия быта и производства, неблагоприятные климатические и природные условия, нарушение экологической обстановки
Медицинское обеспечение	Медицинский скрининг, высокий уровень профилактических мероприятий, своевременная и полноценная медицинская помощь	Отсутствие постоянного медицинского контроля за динамикой здоровья, низкий уровень первичной профилактики, некачественное медицинское обслуживание
Условия и образ жизни	Высокий уровень социально-экономического развития территории. Рациональная организация жизнедеятельности, здоровый образ жизни	Низкий уровень социально-экономического развития территории. Отсутствие рационального режима жизнедеятельности, вредные привычки, гиподинамия и т.п.

Важно отметить, что связь факторов и показателей здоровья не всегда однозначна, что выражается V-образными или U-образными кривыми зависимостей. Имеется в виду нелинейность зависимости ухудшения состояния здоровья от некоего фактора, когда в определенных крайних точках значений фактор одинаково негативно воздействуют на организм человека. Например, V-образные связи отражают связь смертности с массой тела: смертность минимальна в средней части распреде-

---

<sup>1</sup> Таблица составлена на основе: *Тихомирова И.А.* Физиологические основы здоровья: краткий курс лекций по валеологии. Ярославль, 2007.

ления показателя. Лица с избыточной или недостаточной массой тела умирают чаще, но от разных болезней (полные – от сердечнососудистых, худые – от легочных и онкологических). Смертность вследствие сердечнососудистых заболеваний у чрезмерно пьющих по результатам ряда исследований значительно меньшая, чем у непьющих, однако смертность от всех других заболеваний, наоборот, выше. В ряде медицинских работ указывается, что употребление алкоголя имеет U-образную взаимосвязь с риском развития ишемической болезни сердца, так как алкоголь оказывает кардиопротективное действие. U-образные зависимости обнаружены в связях заболеваемости и продолжительности ночного сна, интенсивности двигательной активности, объемов потребляемой пищи и т.д.

Многие исследователи, используя литеры V или U при описании детерминированности состояния здоровья факторами риска, не делают между типами зависимостей, описываемыми данными литерами, различия, однако она определенно существует. Несмотря на то, что и под U-образным, и по V-образным распределением понимается распределение с высокими частотами (или вероятностями) для очень низких и очень высоких значений и низкими частотами (или вероятностями) для умеренных значений, V-образный характер зависимости предполагает существование некоего абсолютного минимума, т.е. единственного значения, для которого характерны наименьшие вероятность или частота. Для объяснения связей факторов риска и здоровья представляется более правомерным использование термина «U-образная связь», так как он точнее характеризует обнаруживаемые зависимости. V-образная связь – это динамичная структура, где существует одна точка с минимальным риском, а любые отклонения от нее вправо или влево означают повышение вероятности болезни. U-образная связь представляет более широкий диапазон значений, в которых риск минимален.

Для классификации множества факторов риска, связанных с показателями здоровья, в медицинских, эпидемиологических, социологических и других исследованиях предлагаются различные модели. Наибольшее распространение получил подход, согласно которому факторы, влияющие на здоровье, разделяются на *генетические*,

*внешнесредовые, социальные и медицинские.* Несмотря на установленное ориентировочное соотношение различных групп факторов в обеспечении здоровья, их воздействие представляется более сложным и требует дополнительного анализа.

### **3. Понятие сочетанности воздействия факторов на здоровье человека**

Вопрос о соотношении эндогенных и экзогенных факторов в этиологии заболевания, в детерминации здоровья человека сегодня решается не путем противопоставления факторов различной природы друг другу, а путем признания их взаимосвязанности и взаимодействия. Практически каждая болезнь обусловлена влиянием наследственности и среды. Оба крайних полюса – только наследственно обусловленная болезнь или болезнь, вызванная только экзогенными факторами, – представляют собой с теоретической точки зрения «идеальные полюсы», которые практически не существуют. Между этими полюсами имеется непрерывный ряд, в котором одни заболевания являются преимущественно эндогенными по своей природе, другие преимущественно экзогенными. Ключевым понятием при описании механизма воздействия факторов риска на здоровье человека является понятие «сочетанность действия». *Сочетанное действие – это одновременное воздействие нескольких химических, физических, биологических или социальных факторов.*

Наглядной ситуацией, демонстрирующей сочетанное действие вредных факторов на человека, может служить работа с компьютером. Исследования показали, что неблагоприятные изменения функционального состояния пользователей персональных компьютеров определяются сочетанием следующих факторов: уровни генерируемых электромагнитных полей, параметры освещенности, микроклимат в помещении, состояние здоровья, возраст, интенсивность и длительность работы с компьютером.

Исследование сочетанного действия производственных факторов в комплексе с производственными факторами риска на здоровье работников промышленных предприятий, проведенное специалистами

ФГУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Роспотребнадзора, позволило установить, что стаж работы на предприятии в условиях воздействия шума, вибрации и при высокой тяжести труда является более значимым для здоровья в подгруппах работников, подверженных действию социальных факторов, т.е. у данного контингента указанные производственные факторы с большей вероятностью вызовут развитие профессионально обусловленных заболеваний. Так, для группы работников, регулярно (несколько раз в месяц или чаще) употребляющих алкогольные напитки, значимость связи заболеваний органов пищеварения и стажа работы выше, чем для тех, кто вообще спиртные напитки не употребляет. Доказано изменение значимости связи стажа и развития болезней органов пищеварения в группах работников с различным режимом питания; также было зафиксировано различие значимости связи стажа работы во вредных условиях труда и заболеваний органов дыхания в группах работников, выделенных по основанию «длительность пребывания на свежем воздухе».

За всю историю изучения злокачественных новообразований не было выявлено какого-либо специфического этиологического фактора, который присутствовал бы при развитии данных заболеваний. Однако в результате многочисленных исследований был выявлен определенный комплекс разнородных факторов (эндогенных, экзогенных), для которых связь с риском развития рака была подтверждена. Так, факторы окружающей среды в сочетании с поведением человека занимают примерно 80% в этиологии рака. 10% случаев рака связано с потреблением алкоголя, 35% – с сочетанным воздействием курения и потребления алкоголя, 4-10% – с профессиональными факторами риска, 40% – с комбинированным воздействием курения, потребления алкоголя и профессиональных факторов<sup>1</sup>.

Часто при сочетанном действии факторов вероятность развития заболевания увеличивается в разы. Например, по данным французских исследователей, курение повышает вероятность онкологических

---

<sup>1</sup> Писарева Л.Ф. Рак репродуктивных органов: эпидемиология, факторы риска / Л.Ф. Писарева, А.А. Мельник, И.Н. Одинцова, Н.А. Мартынова // Сибирский онкологический журнал. Томск, 2003. №1. С.56-71.

заболеваний в 1,5 раза, злоупотребление алкоголем – в 1,2, тогда как сочетание их воздействия – в 5,7 раза.

Роль отдельных факторов риска в возникновении и развитии конкретных заболеваний не одинакова. Так, при работе с компьютером среди всех действующих факторов решающее значение имеют характер и интенсивность воздействия электромагнитного излучения на пользователя. Из известных более чем 20 факторов риска способствуют возникновению сердечно-сосудистых болезней, наибольшее значение имеют артериальная гипертензия, курение, гиперхолестеринемия (повышенное содержание холестерина в крови), избыточная масса тела, недостаточная физическая активность, дислипидемия. Наличие даже одного из факторов риска увеличивает смертность мужчин в возрасте от 50 до 69 лет в 3,5 раза, а сочетанное действие нескольких факторов – в 5-7 раз. Сочетание трех основных факторов риска (курение, дислипидемия, артериальная гипертензия) увеличивает риск развития ишемической болезни сердца у женщин на 40%, у мужчин – на 100% по сравнению с лицами, у которых эти факторы риска отсутствуют<sup>1</sup>.

Среди факторов риска, приводящих к возникновению хронических неспецифических заболеваний органов дыхания у взрослых, основными являются курение, загрязнение воздушной среды, производственное загрязнение воздуха на рабочих местах, респираторные вирусные заболевания. При этом курение значительно более агрессивный агент, чем загрязнение воздушной среды, и играет ведущую роль в развитии хронических неспецифических болезней легких<sup>2</sup>.

Интересны результаты исследования роли биологических и социальных факторов в возникновении патологии поведения у детей (М. Лапидес, Е. Исаева и В. Черняева). На основании анализа результатов клинических наблюдений авторы пришли к выводу, что роль биологических и социальных факторов в возникновении патологического поведения неодинакова в разных случаях: а) при наследствен-

---

<sup>1</sup> См.: *Карпова И.С.* Факторы риска атеросклероза и борьба с ними // Портал «Беларусь сегодня». URL: <http://www.sb.by/post/78628/> (дата обращения: 25.04.2010).

<sup>2</sup> *Петровский Б.В.* Профилактика // Краткая медицинская энциклопедия: в 3 Т. М.: Советская энциклопедия, 1984.

ном предрасположении биологический фактор – только почва для развития патологического поведения; основной же причиной являются социальные факторы; б) в тех случаях, когда имеются более грубые остаточные явления мозгового поражения, влияние социального фактора лишь дополнительное; в) в части случаев ведущая роль принадлежит социальному фактору, а биологический фактор не имеет большого значения.

При анализе этиологии<sup>1</sup> заболеваний чаще всего встречается *сочетание различных факторов риска*. Значимость отдельных факторов риска не одинакова и зависит от степени выраженности и сроков продолжительности действия каждого из них, а также от соответствующих условий.

### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. В чем основная идея концепции многофакторной обусловленности здоровья?

2. Что такое экзогенные и эндогенные факторы? В чем состоит их основное отличие? Как Вы понимаете словосочетание «факторы среды обитания»?

3. Существуют ли заболевания, обусловленные действием какой-то одной группы факторов – экзогенных или эндогенных? Назовите их.

4. Охарактеризуйте роль социально-экономических условий в трансформации роли экзогенных и эндогенных факторов в детерминации заболеваний.

5. Какими факторами преимущественно определяется заболеваемость и смертность в современном обществе? Объясните, почему.

6. Назовите основные подходы к классификации факторов риска здоровью. Что такое объективные и субъективные факторы риска?

7. На основе анализа материалов статистики по заболеваемости и смертности населения в России оцените роль и место факторов различной природы в детерминации состояния здоровья граждан.

---

<sup>1</sup> Этиология – причины болезни.

8. Выберите какой-либо класс или блок заболеваний (например, «новообразования», «травмы и отравления» или «ишемическая болезнь сердца», «туберкулез»). На основании анализа литературы охарактеризуйте основные факторы, влияющие на развитие данных заболеваний. Назовите факторы риска и факторы устойчивости.

9. Дайте определение понятию «сочетанное действие факторов».

## Список литературы

### *Основной*

Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization Report. 2009. URL: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf) (дата обращения: 18.09.2009).

*Журавлева И.В., Лакомова Н.В.* Факторы здоровья // Демографическое развитие России и его социально-экономические последствия. М.: ИС РАН, 1994.

Комплексная оценка воздействия на здоровье различных факторов (обзор) / К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, Ю.Е. Абросимова, Н.А. Шибков, Р.К. Шахраманова // Профилактическая медицина. 2008. № 6.

*Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э.* Общественное здоровье и здравоохранение. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

### *Дополнительный*

Comparative quantification of health risks. Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors // ed. M. Ezzati et al. 2004. Vol. 1. № 2.

*Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006.

*Искаков А.Ж., Боев В.М., Засорин Б.В.* Оценка риска для здоровья населения факторов окружающей среды // Гигиена и санитария. 2009. № 1. С. 1.

*Лебедева-Несевря Н.А., Кирьянов Д.А., Барг А.О.* Оценка сочетанного воздействия социальных и производственных факторов рис-

ка на здоровье работников предприятия порошковой металлургии по результатам эпидемиологических исследований // Здоровье населения и среда обитания (ЗНиСО). 2010. Вып. 11 (212). С. 44-46.

Рак репродуктивных органов: эпидемиология, факторы риска / Л.Ф. Писарева, А.А. Мельник, И.Н. Одинцова, Н.А. Мартынова // Сибирский онкологический журнал. Томск, 2003. №1. С.56-71.

*Стародубов В.И., Соболева Н.П., Лукашев А.М.* Управляемые факторы риска в профилактике заболеваний. М., 2003.

#### *Интернет-ресурсы*

Международная классификация болезней. МКБ-10 // URL: <http://www.mkb10.ru/> (дата обращения: 03.04.2010).

Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения // URL: <http://www.who.int/> (дата обращения: 12.06.2009).

Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации. URL: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/> (дата обращения: 19.02.2009).

## ТЕМА 5. СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

### *Вопросы для рассмотрения*

1. Проблема социальной обусловленности здоровья: основные направления социологического изучения.
2. Социальные факторы, формирующие здоровье населения: сущность и типология.
3. Модель влияния социальных факторов на здоровье.

*Основные понятия:* социальная обусловленность здоровья; социальные детерминанты здоровья; социальные факторы риска; социальные факторы устойчивости; прямые факторы риска; косвенные факторы риска; контекстуализация факторов риска.

### **1. Проблема социальной обусловленности здоровья: основные направления социологического изучения**

Проблемы социальной обусловленности ухудшения индивидуального и популяционного здоровья рассматриваются в многочисленных зарубежных и отечественных исследованиях, являясь традиционной темой для обсуждения как в рамках медицинской, так и социологической науки. Первые попытки междисциплинарного научного объяснения влияния социальных факторов на заболеваемость и смертность были предприняты еще в середине-конце XIX в. после того, как в 1848 г. французский ученый J. Guerin, введя в научный оборот понятие «социальная медицина», в качестве предмета данной дисциплины определил связь физического и психического состояния населения и законодательства, а также других социальных институтов, связь между социальными факторами, здоровьем и заболеваемостью; меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний<sup>1</sup>.

Тема влияния социальных факторов на здоровье с первого взгляда кажется достаточно разработанной. Указанные вопросы рассматриваются в работах таких зарубежных ученых, как L. Berkman и L. Syme,

---

<sup>1</sup> См. об этом: Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной социологии медицины // Экономика и здравоохранение. 2000. № 5,6 (45).

K. Horn, B. Link, M.G. Marmot, R.G. Wilkinson, G. Steinkamp, G. Pappas, M. Susser, W. Watson, K. Hopper и др. Среди отечественных исследователей проблемы социальной детерминированности здоровья поднимают Р. Баевский, М. Бедный, И. Журавлева, О. Кислицына, Ю. Комаров, Ю. Лисицын, И. Назарова, В. Петленко, А. Решетников, Н. Римашевская, Н. Русинова, Г. Царегородцев, Л. Шилова и др.

В целом можно выделить несколько основных направлений анализа влияния социальных факторов на индивидуальное и популяционное здоровье.

Первое направление, назовем его условно *«сущностно-ориентированное»*, раскрывает содержание понятия «социальные факторы риска», описывает взаимосвязи и механизмы воздействия данных факторов на популяционное и индивидуальное здоровье, исследует контексты их возникновения. Работы, относящиеся к данному подходу, носят теоретико-методологический характер, комплексно подходя к изучаемой проблеме.

Второе направление, *«структурно-ориентированное»*, предлагает различные варианты типологизации социальных факторов здоровья. В работах, представляющих данное направление исследования, во-первых, содержатся предложения по группировке факторов в зависимости от степени управляемости, характера воздействия и пр. (выделяются объективные и субъективные факторы устойчивости (благоприятные детерминанты) и факторы риска (неблагоприятные детерминанты), контролируемые и неконтролируемые), во-вторых – предложения по систематизации самих факторов.

Третье направление, *«предметно-ориентированное»*, концентрирует внимание на отдельных факторах риска, проявляющихся либо на уровне общества в целом или конкретных его подсистем, либо на уровне отдельного индивида, касающегося его поведения, образа и условий жизни. Сюда можно отнести все работы, посвященные как изучению влияния социально-экономических, социокультурных и прочих условий макрохарактера на здоровье населения, так и исследованию проблем здорового образа жизни, самосохранительного поведения, безопасной жизнедеятельности.

Четвертое направление, «эмпирически-ориентированное», представлено работами, раскрывающими эмпирические методы исследований распространенности социальных факторов риска, подверженности рискам отдельных социальных групп, предлагающими результаты апробации данных методов на уровне страны, региона, территории.

Пятое направление, «специально-ориентированное», отражено в исследованиях, преимущественно носящих медико-социальный характер и описывающих механизмы воздействия отдельных факторов риска на развитие конкретных заболеваний (например, влияние курения на развитие рака гортани, рака легких, хронического бронхита и пр., злоупотребления алкоголем – на болезни печени и сердца, гиподинамии – на развитие сердечнососудистых заболеваний и т.д.).

Несмотря на изобилие литературных источников, посвященных проблеме влияния социальных факторов риска на здоровье, научное сообщество пока не выработало общую теоретико-методологическую базу для их анализа. По-прежнему актуальны проблемы построения комплексной модели воздействия социальных факторов на здоровье, необходимы обоснование механизмов управления социальными рисками здоровью населения и принятие единой типологии социальных детерминант здоровья. Из довольно широкого спектра проблем можно выделить шесть основных.

*Первая проблема* связана с отсутствием в научном сообществе единого представления о сущности социальных факторов риска, характере их воздействия на здоровье, механизмах их обусловленности. Наличие данной сложности подчеркивают В. Link и J. Phelan, замечая при этом неправомерно повышенное внимание современных исследователей к ближайшим факторам риска, потенциально контролируемым на личностном уровне при игнорировании фундаментальных предпосылок ухудшения здоровья, носящих макросоциальный характер.

В. Link, утверждая наличие прочной связи между социальными факторами и здоровьем, указывает на необходимость контекстуализации факторов риска, подразумевая под этим: 1) что именно обстоятельства жизни человека определяют его подверженность таким факторам риска, как небезопасный половой акт, плохое питание, малопод-

вижный образ жизни или полная стресса семейная жизнь; 2) определение социальных условий, при которых отдельные факторы риска связаны с болезнью. Иначе говоря, важно концентрироваться на том, при каких социальных условиях факторы риска ведут к болезни, и есть ли какие-либо социальные условия, при которых индивидуальные факторы риска никак не влияют на болезнь, т.е. на причинах того или иного поведения человека, имеющих макросоциальный характер, или на «риске рисков»<sup>1</sup>. Основная идея В. Link состоит в рассмотрении социальных условий как фундаментальных причин болезни.

Важность указанной В. Link проблемы отмечают в своих работах G. Steinkamp и K.Horn. Преобладающий в современных исследованиях поведенческий подход к анализу социальных факторов риска имеет, по их мнению, существенный недостаток, заключающийся в игнорировании макросоциальных факторов (по В. Link рисков рисков), не зависящих от индивида, но приводящих к тем или иным отклонениям в поведении человека. За основание для анализа берутся обычно только сами отклонения (микроуровень), в результате чего основная вина за них ложится на индивида, что нарушает причинно-следственную связь в интерпретации результатов каких-либо исследований, направленных на изучение взаимосвязи социальных факторов и заболеваемости. K.Horn обращал внимание на то, что «поведение риска» должно интерпретироваться на основе смысловых структур, стоящих за поведением, в котором можно было бы попытаться достичь компромисса между субъективными интересами, потребностями, ресурсами и противоречивыми требованиями общества<sup>2</sup>.

*Вторая проблема* заключается в неоднозначности интерпретаций влияния социальных факторов риска на здоровье. Так, G. Steinkamp считает то, что доказываемые во многих научных работах зависимости ухудшения здоровья от условий и качества жизни, материального благополучия индивида, социального неравенства

---

<sup>1</sup> См. подробнее: Link B., Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease // Journal of Health and Social Behavior. 1995 (Extra Issue). P. 80-94.

<sup>2</sup> Horn K. Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen: Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten // Europäische Monographien zu Forschungen in Gesundheitserziehung. 1983. № 5. P. 49-71.

могут иметь обратный характер. Ученый отмечает, что, например, при анализе связи социально-экономического статуса и заболеваемости/смертности эмпирически доказанная взаимосвязь между данными показателями является результатом неточной операционализации и неточного эмпирического учета независимой (социальный слой) и зависимой (заболеваемость/продолжительность жизни) переменных. Автор пишет: «Социальные стратификационные различия в здоровье и продолжительности жизни могут быть рассмотрены как результат социального продвижения здоровых или как социальное падение больных», поясняя, что социальное положение можно было бы интерпретировать как результат состояния здоровья, а не наоборот.

В итоге G. Steinkamp предлагает многоуровневую модель объяснения неравенства в болезнях и продолжительности жизни, где выделяет три уровня: макроуровень (место в системе социального неравенства), мезоуровень (материальные и социальные условия производства (труда) и воспроизводства (партнеры, семья, досуг) и микроуровень (личность, организм)<sup>1</sup>.

*Третья проблема*, характеризующая описываемую область научных исследований, состоит в отсутствии единой типологии факторов риска, неясности их структуры. Подходы к классификации социальных факторов риска многочисленны и разнообразны. Так, М. Уайтхед и Дж. Далгрэн представляют социальные факторы риска здоровья в виде «слоев» влияния, начиная от индивидуального и заканчивая уровнем общества в целом. Центром структуры является человек с его неизменными характеристиками, такими как пол, возраст, наследственные факторы. Далее идет 4 слоя: первый – это особенности характера и образ жизни, второй – отношения между людьми, третий – условия жизни и работы, включает в себя факторы инфраструктуры и четвертый слой – общие социально – экономические условия, уровень культуры, окружающая среда и т.п.

М. G. Marmot и R.G. Wilkinson выделяют такие факторы риска здоровью, как социально-экономические условия, включающие стресс,

---

<sup>1</sup> Штайнкамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т II, вып. 1.

раннее детство, работу, безработицу, социальную поддержку, химическую зависимость, питание, транспорт и социальную отчужденность.

Известный отечественный специалист в области социальной гигиены и общественного здоровья Ю. Лисицын, утверждая, что здоровье и болезни опосредованы через социальные условия и социальные факторы, относит к таковым деятельность служб здравоохранения и образ жизни, причем образ жизни полагается им фактором наиболее значимым, оказывающим влияние на здоровье человека на 50%. Фактор образа жизни Ю. Лисицын представляет как производственную, общественно-политическую, внеуродовую и медицинскую активность человека.

Другие отечественные исследователи Б. Прохоров, И. Горшкова, Д. Шмаков и Е. Тарасова, говоря о ведущей роли социально-экономических факторов в определении состояния здоровья населения, включают в их число жилищно-бытовые условия; степень урбанизации территории; качество рекреационных ресурсов; вредные привычки; величину доходов населения; развитие социальной помощи нуждающимся группам населения; наличие или отсутствие достойной работы; доступность и качество образования; напряженность информационного поля в среде обитания; проблемы семьи и нравственности; миграционную подвижность; специфику образа жизни в регионах с различными природными, социальными, этническими, религиозными особенностями.

О. Кислицына предлагает подразделять социальные факторы риска на бедность, социально-экономические условия в раннем детстве, жилищные условия, безработицу и условия работы, социальный капитал (семья, друзья, соседи – социальные сети), образ жизни (питание, вредные привычки, двигательная активность).

И. Назарова классифицирует социальные факторы на демографические (пол, возраст, национальность, место проживания), экономические (образование, доход, занятость), социальные и поведенческие (употребление алкоголя, курение, занятие физкультурой, контролирование веса, конфессиональная принадлежность). Также исследователь говорит о зависимости здоровья от культурных факторов: традиций, воспитания и, как следствия, поведения и стиля жизни.

Н. Рушинова группирует социальные факторы риска здоровью в три категории: социально-структурные, социально-психологические, поведенческие. В числе социально-структурных факторов отмечаются пол, возраст, образование, материальное положение, семейное положение, наличие детей в семье. Группа социально-психологических факторов включает в себя стрессовые события жизни, хронические стрессоры, связанные с различными жизненными обстоятельствами, личностные психологические ресурсы. Среди поведенческих факторов изучаются превентивная физическая активность, курение, потребление алкоголя, правильность питания. В данном исследовании демонстрируется самооценка здоровья респондентами по трем составляющим: общая самооценка, оценка физического самочувствия и психического здоровья. Особое внимание уделяется проблеме гендерных различий в самооценке своего здоровья.

*Четвертая проблема*, во многом ограничивающая возможности управления социальными факторами риска, разработать адекватные методы их минимизации, заключается в неоднозначной оценке вклада социальных факторов риска в ухудшение здоровья, а также сложности и многообразии подходов к оценке силы их влияния на здоровье. Так, отечественные ученые Ю. Лисицын и Ю. Комаров выявили, что удельный вес факторов образа жизни в ухудшении здоровья составляет 49-53%, а дисфункций системы здравоохранения – 8-10%, на долю прочих генетических и внешнесредовых факторов приходится от 35 до 42%.

Иную оценку вклада социальных факторов риска в ухудшение здоровья предлагают С. Чечельницкая, А. Михеева и В. Финагин. В рамках работы по построению экспертной модели здоровья человека на основании экспертной классификации состояния здоровья исследователи выявили, что среди классов факторов, влияющих на здоровье, первое место занимает режим (4,0 балла по результатам экспертных оценок), второе – биологические факторы (3,9 балла), затем с равными коэффициентами – семейная и профессиональная среда (3,8 балла). С. Чечельницкая с коллегами, ранжировав факторы и показатели, предлагают использовать их при построении мониторинга здоровья.

Другой пример оценки вклада того или иного фактора в состояние здоровья представлен в работе Р. Баевского, который исследовал состояние здоровья и заболеваемость одной из социальных групп – административно-управленческого аппарата предприятия. Во-первых, он установил, что данная социальная группа характеризуется неблагоприятной структурой здоровья (более 50% лиц в этой группе имеют неудовлетворительную адаптацию к условиям окружающей среды или срыв адаптации), во-вторых, что административно-управленческий аппарат крупного промышленного предприятия (руководящий состав) в наибольшей степени подвержен воздействию факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на адаптационные возможности организма. Среди этих факторов максимальный удельный вес принадлежит психоэмоциональным напряжениям, гиподинамии и курению.

*Пятая проблема*, обуславливающая сложность причисления ряда социальных детерминант здоровья к факторам риска, заключается в неоднозначном характере их влияния на здоровье, способности выступать как в качестве рисков, так и антирисков.

Неоднозначность связей социальных и прочих факторов риска со здоровьем выражается в V-образных или U-образных кривых зависимостей (см. об этом подробнее в теме 4). U-образные зависимости обнаружены в связях смертности и употребления алкоголя, частоты сердечных сокращений, продолжительности ночного сна и т.д. Имеющиеся выводы о характере данных связей приводят к необходимости нового мышления при формировании здорового образа жизни. Суть его заключается в том, что рекомендации по здоровому образу жизни не могут быть одинаковыми для всех. Они принципиально отличаются в зависимости от того, где находится популяция или индивид на U-образной кривой – слева или справа от точки минимальной смертности. При этом конкретные значения показателя на U-образной кривой зависят от региона проживания популяции или индивида и отношения этих значений к конкретным заболеваниям.

Таким образом, один и тот же социальный фактор может выступать по отношению к здоровью человека как фактором риска, так и антириска, негативно сказываясь на состоянии здоровья или, напротив, способствуя увеличению ресурсов здоровья человека, нации.

Наконец, *шестой проблемой*, во многом детерминирующей существование проблем интерпретации связей социальных факторов риска со здоровьем и оценки вклада данных факторов в развитие различных заболеваний, является отсутствие единой методологии эмпирического исследования влияния социальных факторов риска на здоровье. Во-первых, при изучении влияния социальных факторов риска на здоровье последнее оценивается по-разному: как на основании результатов медицинских обследований, так и в ходе социологических опросов на основании самооценки индивидами состояния своего здоровья. Адекватная оценка связи социальных факторов риска и здоровья возможна только при сопоставлении результатов всех обследований, так как результаты, основанные только на самооценке индивидуального здоровья, не позволяют не только определить истинное его состояние в силу субъективности представлений человека, но и правильно оценить социальные факторы риска, их значение и удельный вес каждого, при исключительно медицинском анализе состояния организма, потому что в таком случае они могут быть просто не выявлены. Во-вторых, существование тех или иных факторов риска оценивается с помощью различных методов – медицинских или социологических. Это касается, например, действия таких факторов, как злоупотребление алкоголем, курение, двигательная активность, которые могут быть определены с помощью лабораторных анализов или с помощью опроса или анкетирования. В-третьих, в России практически не проводятся мониторинговые исследования влияния социальных факторов риска (особенно это касается поведенческих факторов) на здоровье населения. Большинство исследований носит локальный, разовый характер и направлено на получение «среза» ситуации, а не наблюдение ее в динамике.

Таким образом, обзор научных работ позволяет сделать следующие выводы относительно состояния изученности проблемы.

Во-первых, несмотря на то, что, по мнению большинства ученых, влияние социальных факторов на здоровье носит доминирующий, определяющий действие остальных факторов характер, общая теоретико-методологическая база для их анализа пока не выработана, что осложняет процесс сопоставления полученных разными исследователями результатов.

Во-вторых, по-прежнему актуальна проблема построения комплексной модели воздействия социальных факторов на здоровье, определения характера взаимосвязи различных факторов, особенности их взаимовлияния.

В-третьих, необходимо принятие единой типологии социальных факторов риска здоровью, что позволит не только достоверно оценить вклад каждого из них в развитие конкретных заболеваний, но и будет способствовать построению действенной политики управления социальными факторами риска, максимизировать эффект принимаемых управленческих решений.

## **2. Социальные факторы, формирующие здоровье населения: сущность и типология**

Категория «социальное», будучи ключевой для социологической науки, тем не менее размыта, и нередко трактуется и употребляется некорректно. Например, утверждается, что социальное есть нечто, «относящееся к человеческому обществу и/или к человеческой интеракции в организациях, группах<sup>1</sup>», т.е. социальное отождествляется с общественным, тем самым лишаясь смысловой нагрузки. Социальное объясняется через категории взаимодействия, отношений, установок, поведения, кооперации и деятельности, приобретая различные смыслы. Наиболее логичным представляется определение социального как специфической характеристики взаимодействия индивидов как членов определенного общества. Социальное проявляется на уровне личности, выражаясь в совокупности приобретенных индивидом в процессе социализации социальных качеств (статусы, роли, ценности, нормы, установки и пр.), на уровне группы – во взаимодействии интересов и целей и их разделении на уровне институтов – в устойчивых практиках, организующих общественную жизнь, и, наконец, на уровне общества в целом – в деятельности людей, воспроизводящим, «творящим» общество.

---

<sup>1</sup> Джери Д., Джери Дж. Большой толковый социологический словарь. Т. 2. П-Я. М.: Вече, АСТ, 2001.

Социальными факторами, таким образом, следует считать все условия, порождаемые совместной деятельностью людей как членов общества и повышающие/снижающие вероятность наступления некоего негативного/позитивного события. Социальные факторы риска могут проявляться на различных уровнях (в соответствии с уровнями существования социального). На микроуровне социальными факторами риска будут выступать поведенческие особенности индивида, обусловленные его интегрированностью в социальные структуры (интериоризированные в процессе социализации ценности и нормы, усвоенные социальные роли и пр.), на институциональном уровне – специфика функционирования социальных институтов, их существующие явные и латентные эу- и дисфункции, на социетальном уровне – социальное расслоение, особенности социально-экономической и социально-политической подсистем общества. Какие-то из данных факторов напрямую определяют вероятность наступления благоприятного/нежелательного события (прямые факторы устойчивости/риска), какие-то – влияют на возникновение положительных/негативных последствий, опосредованно выступая условиями формирования факторов риска/антириска. Поясним данную мысль применительно к факторам риска ухудшения здоровья. Традиционно обозначаемый в качестве фактора риска здоровью низкий уровень дохода сам по себе на здоровье человека не влияет. Он определяет невозможность рационального и безопасного питания, улучшения жилищных условий, ограничивает доступ к квалифицированной медицинской помощи, выступает источником стресса, провоцируя девиантное поведение индивида, т.е. стимулирует, существенно увеличивает вероятность возникновения факторов риска здоровью, выступая их условием или «риском рисков». Часто исследователи в один ряд ставят такие факторы риска ухудшения здоровья, как низкий уровень образования, безработица, социальное расслоение и химическая, никотиновая и алкогольная зависимости, причем данные факторы имеют различный характер воздействия на здоровье. Если злоупотребление алкоголем, курение или употребление наркотиков напрямую определяют риски развития различных заболеваний, то, например, низкий уровень образования увеличивает вероятность приверженности вредным привычкам, обуславливает меньший уровень информированности о проблемах здо-

ровья и здоровом образе жизни, детерминирует склонность к безответственному медицинскому и гигиеническому поведению, выступая условием возникновения факторов риска ухудшения здоровья или фактором риска «второго порядка».

Для ряда исследований характерен иной вариант подмены понятий, когда в один ряд ставятся социальные факторы риска ухудшения здоровья и непосредственные причины развития заболеваний. Например, Всемирной организацией здравоохранения в качестве ведущих факторов риска здоровью наряду с курением, злоупотреблением алкоголем и небезопасным сексом обозначаются высокий уровень холестерина, дефицит железа, избыточный вес и т.п., причем первые относятся к поведению индивида и имеют, безусловно, социальную природу, а вторые – характеризуют состояние организма человека, имея физиологическую природу. Более того, например, такая характеристика, как избыточный вес, может быть детерминирована в одних случаях действием социальных факторов (малоподвижный образ жизни, неправильное питание и пр.), а в других быть генетически обусловленной.

Контекстуализация социальных факторов риска выступает важнейшим методом понимания особенностей их воздействия на здоровье человека и предполагает осознание условий, детерминирующих существование, интенсификацию или, напротив, исчезновение социальных факторов риска, непосредственно связанных с состоянием здоровья человека, позволяя выработать эффективные инструменты управления ими, сформировать действенные стратегии повышения качества индивидуального и общественного здоровья.

*Таким образом, социальные факторы (факторы риска/антириска), формирующие здоровье, представляют собой относительно близкие причины изменения состояния здоровья человека. Данные факторы мы будем называть первичными. Первичные социальные факторы находятся под воздействием социальных условий, влияющих на их изменение (интенсификацию, распространение и пр.). Социальные условия не определяют напрямую состояние здоровья человека, но влияют на возникновение позитивных/негативных последствий опосредованно, выступая условиями формирования первичных факторов устойчивости и*

*факторов риска. Социальные условия формирования первичных факторов риска мы будем называть обуславливающими или контекстуальными факторами.*

Первичные факторы риска ухудшения здоровья можно разделить на несколько подгрупп. Первая подгруппа отражает особенности *медицинского поведения* индивида. К факторам риска ухудшения здоровья, входящим в данную группу, относятся несвоевременное обращение к врачу, невыполнение рекомендаций врача и «недолечивание», самолечение, игнорирование профилактических осмотров, злоупотребление лекарствами и фармакофобия. Вторая подгруппа связана с *гигиеническим поведением* индивида и включает такие факторы риска, как несоблюдение правил личной и бытовой гигиены (мытьё тела, чистка одежды, уборка помещений), небезопасное сексуальное поведение, игнорирование средств защиты от внешних угроз (например, отказ от марлевой повязки или респиратора). В третью подгруппу входят факторы риска, связанные с *двигательной активностью* человека. Здесь следует отметить U-образный характер отношений между данными факторами и заболеваемостью. Так, факторами риска следует считать как недостаточную, так и избыточную двигательную (физическую) активность. Гиподинамия ведет к снижению функциональных возможностей мышечной системы, порождает проблемы опорно-двигательного аппарата, влечет сердечнососудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония), изменяет состояние центральной нервной системы. Избыточная двигательная активность также негативно влияет на сердечнососудистую систему, вызывая нарушения ритма, увеличение размеров сердца (гипертрофия), и на опорно-двигательный аппарат, выступая значимым фактором риска для здоровья детей и подростков. Помимо указанного в данную группу факторов риска входит занятие травмоопасными (экстремальными) видами спорта и досуга (альпинизм, спелеология, езда на велосипеде по горным трассам и т.п.). Четвертая подгруппа факторов риска касается различных аспектов *питания*. Сюда следует отнести нарушение режима питания, несбалансированность питания, нарушение энергетического равновесия, а также злоупотребление диетами и пренебрежение требова-

ниями безопасности в отношении продуктов питания. В пятую подгруппу входят факторы риска, связанные с *режимом и ритмом жизни*. Это нарушения режима сна и бодрствования, режима дня, а также нарушения режима труда и отдыха как в узком (чередование периодов работы и перерывов на отдых в течение рабочего дня или смены), так и в широком (сочетание рабочих и выходных дней, длительность и регулярность отпуска) смысле. Шестая подгруппа факторов лежит в области *стрессозащитного поведения* индивида. Сюда входит отсутствие навыков сопротивления действию стрессоров, игнорирование профилактики стрессов, пренебрежение доступными методами нейтрализации стрессов. Седьмая, последняя, подгруппа факторов риска затрагивает область *девиантного поведения*. К данной подгруппе относятся такие факторы риска, как курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и токсикомания.

Условия, определяющие существование прямых (первичных) факторов риска здоровью (курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, неправильное питание и т.п.), проявляются как на микро-, так и на макроуровне. Первые касаются самого индивида и его ближайшего социального окружения (семья, друзья, коллеги). Вторые характеризуют такие макросоциальные образования, как территория, регион, общество в целом, выражаясь в уровне их социально-экономического и социокультурного развития, специфике функционирования различных социальных институтов, особенностях политической, экономической и прочих сфер.

Микросоциальные условия развития факторов риска здоровью можно разделить на две группы. Первая включает социально-демографические характеристики индивида – пол, возраст, национальность и т.п. Данные условия определяют, в первую очередь, распространенность поведенческих факторов риска здоровью. Так, для мужчин более характерны безответственное медицинское и гигиеническое поведение, занятия экстремальными видами спорта; среди них чаще распространены вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков). Люди более старшего возраста реже занимаются физической культурой и спортом, чаще демонстрируя низкий уровень двигательной активности, но их меди-

цинское поведение, как правило, более ответственное – пожилые люди скорее склонны следовать рекомендациям врача и «долечиваться», нежели молодежь. Детерминированность факторов риска социально-демографическими характеристиками индивидов наблюдается и в отношении условий труда и быта. Так, мужчины чаще заняты на вредном производстве, чем женщины, их работа чаще сопряжена с высоким уровнем ответственности, необходимостью принятия решения, следовательно, – более стрессогенна.

Вторая группа «рисков рисков» микросоциального уровня включает такие компоненты социально-экономического статуса индивида и его семьи, как низкий уровень материального благополучия и низкий уровень образования. Первый определяет существование практически всех типов первичных социальных факторов риска. Так, люди, принадлежащие к низшим социальным слоям, чаще курят и злоупотребляют алкоголем, хуже питаются, имеют плохие жилищные условия, заняты тяжелым трудом, ограничены в возможностях получения качественной медицинской помощи, не имеют доступа к инфраструктуре спорта и отдыха. Низкий уровень материального благополучия во многом определяется уровнем образования. Например, стратификационная система современного западного общества непосредственно связывает такие основания социального неравенства, как доход, образование, власть и престиж: высокий уровень образования дает возможность заниматься престижной, а значит хорошо оплачиваемой работой, занимать управленческие должности и, следовательно, принадлежать к более высоким социальным слоям. Однако для российского общества подобная связь не вполне характерна. Так, работники бюджетной сферы, зачастую имеющие высокий уровень образования (например, врачи, учителя), имеют низкий уровень дохода. Не принимая во внимание связь образования и материального благополучия, отметим, что низкий уровень образования, определяющий низкий уровень информированности, гигиенической и валеологической грамотности, медицинской культуры индивида, повышает риск реализации им безответственного медицинского и гигиенического поведения.

Условия макроуровня, представляющие собой наиболее широкий контекст социальных факторов риска здоровью, можно разделить на четыре группы в зависимости от сферы их воздействия. Первая группа характеризует социально-экономическое развитие территории (региона, общества). Здесь можно выделить такие факторы, как низкий уровень экономического развития территории, высокий уровень безработицы и высокий уровень урбанизации. Влияние данных условий на существование факторов риска здоровью неоднозначно. Так, экономическая неразвитость территории, с одной стороны, определяет низкий уровень жизни населения, недостаточное финансирование здравоохранения, сферы рекреации и оздоровления, высокий уровень безработицы, с другой стороны, подобные территории отличаются более благоприятными экологическими условиями, так как деятельность промышленных предприятий, осуществляющих, например, вредные выбросы в атмосферу, менее активна. Урбанизированные территории, характеризующиеся высокой плотностью населения и интенсификацией социального взаимодействия, постоянным шумом вследствие развития транспортной сети, с одной стороны, имеют более стрессогенную и загрязненную среду, нежели сельские территории, с другой – обеспечивают больший доступ к квалифицированной медицинской помощи.

Вторая группа условий макроуровня отражает уровень развития социальной инфраструктуры на территории. Сюда входят: а) неразвитость медицинской инфраструктуры (низкая доступность и низкий уровень оснащения учреждений здравоохранения, отсутствие специализированных учреждений и пр.); б) неразвитость спортивной инфраструктуры (отсутствие стадионов, бассейнов, спортивных площадок; отсутствие и экономическая недоступность спортивных и оздоровительных секций и пр.); в) неразвитость рекреационной инфраструктуры (отсутствие условий для летнего отдыха детей, экономическая недоступность домов отдыха, санаториев и пр.). Действие данных факторов может отягощаться недостаточной развитостью транспортной сети, определяющей невозможность достижения тех или иных объектов социальной инфраструктуры. Зависимость существования условий данной группы от уровня экономического разви-

тия территории кажется очевидной: чем регион или страна более развиты в экономическом плане, тем лучше там развита социальная инфраструктура. Однако недостаточная развитость сферы здравоохранения, спорта и рекреации может быть обусловлена не экономическими, а политическими причинами.

Политика государства в области здоровья, объединяющая макроуровня третьей группы, способна как усиливать, так и снижать действие социальных факторов риска. К негативным условиям, повышающим вероятность возникновения данных факторов, можно отнести низкую ориентацию стратегических документов страны на сохранение общественного здоровья, отсутствие или непроработанность нормативных документов, касающихся обеспечения здоровья населения и программ социальной защиты граждан, непродуманность системы формирования здорового образа жизни населения. Также интенсифицируют социальные факторы риска здоровью низкая эффективность деятельности правоохранительных органов в части контроля над незаконным оборотом наркотиков, распространением табачной и алкогольной продукции, борьбы с уличной преступностью и коррупцией и, наконец, предупреждения аварийности на дорогах.

Четвертая группа условий макроуровня, детерминирующих возникновение факторов риска здоровью, носит социокультурный характер. Негативное поведение в отношении собственного здоровья, проявляющееся в курении, злоупотреблении алкоголем, безответственном сексуальном поведении или чем бы то ни было еще, есть следствие усвоенных в процессе социализации социальных норм, ценностей, мировоззренческих установок. Отсутствие в ценностном ядре культуры общества здоровья как базовой ценности, вырождение ее в экономическую категорию, приобретение инструментального характера, преломляясь на уровне индивида, определяет реализацию им негативного самосохранительного поведения. Несформированность общественного мнения о необходимости отказа от вредных привычек, распространенность моды на курение в молодежной среде, лояльность общества по отношению к употреблению алкоголя, неготовность открыто обсуждать проблемы употребления наркоти-

ков, формальный подход к пропаганде здорового образа жизни в рамках системы образования во многом определяют распространение девиаций.

Разделение факторов риска здоровью на прямые и косвенные или на первичные (непосредственные) факторы риска и условия (контексты) их существования позволяет построить модель влияния социальных факторов на здоровье человека.

### **3. Модель влияния социальных факторов на здоровье**

Прямые (первичные) факторы риска провоцируют или увеличивают риск развития определенных заболеваний. Чтобы понять механизм воздействия данных факторов на здоровье человека, необходимо знать, что влияние проявляется при определенном воздействии (длительном, интенсивном или обладающем какой-либо иной спецификой).

Соотношения между воздействием факторов и нарушениями состояния здоровья могут иметь разный характер. Наиболее простой для анализа является ситуация, когда сам факт воздействия необходим и достаточен для возникновения заболевания (например, незащищенный секс с зараженным половым партнером – риск развития венерического заболевания). Более сложный случай – когда воздействие является необходимым, но не достаточным для развития заболевания или когда воздействие достаточно, но не необходимо для развития заболевания (например, длительное курение способно вызвать развитие рака, однако онкологическое заболевание может возникнуть и без воздействия никотина). Как уже было отмечено, большинство заболеваний имеют сложную, множественную этиологию и риск их развития зависит от большого числа разнообразных факторов – социальных, внешнесредовых, генетических. Кроме того, проблемой является неоднозначность связи между воздействием вредного фактора и заболеванием.

Важно отметить, что даже прямые социальные факторы риска ухудшения здоровья человека не являются причинами заболевания. В целом механизм воздействия прямых социальных факторов риска на здоровье человека может быть выражен следующим образом: воз-

действия фактора риска определенной интенсивности, длительности и т.п. → физиологические следствия воздействия фактора → изменение состояния здоровья (причина) → болезнь.

На рис. 4 данный механизм проиллюстрирован на примере гиподинамии.



Рис 4. Механизм влияния гиподинамии на здоровье человека

Как уже было сказано, первичные социальные факторы находятся под воздействием социальных условий, влияющих на их изменение (интенсификацию, распространение и пр.). Логика данного воздействия может быть представлена следующим образом: макросоциальные условия, определяющие специфику различных сфер жизнедеятельности общества, сопряженных со здоровьем, → институциональные контексты развития факторов риска → прямые факторы риска здоровью.

На рис. 4 представлена модель влияния социальных факторов на здоровье индивида, исходными для которой выбраны социально-экономические характеристики территории (региона). Низкий уровень экономического развития территории, дотационный характер бюджета, во-первых, не позволяют вкладывать деньги в развитие социальной сферы, в частности, в строительство, модернизацию, повышение транспортной и экономической доступности инфраструктуры оздоровления, лечения, отдыха, во-вторых, детерминируют низкий уровень жизни населения, возрастание доли жителей с доходами ниже прожиточного минимума, рост безработицы, что определяет высокий уровень стрессорности социальной среды. Проявляясь на уровне конкретного домохозяйства, данные макроэкономические условия выражаются в низком уровне материального благополучия и увеличении напряженности микроклимата семьи, что, с одной стороны, являясь серьезными стрессорами, уже влечет за собой изменения состояния здоровья, с другой стороны – детерминирует возникновение прямых факторов риска здоровью, описанных выше.



Рис. 5. Модель влияния социальных факторов на здоровье

Аналогичная логика влияния социальных факторов на здоровье граждан может быть проиллюстрирована и другими примерами. Так, сегодня в России широкая реклама табака, низкая цена на сигареты, несоблюдение правил продажи табачных изделий, лояльность общества по отношению к курению, отсутствие целенаправленной политики по формированию положительного имиджа некурящего человека не только повышают интерес к данной вредной привычке со стороны молодежи, но и делают сигареты доступными во всех смыслах. Перечисленные факторы, во-первых, определяют ранний возраст начала курения, во-вторых, стимулируют продолжение курения в старшем возрасте. В свою очередь, длительный стаж курения является одним из самых серьезных факторов риска развития рака легких, рака полости рта, бронхита и других заболеваний.

Еще одним примером последовательного действия социальных факторов различного уровня на здоровье человека является заражение инфекциями, передающимися половым путем. Низкий уровень социально-экономического развития территории определяет высокий уровень безработицы, низкий уровень жизни, невозможность для молодежи получить качественное образование и найти работу по специальности, провоцируя отток молодых людей в более развитые регионы. Отсутствие образования, профессии и необходимость самостоятельно зарабатывать на жизнь приводит девушек, приехавших в крупные города, столицы, к занятию проституцией, что определяет реализацию небезопасного сексуального поведения, повышающего риск заражения инфекцией.

Злоупотребление алкоголем как индивидуальная вредная привычка имеет предпосылки макрохарактера, связанные с историей общества, особенностями его культуры и экономическими реалиями современности, детерминируется уровнем образования и процессом социализации индивида, поддерживается политикой государства в отношении спиртных напитков.

Таким образом, прямые социальные факторы риска здоровью определяются действием многих взаимосвязанных и взаимозависимых социально-экономических, социально-политических и социокультурных процессов и явлений.

### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Охарактеризуйте степень научной изученности проблемы социальной обусловленности здоровья. Какие основные направления исследований вы можете выделить?

2. Назовите основные проблемы, связанные с изучением социальных факторов риска здоровью. Чем, на Ваш взгляд, обусловлено существование данных проблем?

3. Дайте определение понятию «социальные детерминанты здоровья». Раскройте суть социальной детерминированности здоровья человека.

4. Что такое социальные факторы риска и антириска? Чем отличаются прямые и косвенные социальные факторы риска/антириска?

5. Назовите основные прямые (первичные) социальные факторы риска здоровью. В чем их специфика?

6. Назовите основные косвенные (контекстуальные) социальные факторы риска здоровью. На каком уровне существования социального данные факторы проявляются в наибольшей степени?

7. Объясните механизм влияния прямых факторов риска на здоровье. На примере одного из факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, безответственное гигиеническое поведение и др.) проиллюстрируйте механизм его влияния на здоровье человека.

8. Постройте модель влияния социальных факторов на здоровье индивида, выбрав в качестве исходного параметра один из видов макросоциальных контекстуальных факторов риска.

### **Список используемой литературы**

#### *Основной*

*Link B., Phelan J.* Social Conditions As Fundamental Causes of Disease // *Journal of Health and Social Behavior*. 1995 (Extra Issue). P. 80-94.

*Гареева И.А.* Роль социальных детерминант в общественном здоровье // *Власть и управление на Востоке России*. Хабаровск, 2009. № 2. С. 114-121.

*Журавлева И.В.* Социальные факторы ухудшения здоровья населения / Россия трансформирующееся общество / под ред. В.А. Ядова. М.: Изд-во «КАНОН-пресс-Ц», 2001. С. 506-519.

*Кислицына О.Я.* Социально-экономические детерминанты здоровья россиян // Народнонаселение. 2007. № 2. С. 24-37.

#### *Дополнительный*

*Баевский Р.М., Берсенева А.П.* Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997.

*Бедный М.С.* Демографические факторы здоровья. М.: Финансы и статистика, 1984.

*Гурвич И.Н.* Социально-психологические факторы здоровья // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2000. 361-405.

*Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. №11. С. 57-69.

*Тапилина В.С.* Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. 2004. №3. с. 126-137.

#### *Интернет-ресурсы*

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья. URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/ru/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/ru/) (дата обращения: 23.04.2009).

Основные детерминанты здоровья населения европейских стран // URL: <http://www.zdrav.ru/library/publications/detail.php?ID=8214> (дата обращения: 15.06.2010).

## ТЕМА 6. ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

### *Вопросы для рассмотрения*

1. Понятие « здоровый образ жизни». Компоненты здорового образа жизни.
2. Влияние образа жизни на здоровье различных социальных групп.
3. Физическая культура как фактор формирования здоровья человека

*Основные понятия:* здоровый образ жизни, здоровый стиль жизни, физическая культура.

### **1. Понятие «здоровый образ жизни». Компоненты здорового образа жизни**

Социологическое видение здоровья состоит, прежде всего, в его понимании как сложного социального феномена, который отражает качество адаптации организма человека к условиям природной и социальной среды. Характеристики личности, социальной группы, отражающие понятие «здоровье», тесно связаны с образом жизни. Модельные характеристики способствуют ориентации человека на поддержание своего здоровья, его оценке с позиций критического анализа образа жизни.

Необходимость анализа категории «образ жизни» обусловлена признанием целостности данного понятия, а также отношением к категории «образ жизни» как к важному фактору сохранения здоровья.

Наиболее полное определение понятия образа жизни дает Р. Рывкина: «образ жизни – совокупность нескольких различных и взаимосвязанных видов социальной активности»<sup>1</sup>, выделяя следующие значимые виды социальной активности:

- различные виды экономической деятельности (например индивидуально-трудовая деятельность);

---

<sup>1</sup> Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: МАКС Пресс, 2007. С. 49.

- комплекс занятий в сфере домашнего хозяйства (например удовлетворение повседневных бытовых потребностей);
- занятия в сфере образования (например обучение в вузе);
- формы проведения свободного времени (например отдых и развлечения);
- способы поддержания здоровья (например занятия спортом);
- участие в политической жизни страны;
- трудовая и территориальная мобильность;
- проявление девиантного поведения.

По мнению Р. Рывкиной, «в системе образа жизни кристаллизуется драма «традиции-инновации», т.е. те стандарты поведения, которые были сформированы у индивида, меняются под воздействием условий его жизни. В большинстве случаев человек предопределен вести тот образ жизни, который задан ему от рождения. Это контролируется и регламентируется обществом с различной жесткостью в зависимости от уровня его развития: предписания общих принципов организации жизнедеятельности до конкретных форм поведения, соответствующих определенному социальному положению. Вместе с тем всегда есть реальная возможность проявления индивидуальных жизненных стилей<sup>1</sup>.

Образ жизни включает в себя два компонента: «условия жизни» и «стиль жизни». *Условия жизни* включают в себя совокупность природных, производственных, экономических, социально-политических, социокультурных, психологических и других факторов, которые необходимы для воспроизводства жизни индивида. Понятие *стиль жизни* выступает в качестве интегрированного способа взаимодействия личности с миром. Стиль жизни – это явление, производное от образа жизни, поскольку складывается в рамках определенного образа жизни и зависит от индивидуального жизненного выбора.

Категории «образ жизни» и «здоровье» имеют существенную взаимосвязь, которая наиболее полно выражается в понятии «здоровый образ жизни».

---

<sup>1</sup> Назарова И.Б. Указ. Соч. С.50.

В подходах к определению здорового образа жизни можно выделить три основных направления: философско-социологическое, медико-биологическое, психолого-педагогическое (табл. 3).

Таблица 3

Основные научные подходы к определению понятия  
«здоровый образ жизни»

Подход	Основные положения	Представители
Философско-социологический	Здоровый образ жизни – интегральный показатель культуры и социальной политики общества	И.А. Виноградов А.О. Мильштейн Л.В. Филиппов
Медико-биологический	Здоровый образ жизни – гигиеническое поведение, базирующееся на научно-обоснованных гигиенических нормах	Н.М. Амосов И.И. Брехман Г.И. Царегородцев
Психолого-педагогический	При определении здорового образа жизни ведущая роль отводится мотивационно-ценностным отношениям, сознанию, поведению и ценностно-ориентированной деятельности личности	М.Я. Виленский М.М. Борисов В.З. Коган В.М. Лабский

В рамках философско-социологического подхода здоровый образ жизни определяют как:

– «прежде всего, культурный образ жизни, цивилизованный, гуманистический»<sup>1</sup>;

– «типичная совокупность форм и способов повседневной культурной жизнедеятельности личности, основанная на культурных нормах, ценностях, смыслах деятельности и укрепляющая адаптивные возможности организма»<sup>2</sup>.

Здоровый образ жизни в рамках данного подхода выступает составной частью жизни общества, способствует реализации человеком его общественных функций на основе усвоенных им культурных норм и ценностей.

<sup>1</sup> Краснов И.С. Методологические аспекты здорового образа жизни россиян // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2004. №2. С.61.

<sup>2</sup> Физическая культура студента: учебник / под ред. В. И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000. С.34.

Медико-биологическое трактование здорового образа жизни дают следующие определения:

– «рациональный образ жизни, неотъемлемой чертой которого является активная деятельность, направленная на сохранение и улучшение здоровья»<sup>1</sup>;

– «мобильное сочетание форм, способов повседневной жизнедеятельности, которые соответствуют гигиеническим принципам, укрепляют адаптивные и резистентные возможности организма, способствуют эффективному восстановлению, поддержанию и развитию резервных возможностей, оптимальному выполнению личностью социально-профессиональных функций»<sup>2</sup>.

В рамках медико-биологического подхода здоровый образ жизни направлен на поддержание общего здоровья организма, развитие адаптационных возможностей организма человека.

Психолого-педагогический подход определяет здоровый образ жизни как «активную деятельность людей, направленную в первую очередь на сохранение и улучшение здоровья»<sup>3</sup>, и рассматривает его с точки зрения сознания, мотивации, психологии человека.

На наш взгляд, наиболее полно понятие «здоровый образ жизни» раскрывает В.Р. Шухатович. По его мнению, *здоровый образ жизни* – социологическое понятие, характеризующее:

– степень реализации потенциала конкретного общества (индивида, социальной группы) в обеспечении здоровья;

– степень социального благополучия как единства уровня и качества жизни;

– степень эффективности функционирования социальной организации в ее отнесении к ценности здоровья<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Краснов И.С. Указ. соч. С.61.

<sup>2</sup> Евсеев Ю.И. Физическая культура // Серия «Учебники, учебные пособия». Ростов н/Д: Феникс, 2002.

<sup>3</sup> Чумаков Б.Н. Валеология: учеб. пос. 2-е изд., испр. и доп. М.: Пед. общ-во России, 2000.

<sup>4</sup> Шухатович В.Р. Здоровый образ жизни // Энциклопедия социологии. Мн.: Книжный Дом, 2003.

Содержательная характеристика категории здоровья может быть получена при глубоком анализе его компонентов. На рис. 6 представлены компоненты здорового образа жизни.

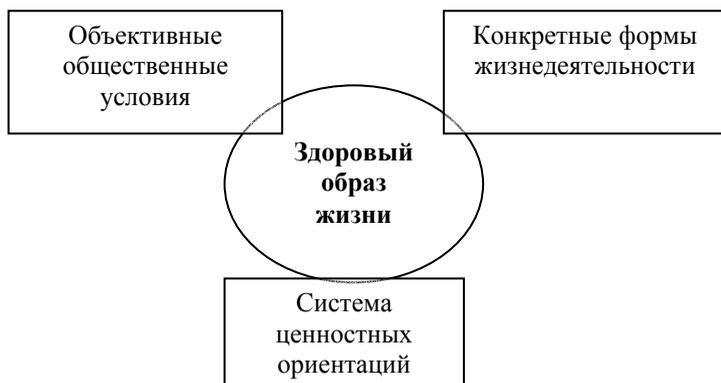


Рис. 6. Структура здорового образа жизни

В основе здорового образа жизни, по мнению Д.А. Изуткина, находится единство биологического и социального, поскольку его носителем является человек как существо деятельное и в биологическом, и в социальном отношении: «человек выступает как единое целое, в единстве биологических и социальных характеристик; здоровый образ жизни способствует полноценному выполнению социальных функций; здоровый образ жизни предполагает возможность предупреждения заболеваний»<sup>1</sup>.

Широко в социологической литературе представлено понятие «здоровый стиль жизни». По мнению М.Я. Виленского, здоровый стиль жизни может трактоваться как индивидуализированный вариант здорового образа жизни, включающий в себя мировоззренческий, поведенческий и деятельностный аспекты. Возникает здоровый стиль жизни в процессе жизнедеятельности, он образует целостную

---

<sup>1</sup> Степанов А.Д., Изуткин Д.А. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования // Советское здравоохранение. 1981. №5. С.6.

систему жизненных проявлений личности, которая в свою очередь способствует гармонизации индивидуальности с условиями жизнедеятельности<sup>1</sup>.

Таким образом, *здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей как условия и предпосылки существования и развития других сторон образа жизни.* Здоровье человека детерминировано комплексом условий и факторов, знание которых необходимо для эффективного решения вопроса предупреждения социального риска и охраны здоровья всех социальных групп населения. Однако решающим среди них является позиция самого человека, его отношение к собственному здоровью и продолжительности жизни, о чем будет говориться в последующих разделах пособия.

## **2. Влияние образа жизни на здоровье различных социальных групп**

Охрана и укрепление здоровья человека в основном обусловлены его образом жизни. Степень внимания к нему определяется на уровне общественного сознания, в сфере культуры, образования, воспитания. Образ жизни рассматривается как определенный способ интеграции потребностей индивида и соответствующей им деятельности. Формирование внутренней необходимости на здоровый образ жизни выражается в сочетании потребности в полноценной, активной и продолжительной жизни с реализацией решения этой проблемы. Именно потребность, как правило, побуждает его к действиям, которые обеспечивают качество жизни и минимизируют количество заболеваний. Все это удается за счет соответствующей активности, которая направляется на укрепление и сохранение здоровья.

Образ жизни обладает широким спектром воздействия на различные стороны проявлений организма и личности человека. Влияние образа жизни можно отметить в улучшении или ухудшении

---

<sup>1</sup> *Виленский М.Я., Овчинникова С.О.* Методологический анализ общего и особенного в понятиях «здоровый образ жизни» и «здоровый стиль жизни» // Теория и практика физической культуры. 2004. № 11. С.2.

адаптационных процессов, повышении или понижении работоспособности, снижении или увеличении заболеваемости и т.п.

В настоящее время наиболее остро стоит проблема охраны, укрепления здоровья, формирования здорового образа жизни и предупреждения заболеваемости детей и подростков. В то же время навыки ведения здорового образа жизни у данной категории населения привиты слабо. Основы физического и психического здоровья ребенка, первоначальные навыки ведения здорового образа жизни формируются в детские и юношеские годы. Поэтому учить здоровому образу жизни и воспитывать сознательное и ответственное отношение к здоровью необходимо начинать в детском возрасте. Именно в семье ребенок усваивает определенные модели поведения, в том числе и в отношении здоровья, которые потом он реализует во взрослой жизни. Например, нарушения в питании ребенка не только провоцируют отклонения в работе органов пищеварения ребенка, но и формируют модель его пищевого поведения, закладывая вкусовые предпочтения и отношение к процедуре приема пищи.

Процесс формирования знаний о здоровом образе жизни у детей и подростков, наряду с родителями, должен осуществляться благодаря активному привлечению учителей школ и медицинских работников. Основными составляющими здорового образа жизни молодого поколения должны стать личная и общественная гигиена, рациональное питание, оптимально организованный двигательный режим, включающий различные формы занятий физическими упражнениями в сочетании с закаливающими процедурами. Эффективность формирования навыков здорового образа жизни у детей и подростков повышается при активном взаимодействии таких социальных институтов, как семья и школа.

В последние годы возросло число публикаций по проблемам роста заболеваемости в процессе профессиональной подготовки студентов и снижения их работоспособности. За годы обучения в вузах численность юношей и девушек с хронической формой заболеваний возрастает в несколько раз. Здоровый образ жизни отражает обобщенную типовую структуру форм жизнедеятельности студентов, для которой характерно единство и целесообразность процессов самоор-

ганизации и самодисциплины, саморегуляции и саморазвития, направленных на укрепление адаптивных возможностей организма, полноценную самореализацию своих сущностных сил, дарований и способностей в общекультурном и профессиональном развитии<sup>1</sup>. Здоровый образ жизни создает для личности такую социокультурную среду, в условиях которой возникают реальные предпосылки для высокой творческой самоотдачи, работоспособности, трудовой и общественной активности, психологического комфорта, при этом наиболее полно раскрывается психофизиологический потенциал личности, актуализируется процесс ее самосовершенствования. В условиях рационального образа жизни ответственность за здоровье формируется у студента как часть общекультурного развития, проявляющаяся в единстве стилевых особенностей поведения, способности построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о жизненных приоритетах. Содержание здорового образа жизни студентов отражает результат распространения индивидуального или группового стиля поведения, общения, организации жизнедеятельности, закрепленных в виде индивидуальных потребностей и привычек.

Основными элементами здорового образа жизни студентов выступают: соблюдение режима труда и отдыха, питания и сна, гигиенических требований, оптимальный режим двигательной активности, отказ от вредных привычек, культура межличностного общения и поведения в коллективе, культура сексуального поведения, а также содержательный досуг, оказывающий развивающее воздействие на личность. Организуя свою жизнедеятельность, личность вносит в нее упорядоченность, используя полезные для здоровья мероприятия в режиме дня. Это может быть упорядоченность, когда студент, например, регулярно в одно и то же время питается, ложится спать, занимается физическими упражнениями, использует закаливающие процедуры. Устойчивой может быть и последовательность форм жизнедеятельности: после учебной недели один выходной день по-

---

<sup>1</sup> Физическая культура студента: учебник / под ред. В.И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000. С.113.

свящается общению с друзьями, другой – домашним делам, третий – занятиям физкультурно-спортивной деятельностью. Названные характеристики здорового образа жизни устойчивы по отношению к постоянно меняющимся, многочисленным воздействиям окружения человека. Они образуют своего рода барьеры, ограждающие его от необходимости все время реагировать на многообразие существующих вокруг суждений, мнений, оценок, требований. Внутри этих границ студент волен регулировать свои действия, апробировать новые образцы поведения. Устойчивые и повторяющиеся нормы жизнедеятельности связаны с индивидуальными предпочтениями человека и направлены на его самовоспитание и самосовершенствование. Социальная значимость ведения человеком здорового образа жизни выражается в том, какие ценности им производятся, какие общественные потребности им удовлетворяются, что он дает для развития самой личности.

Ценностные характеристики образа жизни молодежи затрагивают как сферу сознания (целесолагание, индивидуальные установки, убеждения, мотивы), так и показатели психофизического благополучия индивидуума. В этой связи здоровый образ жизни приобретает оценочное и нормативное значение. Понятие рациональных норм жизнедеятельности во многом зависит от ценностных ориентации студента, мировоззрения, социального и нравственного опыта. Общественные нормы, ценности здорового образа жизни принимаются студентами как лично значимые, но не всегда совпадают с ценностями, выработанными общественным сознанием. Так, в процессе накопления личностью социального опыта возможна дисгармония познавательных (научные и житейские знания), психологических (формирование интеллектуальных, эмоциональных, волевых структур), социально-психологических (социальные ориентации, система ценностей), функциональных (навыки, умения, привычки, нормы поведения, деятельность, отношения) процессов. Подобная дисгармония может стать причиной формирования асоциальных качеств личности. Поэтому в вузе необходимо обеспечить сознательный выбор личностью общественных ценностей здорового образа жизни и формировать на их основе устойчивую, индивидуальную систему

ценностных ориентации, способную обеспечить саморегуляцию личности, мотивацию ее поведения и деятельности. Для студента с высоким уровнем развития личности характерно не только стремление познать себя, но желание и умение изменять себя, микросреду, в которой он находится. Путем активного самосовершенствования развиваются социально важные свойства личности. Опыт достижений личности в различных видах деятельности формирует адекватное представление студента о себе. Одновременно с этим в структуру самосознания включаются идеалы, нормы и ценности, общественные по своей сути. Они присваиваются личностью, становятся ее собственными идеалами, ценностями, нормами, частью ядра личности – ее самосознания.

Выявлена тесная связь между образом жизни и состоянием здоровья пожилых и старых людей. Сегодня в большинстве развитых стран среднестатистический 60-летний человек может рассчитывать прожить еще 22 года. Те, кому сейчас больше 75 лет, могут прожить еще около 11 лет.

Механизм влияния двигательной активности на организм является многоплановым и весьма сложным. Систематическая двигательная активность вызывает в организме изменения, противоположные тем, которые наступают в результате старения, а именно: увеличивается вентиляция легких, дыхание при небольших физических нагрузках становится более экономным, исчезает одышка.

Другим фактором увеличения продолжительности жизни пожилых людей является ответственное *медицинское поведение*. В последние годы в нашей стране отмечается все более низкая медицинская активность среди пожилых и старых людей. Основная причина этого – снижение качества медицинской помощи, введение платы за медицинские услуги. Высокий уровень заболеваемости пожилых и старых людей и низкая обращаемость их в медицинские учреждения характерны для многих регионов. В то же время одной из основных задач медицинского обслуживания пожилых и старых людей, помимо лечения конкретных заболеваний медицинскими средствами, является поддержание их жизнедеятельности в семье и обществе, а также в целях обеспечения личных потребностей.

На замедление процесса старения организма большое влияние оказывает *правильное питание* пожилых людей, которое должно быть не только полноценным, но и сбалансированным, с учетом прежде всего возрастных особенностей организма. Основным принципом режима питания пожилых людей должны быть: равномерный 4-5 разовый прием пищи и исключение приема большого количества пищи одновременно. Максимально разнообразное питание (обеспечивающее достаточное поступление белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ) лиц пожилого возраста должно сочетаться с энергетической сбалансированностью, т.е. калорийность рациона должна соответствовать энергозатратам организма. С возрастом уменьшается физическая активность и появляется предрасположенность к избыточной массе тела, поэтому калорийность рациона лицам пожилого возраста необходимо несколько снизить.

Однако в современных российских условиях ухудшение условий жизни и социального положения пожилых людей, отсутствие уверенности в завтрашнем дне, объективные трудности здравоохранения приводят к нарастанию числа случаев неблагоприятного социально-психологического вида старения, невозможности реализации факторов увеличения продолжительности жизни.

Таким образом, здоровый образ жизни должен целенаправленно формироваться в течение всей жизни человека и быть устойчивым вне зависимости от жизненных обстоятельств и ситуаций. Ориентация на физическое и психическое совершенствование в повседневной деятельности отвечает интересам личности и социума. Формирование основ здорового образа жизни у *детей и подростков* связано с воспитанием сознательного и ответственного отношения к здоровью благодаря таким социальным институтам, как семья и образование. Специфика здорового образа жизни *молодежи* состоит в том, что поведение молодых людей должно быть осознанным и целенаправленным, предусматривать использование материальных и духовных условий, благотворно влияющих на сохранение и укрепление их здоровья, а также формирование ценностных ориентаций здоровьесберегающей деятельности. Итак, на замедление процесса старе-

ния, ведение здорового образа жизни оказывают существенное влияние сохранение двигательной активности, ответственное медицинское поведение и правильное питание *пожилых людей*.

### **3. Физическая культура как фактор формирования здоровья человека**

Среди факторов образа жизни, формирующих здоровье человека, особое место занимают двигательная активность, регулярный двигательный режим, занятия физической культурой и спортом.

Физическая культура не только управляет деятельностью, но и сама представляет собой особую деятельность, направленную на сознательное формирование и поддержание телесно-двигательных качеств и умений. Именно в физической активности человека реализуется потенциал его физической культуры, отражается его способность к совершенствованию своей физической природы на основе использования накопленных всем обществом знаний, опыта, технологических и материальных возможностей.

Средства физической культуры позволяют не только развивать физические качества, двигательные навыки, но и формировать у человека грамотное отношение к своему телу, содействовать воспитанию моральных и волевых качеств, потребности в управлении здоровьем<sup>1</sup>. Чрезмерное смещение акцентов при формировании физической культуры на двигательный компонент ведет к тому, что физическая культура не всегда представляется насущной потребностью индивида. В то время как формирование физической культуры необходимо в тесной связи с общей культурой человека.

Физическая культура как феномен общей культуры уникальна. Именно она, по словам В.К. Бальсевича, «является естественным мостиком, позволяющим соединить социальное и биологическое в развитии человека»<sup>2</sup>. Воздействие природных факторов на развитие физического

---

<sup>1</sup> Козина Г.Ю. Концептуальная модель воздействия социальных факторов на формирование здоровья человека // X Социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов. Пенза, 2008. С.70.

<sup>2</sup> Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и каждого. М.: Физкультура и спорт, 1998.

потенциала человека имеет объективный характер, но его специфика состоит в том, что оно может усиливаться или ослабляться в зависимости от активности человека<sup>1</sup>. Ю.М. Николаев отмечает, что «физическая культура – это та же общая культура человека с преобладанием ее духовной стороны, но реализуемая специфическим образом через его сознательно окультуренную двигательную деятельность по преобразованию своей телесности с учетом биологических закономерностей функционирования и развития его организма<sup>2</sup>». В этой связи физическая культура включает в себя духовные, нравственные, этические и другие ценности, которые выработаны человечеством в данной области общественной жизни. Она как элемент общечеловеческой культуры, с одной стороны, дополняет и расширяет содержание последней, влияет на ее эволюцию, а с другой – развивается в обществе в соответствии с фундаментальными законами общественного развития.

Б.Г. Акчурин акцентирует внимание на соотношении духовного и телесного в понимании физической культуры. Согласно взглядам Б.Г. Акчурина, человека можно отнести к биосоциокультурной системе, уникальность которой определяется врожденными способностями индивида, которые развиваются в ходе становления ценностей культуры под влиянием социальной среды. Однако характер социализации зависит от природных задатков индивидуума, своеобразия его телесной и психической организации, темперамента, интеллектуального потенциала, его потребностей и одаренности. Физкультурно-спортивная деятельность имеет своей целью не только совершенствование органов человеческой телесности, но и формирование телесно-духовного единства человека<sup>3</sup>.

Таким образом, духовность оказывает положительное влияние на органы телесности, духовное здоровье дает толчок физическому развитию, а процесс совершенствования тела детерминирует в свою очередь процесс духовного совершенствования личности.

---

<sup>1</sup> Лубышева Л.И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения обществом и личностью // Теория и практика физической культуры. 1997. № 6. С.10.

<sup>2</sup> Николаев Ю.М. Теория физической культуры: становление и развитие культурологического подхода // Теория и практика физической культуры. 2009. №12. С.3.

<sup>3</sup> Акчурин Б.Г. Диалектика духовного и телесного в свете нового понимания физической культуры // Теория и практика физической культуры. 2002. №6. С.57.

Физическая культура, как никакая сфера культуры, содержит в себе наибольший потенциал воспроизводства личности как целостности в своем телесно-духовном единстве. Поэтому культурная деятельность (в том числе и телесная) приобретает общественно полезную значимость, поскольку ее целью является развитие самого человека. Следовательно, цель духовного воспитания состоит в том, чтобы дать человеку верное представление о наивысшем типе сознания в данных конкретно-исторических условиях, выработать у него устойчивую потребность в самосовершенствовании в соответствии с этим представлением.

В связи с вышеизложенным *физическая культура представляет собой многогранное социокультурное явление, которое не ограничено решением задач физического совершенствования человека.*

Характеризуя социокультурное содержание физической культуры и пути его освоения обществом и личностью, Л.И. Лубышева рассматривает этот вид культуры не только как самостоятельный социальный феномен, но и как устойчивое качество личности<sup>1</sup>. Физическая культура личности проявляется в трех основных направлениях. Во-первых, определяет способность к *саморазвитию*, отражает направленность личности «на себя», что обусловлено ее социальным и духовным опытом, обеспечивает ее стремление к самосовершенствованию. Во-вторых, физическая культура – основа самостоятельного, инициативного *самовыражения* человека, проявление творчества в использовании средств физической культуры, направленных, например, на предмет и процесс его профессионального труда. В-третьих, она отражает творчество личности, направленное на отношения, возникающие в процессе физкультурно-спортивной, общественной и профессиональной деятельности, т.е. «на других»<sup>2</sup>.

Значимость физической культуры для всестороннего развития человека подтверждается ценностным потенциалом этого феномена. При этом Л.И. Лубышева выделяет два уровня ценностей: общест-

---

<sup>1</sup> Лубышева Л.И. Социология физической культуры и спорта: учеб. пособие. 2-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 2004.

<sup>2</sup> Физическая культура студента: учебник / под ред. В.И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000. С.13.

венный и личностный. К общественным ценностям физической культуры относятся: интеллектуальные, мобилизационные и интенционные ценности, ценности двигательного характера и педагогической технологии. К числу мобилизационных ценностей, имеющих особое значение в подготовке жизнеспособного и социально активного поколения, относятся способность к рациональной организации своего бюджета времени, внутренняя дисциплина, собранность, быстрая оценка ситуации и принятия решения, настойчивость в достижении поставленной цели и др.

Личностный уровень освоения ценностей физической культуры определяется знаниями человека в области физического совершенствования, двигательными умениями и навыками, способностью к самоорганизации здорового стиля жизни, ориентацией на занятия физкультурно-спортивной деятельностью.

Содержание ценностей физической культуры и спорта во многом совпадают, однако следует учитывать их функциональные различия. Физическая культура возникает и развивается как один из наиболее существенных способов социализации, а спорт – как средство и форма выявления социального признания высших способностей человека<sup>1</sup>.

Социально мотивированное отношение человека к физической культуре отражает понятие «*физическая активность*». Физическая активность предполагает осуществление определенной деятельности с целью достижения физического здоровья<sup>2</sup>. Это сочетание разнообразных двигательных действий, выполняемых в повседневной жизни, в организованных и самостоятельных занятиях физическими упражнениями и спортом<sup>3</sup>.

Владея и активно используя разнообразные физические упражнения, человек улучшает свое физическое состояние и подготовленность, физически совершенствуется. Физическое совершенство от-

---

<sup>1</sup> Лубышева Л.И. Социология физической культуры и спорта: учеб. пособие. 2-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 2004.

<sup>2</sup> Бальсевич В.К. Онтокинезия человека. М.: Изд-во «Теория и практика физической культуры», 2000.

<sup>3</sup> Давиденко Д.Н., Щедрин Ю.Н., Щеголев В.А. Здоровье и образ жизни студентов / под общ. ред. проф. Д.Н. Давиденко: учебное пособие. СПб.: СПбГУИТМО, 2005. С.57.

ражает такую степень физических возможностей личности, которые позволяют ей наиболее полно реализовать свои сущностные силы, успешно принимать участие в необходимых обществу и желательных для нее видах социально-трудовой деятельности.

В.К. Бальсевич выделяет в структуре физической культуры личности три основных составляющие: *знания* (физкультурная образованность), *двигательные достижения* и *мотивацию двигательной активности*. При этом на первое место ставятся уровень, глубина, полнота и основательность знаний о сущности и правилах физической подготовки, методах организации физической активности, о функционировании своего организма в процессе физической активности и т. д. Данные характеристики определяют уровень физкультурной образованности личности. К показателям двигательных достижений В.К. Бальсевич относит развитие физических качеств, фонд двигательных умений и навыков, работоспособность и др. При оценке мотивации двигательной активности человека имеет значение ее структура и направленность, а в основе мотивационной сферы лежит физкультурная образованность<sup>1</sup>.

Мотивационно-ценностные ориентации выражают совокупность отношений личности к физической культуре в повседневной жизни. При этом потребности являются главным побудительным фактором, обуславливающим двигательную активность человека, а несколько менее значимую роль играют интересы, установки и убеждения в сфере физической культуры.

Таким образом, *физическую культуру следует рассматривать как особый род культурной деятельности, результаты которой полезны для общества и личности. Физическая культура является важным фактором укрепления здоровья человека, а эффективное использование средств физической культуры становится возможным при определенных социальных условиях и повышении ответственности за свое здоровье со стороны индивида.*

---

<sup>1</sup> Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и каждого. М.: Физкультура и спорт, 1998.

## *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Дайте определение понятию «здоровый образ жизни». В чем отличие понятий «здоровый образ жизни» и «здоровый стиль жизни»?
2. Назовите компоненты здорового образа жизни. Какие объективные и субъективные факторы влияют на его формирование?
3. В чем специфика здорового образа жизни молодежи?
4. Проанализируйте мероприятия, проводимые Комитетом по молодежной политике Пермского края. Назовите мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни молодежи за последний год.
5. Раскройте понятие «физическая культура».
6. В чем состоит значимость физической культуры для всестороннего развития личности.
7. Приведите аргументы в пользу тезиса «Физическая культура как форма двигательной активности позволяет актуализировать потребность индивида в укреплении здоровья».

## **Список литературы**

### *Основной*

*Горчак С.И.* К вопросу о дефиниции здорового образа жизни // Здоровый образ жизни. Социально-философские и медико-биологические проблемы. Кишинев, 1991. С. 19-39.

*Козина Г.Ю.* Здоровье в ценностном мире студентов // Социологические исследования. 2007. № 9. С.147-149.

*Краснов И.С.* Методологические аспекты здорового образа жизни россиян // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2004. №2. С.61-63.

### *Дополнительный*

*Белова Н.И.* Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи // Социологические исследования. 2008. № 4. С. 84–86.

*Давиденко Д.Н., Щедрин Ю.Н., Щеголев В.А.* Здоровье и образ жизни студентов / под общ. ред. проф. Д.Н. Давиденко: учебное пособие. СПб.: СПбГУИТМО, 2005.

*Журавлева И.В.* Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. 2000. №5. С.66-74.

*Иванова Л.Ю.* Самосохранительное поведение и его гендерные особенности// Россия реформирующаяся: ежегодник – 2005 / отв. ред. Л.М. Дробижева. М.: Институт социологии РАН, 2006. С. 110-133.

*Ковалева А.А.* Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. 11. № 2. С. 179-191.

*Назарова И.Б.* Субъективные и объективные оценки здоровья населения // Социологический журнал. 1998. № 3/4. С. 246-249.

*Паначев В.Д.* Исследование факторов здорового образа жизни студентов // Социологические исследования. 2004. № 11. С. 98-99.

*Рагимова О.А.* Социальное здоровье молодого поколения // Социально-гуманитарные знания. 2008. 1. С. 118-128.

Физическая культура студента: учебник / под ред. В. И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000. С. 111-148.

*Шклярук В.Я.* Самосохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования. 2008. № 10. С.139-142.

#### *Интернет-ресурсы*

Пермский молодежный интернет – портал URL: <http://www.molod.perm.ru>. (дата обращения: 14.03.2011).

## ТЕМА 7. ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ ИНДИВИДА И ОБЩЕСТВА

### *Вопросы для рассмотрения*

1. Отношение к здоровью на различных уровнях общественной системы.
2. Субъективная оценка здоровья и факторы ее детерминации.
3. Самосохранительное поведение индивида: понятие и факторы.
4. Особенности самосохранительного поведения современной молодежи.

*Основные понятия:* отношение к здоровью, субъективная оценка здоровья, здоровье как ценность, самосохранительное поведение, саморазрушительное поведение.

### **1. Отношение к здоровью на различных уровнях общественной системы**

*Отношение к своему здоровью* – это подлинный социокультурный феномен, который «представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом физического и психического состояния<sup>1</sup>». Отношение к здоровью – это одно из центральных понятий социологии здоровья, оно неразрывно связано с системой ценностей личности, это комплекс мотивов, который связывает личность с обществом.

Отношение к здоровью проявляется в действиях, суждениях и переживаниях людей относительно факторов, влияющих на их физическое и душевное благополучие. В качестве двух составляющих понятия «отношение к здоровью» выделяют «самосохранительное отношение и поведение» и «саморазрушительное отношение и поведение»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Димов В.Д. Здоровье как социальная проблема // Социально-гуманитарные знания. 1999. №6. С.179.

<sup>2</sup> Козина Г.Ю. Концептуальная модель воздействия социальных факторов на формирование здоровья человека. статья // X Социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов: межвузовский сборник научных трудов. Пенза, 2008. С.71.

Понятие «отношение» содержит индивидуальные и социальные аспекты, является предметом изучения и психологов, и социологов. Психологов больше интересуют условия, в которых индивид вырабатывает отношение и делает его частью своей индивидуальности. Социологи связывают социальное поведение с определенными социальными структурами и ситуациями. Согласно социологическому словарю, «отношение» является эмоционально-волевой установкой личности на что-либо, т. е. выражение ее позиции<sup>1</sup>. Ряд зарубежных авторов (G. Allport, 1935; M. Rokeach, 1960; R.N. Haber and A.H. Freid, 1975) анализируя понятие «отношение», считают, что отношение ведет к определенному поведению, отношение определяет поведение, другие настаивают на том, что отношение существует лишь мысленно, а поведение определяется ситуацией<sup>2</sup>.

На наш взгляд, поведение, наряду с другими структурными элементами, является составной частью понятия «отношение».

«Отношение» является сложным и комплексным по своей структуре. Оно включает в себя несколько элементов: а) когнитивный (идеи, мнения, убеждения), б) эмоциональный (чувства, эмоции, ценности), в) поведенческий (действия и деятельность)<sup>3</sup>.

«Отношение к здоровью» как социологическое понятие было впервые описано И.В. Журавлевой (1989), в настоящее время широко используется в литературе по проблемам здоровья. Два взаимодополняющих направления составляют отношение к здоровью: сохранение здоровья (предупреждение и лечение болезней) и совершенствование здоровья человека (развитие биологических и психологических характеристик, обеспечивающих высокую адаптацию к изменяющейся внешней среде). Отношение к здоровью оценивается на уровне индивида, социальных групп, государства и общества в целом.

*Отношение индивида к здоровью* определяется как сложившиеся на основе имеющихся знаний у человека оценка (самооценка) собст-

---

<sup>1</sup> Большой толковый социологический словарь терминов. URL: <http://www.online-dics.ru/slovar/soc.html> (дата обращения: 03.02.2011).

<sup>2</sup> Указ. соч.

<sup>3</sup> Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества // Ин-т социологии РАН. М.: Наука, 2006. С.36.

венного здоровья, здоровья как жизненной ценности, а также как совокупность действий в сфере здоровья.

Отношение отдельного человека к здоровью может быть охарактеризовано следующими показателями: *оценка (самооценка) здоровья, медицинская и гигиеническая информированность (знания в сфере здоровья), ценностные установки в сфере здоровья, деятельность человека по сохранению своего здоровья*<sup>1</sup>.

Самооценка человеком своего состояния является своеобразным индикатором и регулятором поведения. Медицинская и гигиеническая информированность характеризуется знаниями человека в области профилактики наиболее распространенных заболеваний, принципов нормального функционирования систем организма, правил оказания первой медицинской помощи.

Отношение индивида к здоровью можно представить в виде следующей схемы (см. рис. 7).



Рис. 7. Структура отношения индивида к здоровью

Результаты социологических исследований свидетельствуют о том, что в системе жизненных ценностей индивида здоровье, как базовая ценность, занимает 3-5-е место после «семьи», «работы». В условиях современной социально-экономической ситуации в стране ценность здоровья в большей степени приобретает инструментальный характер. Это утверждение в основном относится к молодежи. Согласно исследованиям И.В. Журавлевой, среди различных высказываний о значении здоровья в жизни человека молодежь чаще

<sup>1</sup> Федоров А.И. Отношения подростков к здоровью: социологический анализ // Образование и наука. 2008. №1 (49). С.91.

всего выбирала следующее: «Здоровье – это, конечно, важно, но иногда можно и забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечения и т.п.»<sup>1</sup>. Таким образом, ценность здоровья как средства достижения определенных целей для них важнее, чем ценность его как средства жить долго и полноценно.

*Отношение к здоровью* можно проследить на уровне социальных групп. Специфика отношения к здоровью на уровне социальных групп состоит в передаче индивиду системы социальных норм и ценностей с учетом реальной индивидуальной оценки здоровья членами группы. *Семья* как малая группа закладывает основы восприятия здоровья и здорового образа жизни. В процессе формирования отношения к здоровью важную роль играют социализирующие функции семьи. Именно семья прививает навыки заботы о здоровье, правильную организацию режима труда и отдыха, обеспечивает качественным питанием, заботится о гармоничном физическом и психическом развитии ребенка, передает ребенку определенный набор сведений о своем организме, прививает навыки оказания первой помощи и самолечения, другими словами, обеспечивает формирование определенного уровня грамотности в вопросах здоровья. Однако 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. По мнению И.В. Журавлевой, в настоящее время значительная часть родителей не осознает важности собственного оздоровительного поведения как образца для подражания. Семья как инертное социальное образование транслирует устаревшие стереотипы поведения в сфере здоровья, в то время как социально-экономическая ситуация в стране предъявляет подрастающему поколению новые требования, связанные со здоровьем.

Молодежь как социальная группа также имеет свои особенности отношения к здоровью. По мнению А.И. Федорова, для современной молодежи характерен низкий уровень культуры здоровья и культуры

---

<sup>1</sup> Журавлева И.В. Указ. соч. С.60.

поведения в сфере здоровья<sup>1</sup>. Исследователь выделяет два типа отношения молодых людей к своему здоровью. Первый тип ориентирован, прежде всего, на «собственные усилия», т.е. на осуществление целенаправленной деятельности по сохранению и укреплению здоровья. Этот тип молодых людей имеет высокую оценку своего здоровья. Второй тип ориентирован преимущественно на «условия жизни», когда собственной деятельности в сфере здоровья отводится второстепенная роль. Для данного типа характерен относительно низкий уровень самооценки своего здоровья<sup>2</sup>.

*Отношение к здоровью на уровне государства* проявляется в законотворческой деятельности государства и финансовых затратах на систему здравоохранения. Здоровье как социально-биологическая основа жизни есть результат политики государства, создающего у своих граждан духовную потребность относиться к своему здоровью как к непреходящей ценности, а к его сохранению – как к необходимой основе реализации своего предназначения. В условиях развитого государства сохранение и улучшение здоровья людей – задача государства, а право на здоровье является конституционной нормой. Одним из направлений деятельности государства в целях сохранения здоровья населения является законотворческая деятельность, создание системы правовой защиты интересов населения в сфере здоровья и жизни в целом.

Согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

---

<sup>1</sup> Федоров А.И. Указ. соч. С.91.

<sup>2</sup> Указ. соч.

– ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья<sup>1</sup>.

Другим важным критерием отношения государства к здоровью граждан являются финансовые затраты на здравоохранение. По мнению Журавлевой И.В., в настоящее время государство все в большей степени перекладывает расходы на здравоохранение на плечи населения. При этом расходы населения на здравоохранение растут быстрее, чем реальные доходы<sup>2</sup>. Результаты социологического исследования Сидориной Т.Ю., Сергеева Н.В. (2001) показали, что расходы населения на медицинские нужды составляют значительную долю семейных доходов (от 10 до 30%). Анализ ответов респондентов показал, что для большинства дальнейший рост доли затрат на медицинские нужды не возможен, т.к. в этом случае снижаются затраты на другие жизнеобеспечивающие статьи семейного бюджета, либо прекращаются траты на медицинские нужды<sup>3</sup>.

*Отношение к здоровью на уровне общества* характеризуется системой мнений и социальных норм, существующих в обществе и выраженных в действиях, направленных на изменение состояния здоровья населения на различных уровнях социального управления<sup>4</sup>. Состояние здоровья населения во многом определяется социально-экономическим развитием общества. Слабое развитие отражается на качестве жизни широких масс населения и условиях, которые вызывают у человека неуверенность в своем социальном положении. В настоящее время отмечается явно выраженное социальное расслоение по материальному состоянию. Уровень доходов определяет различия в жизненном достатке – количестве и качестве потребляемых товаров и услуг. От этого, в свою очередь, зависит калорий-

---

<sup>1</sup> Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. URL: <http://www.med.orel.ru/osnovi.htm> (дата обращения: 12.03.2011.).

<sup>2</sup> Журавлева И.В. Указ. соч. С.208.

<sup>3</sup> Сидорина Т.Ю., Сергеев Н.В. Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России. 2001. № 2. С.91.

<sup>4</sup> Журавлева И.В. Указ. соч. С.37.

ность, разнообразие и сбалансированность питания, защитные и санитарно-гигиенические свойства используемой одежды и обуви, удобство и комфорт микросреды обитания. Дифференциация в экономическом положении формирует неодинаковые возможности адаптации людей к природной и социальной среде, способности справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Социально-экономическое неравенство ограничивает возможности использования оперативных и эффективных мер сохранения здоровья. Высокий уровень текущих доходов населения является важным фактором контроля над индивидуальным здоровьем, профилактического наблюдения и предупреждения заболеваний, диагностики возникающих отклонений в состоянии здоровья.

Как отмечает Г.Ю. Козина, в условиях ухудшения экономического положения страны начинается массовая эксплуатация здоровья как средства достижения жизненных благ. Расслоение населения по уровню доходов вызвало неравенство в условиях поддержания здоровья. Услуги физкультурно-оздоровительных центров (сауна, солярий, массажный кабинет, тренажерный зал и др.), направленные на восстановление «резервов здоровья», стали доступны только обеспеченным слоям населения, а люди с низкими доходами вынуждены еще больше подвергать риску свое здоровье<sup>1</sup>.

Социально-экономическая ситуация в обществе во многом обуславливает структуру ценностей индивидов данного общества. В методике ценностных ориентаций М. Rokeach (Рокич) категория ценности оказывает непосредственное влияние на поведение и установку индивидов. *Ценность* определяется М. Рокичем как «устойчивое убеждение в том, что определенный образ поведения или конечного состояния для индивида или общества предпочтительней, чем противоположный образ поведения или конечного состояния». Феномен «ценность» согласно концепции М. Рокича функционирует в действительности двумя способами: в качестве устойчивых убеждений относительно предпочтительного образа поведения, которые он называет инструментальными ценностями или ценностями-средствами

---

<sup>1</sup> Козина Г.Ю. Указ. соч. С.73.

и в качестве устойчивых убеждений относительно предпочтительного образа конечного состояния, названные им терминальными ценностями или ценностями-целями<sup>1</sup>. В настоящее время в России наблюдается смещение ценностей в группу инструментальных ценностей. По данным социально-гигиенических исследований здоровья НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Семашко, в структуре жизненных ценностей взрослого населения в 1991 г. ценность «здоровья» уступала ценности «семьи» и «детей». В 1999 г. ценность здоровье оказалось на первом месте со значительным отрывом от других ценностей<sup>2</sup>. Такое выдвижение ценности здоровья обусловлено не ростом культуры здоровья, а новым пониманием значения здоровья в условиях адаптации к новым социально-экономическим условиям.

Длительное состояние страха, неуверенность, низкая самооценка, социальная изоляция, невозможность принимать решения и контролировать ситуацию на работе и дома оказывают сильное влияние на состояние организма: вызывают депрессию, повышают предрасположенность к инфекционным заболеваниям, диабету, высокому уровню холестерина в крови, сердечно-сосудистым заболеваниям. Низкое социально-экономическое положение негативно воздействует на здоровье человека по механизмам его физиологического и психологического обеспечения жизнедеятельности. Таким образом, социально-экономический фактор имеет существенное значение в формировании здоровья и качества социальных услуг, направленных на развитие человека и предупреждение заболеваний.

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представил данные о том, как россияне оценивают состояние своего здоровья и здоровья своих близких и кто, по мнению наших соотечественников, несет ответственность за плохое состояние здоровья людей.

По данным ВЦИОМ, за последние годы доля россиян, оценивающих свое здоровье как «хорошее», изменилась незначительно: с 2006 г. по настоящее время эта доля колеблется в пределах от 27 до

---

<sup>1</sup> Яницкий М.С. Ценностные ориентации личности как динамическая система. Кемерово: Изд-во Кузбасс вузиздат, 2000. С.20.

<sup>2</sup> Журавлева И.В. Указ. соч. С.61.

24%, в апреле 2009 г. 24% считали свое здоровье хорошим, 3% – очень хорошим; 49% сообщали об удовлетворительном состоянии здоровья, а слабое здоровье отметили 23% россиян (19% слабое, 4% очень слабое).

За прошедшие годы самооценка здоровья среди мужчин и женщин изменились незначительно. Наблюдается низкая самооценка состояния собственного здоровья. Лишь 3-4% из числа респондентов определили состояние своего здоровья как очень хорошее.

Выявлены гендерные, региональные и возрастные различия в самооценке гражданами физического состояния и душевного благополучия. О хорошем здоровье чаще сообщают мужчины (35% против 21% среди женщин), уральцы и сибиряки (38 и 33% соответственно против 22-27% опрошенных, проживающих в других регионах РФ), 18-24-летние респонденты (55% сравнительно 5% среди лиц в возрасте от 60 лет и старше).

Состояние здоровья людей из семейного круга, судя по опросам его представителей, в определенной мере связано с уровнем материального достатка. Чем выше самооценка материального положения россиян, тем чаще они удовлетворены состоянием здоровья родственников: 75% опрошенных с высокой самооценкой материального положения против 43% с его низкой самооценкой.

Россияне по-разному определяют причины, ухудшающие состояние их здоровья: значительная часть населения винит себя (41%); третья часть (34%) объясняет низким уровнем жизни; 29% в качестве основной причины выделяют плохую экологическую обстановку; пятая часть (21%) – низкий уровень организации медицинского обслуживания; 15% – недостаточное внимание к решению проблем здоровья населения со стороны государственных структур.

Оценка значимости факторов сохранения здоровья обусловлена и уровнем образования граждан. Респонденты с высшим или неполным высшим образованием чаще всего считают, что ответственность за плохое здоровье несут сами люди (48%), а россияне с начальным или неполным средним образованием наиболее возлагают вину на низкий уровень жизни (44%).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что в последние годы выросла доля россиян, считающих, что виноваты они сами (с 37% в 2008 г. до 41% в 2009 г.), и, напротив, снизилась численность граждан, ссылающихся на низкий уровень жизни (с 41 до 34%). По мнению респондентов, возросла роль экологической обстановки (с 25 до 29%) и, наоборот, значимость вины государства в собственном плохом здоровье с позиции россиян снижается с 22 до 15%.

Государство выступает в качестве одного из социальных институтов, от которого, по мнению респондентов, зависит состояние их собственного здоровья. Отношение к здоровью как социальный феномен формируется под воздействием различных социальных институтов.

Воздействие различных социальных институтов на отношение к здоровью представим в виде следующей схемы (рис. 8).



Рис. 8. Воздействие различных социальных институтов на отношение к здоровью

Таким образом, формирование отношения к здоровью – это сложный социальный процесс, результат взаимодействия различных факторов и социальных институтов. Социологические исследования отношения к здоровью проводятся на всех уровнях общественной системы: государства, личности, социальных групп и общества целом. Отношение индивида к своему здоровью – это оценка индивидом собственного здоровья как жизненной ценности, а также совокупность действий, направленных на сохранение своего здоровья. Отношение к здоровью на уровне государства – это сохранение и улучшение здоровья людей в рамках проводимой социальной политики. Отношение к здоровью на уровне социальных групп формируется системой ценностей и норм, характерных для данной социальной группы. Отношение к здоровью на уровне общества в целом – это система мнений и социальных норм, существующих в обществе с целью сохранения здоровья населения.

## **2. Субъективная оценка здоровья и факторы ее детерминации**

Поведение в сфере здоровья является результатом общепринятой культурной жизнедеятельности, не требующей приложения особых усилий и обусловленной существующими в обществе социальными нормами. Именно такое поведение имеет устойчивый характер в сравнении с моделями поведения, основанными на сознательной мотивации индивида. Все это существенно усложняет изучение поведенческих показателей здоровья и факторов, его обуславливающих. Тем не менее существуют традиционные показатели, характеризующие отношение индивида к своему здоровью, в частности субъективная оценка индивидом своего здоровья.

Отношение человека к здоровью обусловлено объективными обстоятельствами и субъективными факторами. Оно проявляется в действиях, поступках и вербально отражается во мнениях людей относительно причин ухудшения их физического и психического благополучия. Отношение к здоровью включает в себя субъективную оценку (самооценку) человеком своего физического и психического состояния, являющегося своего рода индикатором и регулятором его

реального и вербального поведения. Самооценка как структурный компонент отношения к здоровью, как оценка или осознание личностью своих физических и духовных сил непосредственно взаимосвязана с целостной самооценкой человека самого себя, своих возможностей и качеств, осознанием жизненной перспективы и места среди других людей, что и обуславливает ее регуляторную функцию.

Вместе с тем самооценка физического и психического состояния – это реальный показатель здоровья людей, поскольку определяет высокую степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья. Конечно, наиболее полное представление о состоянии здоровья дают результаты медицинских исследований. Вместе с тем социологические показатели самооценки здоровья широко используются, поскольку позволяют получить информацию о состоянии здоровья респондентов, которые не обращаются к врачам.

Кроме того, показатели самооценки и информированности наряду с другими характеристиками позволяют прогнозировать поведение людей, относящихся к группе риска. Поэтому самооценка здоровья, как детерминанта в прогнозировании поступков человека, требует анализа. Не случайно большинство исследований по проблемам здоровья включают вопросы по его самооценке при характеристике различных аспектов работоспособности.

Каждый человек хочет быть здоровым. Однако нездоровые люди нередко ведут себя неадекватно своему состоянию, что связано с отсутствием культуры и навыков здорового образа жизни, а также низкой мотивацией укрепления здоровья. Д.Н. Давиденко выделяет два типа поведения человека по отношению к факторам, способствующим или угрожающим здоровью людей: адекватное (разумное) и неадекватное (беспечное)<sup>1</sup>. По его мнению, степень соответствия действий и поступков человека к требованиям здорового образа жизни, а также нормативным требованиям медицины, санитарии, гигиены является критерием меры адекватности отношения к здоровью в поведении. Таким образом, чем адекватнее отношение человека к здоровью, тем интенсивнее забота о своем здоровье со стороны человека.

---

<sup>1</sup> Давиденко Д.Н., Щедрин Ю.Н., Щеголев В.А. Здоровье и образ жизни студентов / под общ. ред. Д.Н. Давиденко: учебное пособие. – СПб.: СПбГУИТМО, 2005. С. 79.

Согласно исследованию В.И. Ильинича (2000), о необходимости большей заботы о своем здоровье высказалось 25,9% лиц с хорошей самооценкой, 36,8% – с удовлетворительной и 58,8% – с плохой. Среди причин, побуждающих заботиться о здоровье, первое место занимает «ухудшение здоровья» (24,4%), второе – «осознание необходимости этого» (17,4%), а затем следуют другие факторы<sup>1</sup>.

В повседневной жизни забота о здоровье ассоциируется, прежде всего, с медициной, лечебными учреждениями и врачебной помощью. Лица с хорошей самооценкой здоровья в случае болезни обращаются к врачу в 44,2% случаев, лица с плохой самооценкой – в 28,6% случаев, лица с удовлетворительной самооценкой здоровья – в 33% случаев соответственно. Данные результаты свидетельствуют о зависимости уровня самооценки здоровья и частоты обращаемости за медицинской помощью.

Различия, обусловленные самооценкой здоровья, наблюдаются и в образе жизни респондентов. Среди тех, кто оценивает свое здоровье как хорошее, в два раза больше число регулярно выполняющих утреннюю гимнастику (15,4%), чем среди удовлетворительно оценивающих его (7,1%), и почти в три раза больше, чем в группе с плохой самооценкой (5,5%)<sup>2</sup>. Таким образом, более высокий уровень самооценки здоровья соответствует большей физической активности.

Говоря об ответственности за состояние собственного здоровья, следует упомянуть термин, введенный американским психологом *Д. Роттером*, «локус контроля». «Локус контроля» – понятие, отражающее склонность человека приписывать причины событий внешним или внутренним факторам<sup>3</sup>. По критерию локуса контроля люди делятся на два типа. Личности, относящиеся к первому типу, все свои неудачи оправдывают внешними обстоятельствами (поэтому их называют *экстерналами*); те, кто относятся ко второму (*интерналы*), всегда берут ответственность на себя.

---

<sup>1</sup> Физическая культура студента: учебник / под ред. В. И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000. С.111.

<sup>2</sup> Указ. соч. С.111.

<sup>3</sup> Социология: энциклопедия / сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. Мн.: Книжный Дом, 2003.

В соответствии с этим выделим два типа ориентации (отношений) к здоровью. Первый тип – в охране здоровья ориентирован прежде всего на усилия самого человека, или условно «на себя». Второй – преимущественно «вовне», когда усилия человека играют второстепенную роль. К первому типу ориентации относятся в основном лица с хорошей самооценкой здоровья; они являются, как правило интерналами, для которых характерно приписывать ответственность за результат своей деятельности собственным усилиям и способностям. Ко второму типу относятся лица преимущественно с плохой и удовлетворительной самооценкой здоровья, экстерналы, приписывающие ответственность за результаты своей деятельности внешним силам и обстоятельствам<sup>1</sup>.

Следовательно, характер заботы человека о здоровье связан с его личностными свойствами, поэтому воспитание ценностного отношения к здоровью неразрывно связано с формированием культуры здоровья.

Таким образом, субъективная оценка индивида своего здоровья является сложным социальным феноменом, а его недостаточная изученность свидетельствует о необходимости проведения дальнейших исследований, направленных на выявление и уточнение факторов, способствующих формированию у индивида позитивного отношения к своему здоровью. При этом следует подчеркнуть, что субъективная оценка здоровья является важным показателем здоровья, поскольку она сильно коррелирует с состоянием по медицинским показателям.

### **3. Самосохранительное поведение индивида: понятие и факторы**

Отношение индивида к здоровью обуславливает соответствующее поведение, направленное на сохранение здоровья – самосохранительное поведение.

Понятие «*самосохранительное поведение*» в социологии трактуется как действия и отношения, направленные на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла<sup>2</sup>. По мнению И.Б. Назаровой, «само-

---

<sup>1</sup> Физическая культура студента: учебник / под ред. В. И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000. С.120.

<sup>2</sup> Шклярук В.Я. Самосохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования . 2008. N 10. С.139.

сохранительное поведение – это не только своевременное обращение за квалифицированной помощью, но и определенный стиль жизни, предполагающий активные занятия физкультурой, отказ от курения и алкоголя, регулярные профилактические наблюдения»<sup>1</sup>.

Самосохранительное поведение индивида вытекает из знания и принятия им основных социальных ценностей индивидуального смысла жизни, направленного на самореализацию духовных и физических способностей, потенциальных возможностей в здоровье, любви, красоте, материальном благополучии, общении с людьми и т.п. Основой здесь выступает биологический инстинкт самосохранения человека, действующий применительно к социокультурным условиям существования. Важную роль в процессе осознания и принятия в качестве целей самосохранительного поведения играют знания о природе, сущности человека, его здоровье и факторах, его сохраняющих.

Понятие «самосохранительное поведение» включает в себя несколько составляющих: знание о человеке, его психологических и физиологических характеристиках, самопознание, самоанализ собственного здоровья в соответствии с образом жизни, возрастом и т.п., сила воли, желание реализовать свое сознание в повседневное самосохранительное поведение.

Таким образом, в целом самосохранительное поведение означает определенный уровень осведомленности, степень соответствия поступков человека требованиям здорового образа жизни.

Самосохранительное поведение индивида детерминировано следующими факторами:

- знаниями о человеке, его природе, сущности, физиологических и психологических процессах, полным представлением о здоровье;
- самопознанием, самоанализом собственного состояния здоровья в соответствии с образом жизни, возрастом, особенностями конституции, темперамента и другими индивидуальными особенностями, которые завершились осмысленным выводом, желанием самосохранительного поведения;

---

<sup>1</sup> Назарова И.Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения // Социологический журнал. 1998. № 3/4. С. 246.

– включением волевых качеств, обостренного желания и мотива реализовать свое сознание в повседневное самосохранительное поведение<sup>1</sup>.

Проблема самосохранительного поведения часто обусловлена несоответствием сознания и поведения. Зачастую индивиды имеют не осмысленную потребность в здоровье применительно к конкретным обстоятельствам, и в этом случае она не реализуется в поведении, направленном на поддержание здоровья.

Результатом самосохранительного поведения населения является тот или иной уровень состояния здоровья и продолжительности жизни. Поведение человека в отношении к своему здоровью есть наиболее важный фактор, оказывающий влияние на его физическое и психическое состояние, так как при сходных экологических, генетических и бытовых условиях физическое благополучие обусловлено именно этим фактором.

С понятием самосохранительное поведение тесно связано понятие «культура самосохранения». *Л.С. Шилова* считает, что культура самосохранения ставит здоровье на высочайший уровень в личностной структуре жизненных ценностей, определяет активность в отношении к здоровью<sup>2</sup>. Отсюда, самосохранительное поведение включает в себя внимание к собственному здоровью, способность обеспечить индивидуальную профилактику его нарушений и сознательную ориентацию на здоровый образ жизни.

Самосохранительное поведение характеризуют степень физической активности, отношение к алкоголю и курению, поведение в случае заболевания, обращаемость в медицинские учреждения, уровень удовлетворенности состоянием своего здоровья, степень активности в поддержании здоровья.

Важнейшей детерминантой мотивации личности на самосохранительное поведение являются социальные ценности здоровья и здорового

---

<sup>1</sup> *Ковалева А.А.* Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья. // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. 11. № 2. С. 183.

<sup>2</sup> *Шилова Л.С.* Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 84.

образа жизни<sup>1</sup>. Здоровье должно восприниматься как цель, достижение которой обуславливает жизненные успехи человека. Ориентация на здоровый образ жизни в определенной мере оказывает влияние на состояние здоровья индивида, позволяя нейтрализовать воздействие других факторов (наследственность, окружающая среда, социальное положение и др.). Как форма социального самовыражения, самосохранительное поведение включает в себя сознательные действия индивида, направленные на сохранение своего физического, психического и социального здоровья. В связи с чем охарактеризуем самосохранительное поведение в трех основных его ценностных ориентациях: биологической, психологической и социальной<sup>2</sup>. Биологическая ориентация подразумевает поведение, сфокусированное на удовлетворении своих первичных потребностей в еде, отдыхе, порядке и т.п.

Психологическая ориентация предполагает выбор модели поведения и тех главным социальных институтов, где происходит личностная социализация. Самосохранение здесь основано на «Я-концепции человека», чувстве внутренней психологической гармонии. Социальную ориентацию характеризует значимость при выборе формы поведения: социальный статус, престиж, признание в профессиональном коллективе, восприятие себя сквозь призму общественного мнения. Здесь речь идет о самосохранении в смысле поддержания социально-профессионального статуса и связанного с ним материального благополучия, а также выполнения активной гражданской функции, т.е. что воспринимается в общественном сознании в понятиях «успешный», «престижный» и т.п.<sup>3</sup>

Самосохранительное поведение в рамках выделенных ориентаций может проявляться как в позитивных, так и в негативных действиях. В последнем случае речь идет о *саморазрушительном поведении*. В отличие от самосохранительного поведения содержание саморазрушительного поведения индивида характеризуется нежеланием

---

<sup>1</sup> Ковалева А.А. Указ. соч. С.184

<sup>2</sup> Шушунова Т.Н. Самосохранительное поведение: методологические основания исследования URL: [library.bntu.by > vesnik\_pdf/vestnik\_2009\_5/17.pdf] (дата обращения: 13.03.2011).

<sup>3</sup> Шушунова Т.Н. Указ. соч. С. 18.

считаться с нормами здорового образа жизни, режима питания, работы и отдыха, предписаниями медицины, санитарии и гигиены. Данное поведение характерно, как правило, для молодежных групп и выражается в преднамеренных поисках рискованных и опасных для жизни ситуаций. Молодежь, как правило, редко ценит здоровье, и ее биологический инстинкт еще не обогащен знаниями, опытом и размышлениями о здоровье.

Таким образом, проблема самосохранительного поведения связана с тем, что человек сознательно изменяет себя, ставит здоровье на высочайший уровень в личной структуре жизненных ценностей, исключает из жизни факторы риска заболеваний, что в конечном итоге позволяет поддерживать здоровье и увеличивать продолжительность жизни.

#### **4. Особенности самосохранительного поведения современной молодежи**

В настоящее время особую тревогу вызывает состояние здоровья молодежи. По свидетельству Министра здравоохранения и социального развития Т.А. Голиковой, из 16,3 млн. детей школьного возраста две трети детей имеют отклонения в состоянии здоровья. Среди 13,62 млн. детей, обучающихся в школах, только 21,4 % имеют первую группу здоровья, а 21% – хронические, в частности инвалидизирующие заболевания. Более 50% детей подросткового возраста имеют заболевания, которые в дальнейшем могут повлиять на снижение репродуктивной функции<sup>1</sup>.

Молодежь обычно не задумывается о своем здоровье, факторах, укрепляющих или разрушающих его; она вообще редко ценит здоровье.

Выделяют несколько факторов, которые обуславливают отношение индивида к своему здоровью: *самооценка здоровья, медицинская информированность, место здоровья в системе жизненных ценно-*

---

<sup>1</sup> Голикова Т.А. Тезисы выступления "О выполнении в 2007-2009 годах мероприятий плана реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков". URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/52> (дата обращения: 15.02.2011).

стей, наличие вредных привычек, экологические установки, влияние стрессовых ситуаций, факторов, потребности в физической активности<sup>1</sup>. Это отношение проявляется в действиях, поступках человека и выражается мнениями, суждениями относительно причин, влияющих на его физическое и психическое благополучие.

Самооценка человеком своего физического и психического состояния является своеобразным индикатором и регулятором поведения, направленного на достижения желаемого результата. Самооценка как структурный компонент отношения к здоровью непосредственно взаимосвязана с целостной самооценкой человеком самого себя, своих возможностей и качеств, осознанием жизненной перспективы и места среди других людей.

Поведение молодежи в контексте здоровья в значительной мере связано с уровнем их *медицинской информированности*. Медицинская информированность характеризуется уровнем знаний о вреде для здоровья вредных привычек, факторах риска наиболее распространенных заболеваний, об особенностях реакции своего организма в связи с приемом тех или иных лекарств, о правилах оказания первой медицинской помощи и др. Показатели медицинской информированности населения связывают с эффективностью профилактической деятельности системы здравоохранения<sup>2</sup>. Как отмечает И.В.Журавлева, в целом для российской молодежи характерен более низкий уровень показателей медицинской информированности по сравнению с их зарубежными сверстниками<sup>3</sup>.

Существуют также гендерные различия в показателях смертности и заболеваемости, в отношениях к своему здоровью. Женщины по сравнению с мужчинами, как правило, обращаются за помощью к врачам на ранних стадиях заболеваний, они обладают большей медицинской грамотностью и информированностью. Ответственность

---

<sup>1</sup> Сочнев А.В. Поведенческие факторы здоровья молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2007. №1 (6). С.113.

<sup>2</sup> Федоров А.И. Поведенческие факторы здоровья подростков: гендерный аспект. Челябинск: УралГУФК, ЧГНОЦ УрО РАО, 2007.

<sup>3</sup> Журавлева И.В. Указ соч. С. 65.

женщины за здоровье членов своей семьи определяет высокую ценность здоровья в структуре ее жизненных ценностей и как следствие – более высокий уровень культуры самосохранительного поведения.

Важным фактором отношения молодежи к своему здоровью является *место здоровья* и здорового образа жизни *в системе жизненных ценностей*. Как отмечает А.В.Сочнев (2007), здоровье рассматривается в качестве важной составляющей жизненного успеха молодых людей и девушек. Девушки подчеркивают важность собственного здоровья в 84% случаев, юноши – в 76 % соответственно<sup>1</sup>. При этом наблюдается нежелание молодых людей менять устойчивые привычки, формы поведения. Отсутствие позитивной ориентации на здоровье объясняется тем, что большинство видов поведения, значимых по воздействию на здоровье, вызваны мотивами, которые не связаны непосредственно со здоровьем. По мнению И.В. Цветковой, даже спортивные специализированные школы, которые прививают навыки физической культуры, не могут противостоять насилию реклам в средствах массовой информации и стереотипам общественного мнения, противоречащим нормам здорового образа жизни<sup>2</sup>.

Процесс формирования самосохранительного поведения молодежи осложнен следующими социальными проблемами: *табакокурение, наркотизация, алкоголизация*. Установлено, что, во-первых, в детском и подростковом возрасте вред от курения наибольший; во-вторых, курение, как правило, становится первой формой девиантного поведения, с которой впоследствии сочетается употребление алкоголя, а в ряде случаев – и наркотиков<sup>3</sup>. По данным Л.Ю. Ивановой в возрастной группе до 25 лет доля курящих женщин в РФ особенно велика (43,7%); в других возрастных группах она меньше. Значительная доля курящих в этой группе объясняется успешным продвижением на наш рынок табачной продукции и формированием моды

---

<sup>1</sup> Сочнев А.В. Поведенческие факторы здоровья молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2007. №1 (6). С.114.

<sup>2</sup> Шкляржук В.Я. Самосохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования. 2008. № 10. С. 140.

<sup>3</sup> Шилова Л.С. Указ. соч. С. 84.

на курение в молодежной среде. Среди мужчин статистически значимых различий в численных показателях по опыту курения в разных возрастных группах нет<sup>1</sup>.

Особое место среди факторов, характеризующих отношение индивида к своему здоровью, занимает его *физическая активность*. Физическая культура не только организует и управляет деятельностью, но и сама представляет особую деятельность по сознательному формированию и поддержанию телесно-двигательных качеств и умений. Именно в физической активности человека реализуется потенциал его физической культуры, отражается его способность к совершенствованию своей физической природы на основе использования накопленных веками знаний, опыта, технологических и материальных возможностей. Система физкультурного образования в вузе способствует формированию у молодежи личностной физической культуры как вида общей культуры молодого человека, обеспечивает формирование таких общечеловеческих ценностей, как здоровье, физическое и психическое благополучие. Суммарная двигательная активность студентов в период учебных занятий в большинстве случаев остается на низком уровне и составляет 56-65 %, а во время экзаменов – 34-40 % ее уровня во время каникул. Дефицит движений у большинства студентов составляет 80 % времени в течение всего учебного года<sup>2</sup>.

Таким образом, жизненный путь во многом зависит от того, какими ресурсами (материальными, духовными, социальными) располагает человек и какой он выбирает для себя стиль жизни (созидательный или разрушительный). В настоящее время остро стоит вопрос о разработке концепции здоровьесбережения и воспитания молодого поколения россиян. Необходимы усилия, направленные на изменение отношения молодых людей к своему здоровью. Социаль-

---

<sup>1</sup> *Иванова Л.Ю.* Самосохранительное поведение и его гендерные особенности // Россия реформирующаяся: ежегодник. 2005 / отв. ред. Л.М. Дробизева. М.: Институт социологии РАН, 2006. С. 110.

<sup>2</sup> *Кобяков, Ю.П.* Двигательная активность студентов: структура, нормы, содержание // Теория и практика физической культуры. 2004. N 5. С. 44.

но одобряемым поведением должно стать ответственное отношение человека по предупреждению болезни. В обществе должны быть сформированы новые стереотипы, приоритеты в культуре здоровья и повышена личная ответственность за его сохранение и укрепление.

### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Раскройте понятие «отношение к здоровью».
2. Перечислите социальные институты, влияющие на формирование отношения к здоровью. Раскройте механизм влияния одного из институтов более подробно.
3. Какова связь субъективной оценки здоровья с состоянием человека по медицинским показателям?
4. Ознакомьтесь с работой А.И. Федорова «Отношения подростков к здоровью: социологический анализ» и назовите показатели отношения человека к собственному здоровью. Отметьте характерные особенности показателей отношения к здоровью у подростков.
5. Что такое «самосохранительное поведение»? Назовите факторы, детерминирующие самосохранительное поведение.
6. Ознакомьтесь с работой В.Я. Шклярук «Самосохранительное поведение в молодежной среде» и назовите специфические особенности мотивации на сохранение здоровья среди юношей и девушек.
7. Используя литературу из основного и дополнительного списка, сформулируйте основные тенденции самосохранительного поведения населения РФ.

### **Список литературы**

#### *Основной*

*Давиденко Д.Н., Щедрин Ю.Н., Щеголев В.А.* Здоровье и образ жизни студентов / под общ. ред. проф. Д.Н. Давиденко: учебное пособие. СПб.: СПбГУИТМО, 2005. С.77-83.

*Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. С.51-80.

*Козина Г.Ю.* Концептуальная модель воздействия социальных факторов на формирование здоровья человека // X Социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов. Пенза, 2008. С.69-82.

*Федоров А.И.* Отношения подростков к здоровью: социологический анализ // Образование и наука. 2008. №1 (49). С.91-96.

Физическая культура студента: учебник / под ред. В. И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000. С.111-148.

#### *Дополнительный*

*Димов В.Д.* Здоровье как социальная проблема // Социально-гуманитарные знания. 1999. №6. С.170-185.

*Иванова Л.Ю.* Самосохранительное поведение и его гендерные особенности // Россия реформирующаяся: ежегодник – 2005 / отв. ред. Л.М. Дробижева. М.: Изд-во института социологии РАН, 2006.

*Кобяков Ю.П.* Двигательная активность студентов: структура, нормы, содержание // Теория и практика физической культуры. 2004. № 5. С.44-46.

*Ковалева А.А.* Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. 11. № 2. С. 179-191.

*Пасечник Л.В.* Оптимизация двигательной активности как условие сохранения здоровья // Теория и практика физической культуры. 2007. №11. С.68-70.

*Сидорина Т.Ю., Сергеев Н.В.* Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России. 2001. №2. С.67-92.

*Сочнев А.В.* Поведенческие факторы здоровья молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2007. №1 (6). С.113-117.

*Шилова Л.С.* Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 84-92.

*Шклярук В.Я.* Самосохранительное поведение в молодёжной среде // Социологические исследования. 2008. № 10. С. 139-142.

*Шушунова, Т.Н.* Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ: (на примере минских вузов). Минск, 2010. С. 184.

### *Интернет-ресурсы*

ВЦИОМ. URL: <http://wciom.ru/index.php?id=268&uid=11701> (дата обращения: 12.03.2011).

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан URL: <http://www.med.orel.ru/osnovi.htm> (дата обращения: 19.02.2011).

## ТЕМА 8. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ЧАСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ОБЩЕСТВА

### *Вопросы для рассмотрения*

1. здравоохранение как система институтов, осуществляющих функции охраны и поддержания здоровья.
2. здравоохранительная деятельность в сфере семьи, образования, труда.
3. Социальные проблемы современного здравоохранения в России и за рубежом.

*Основные понятия:* здравоохранение, здравоохранительная деятельность, медицинализация.

### **1. здравоохранение как система институтов, осуществляющих функции охраны и поддержания здоровья**

Здоровье населения – не только показатель социального благополучия наций, но и системообразующий институциональный фактор социума. Система здравоохранения выступает в качестве составной части социокультурного комплекса российского государства и общества.

Здравоохранение – это система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения. Это система отношений общества и социально-экономическая инфраструктура учреждений и организаций (политических, экономических, общественных, государственных, частных, религиозных, медицинских), имеющих своей целью осуществление мер по охране здоровья населения<sup>1</sup>.

При анализе здравоохранения выделяют следующие подходы:

- здравоохранение как часть социальной сферы общества;
- здравоохранение как система социальных институтов;

---

<sup>1</sup> Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002. С.578.

- здравоохранение как отрасль деятельности государства;
- здравоохранение как система социально-экономических и медицинских мероприятий;
- здравоохранение как сфера услуг.

Данные подходы анализа здравоохранения не противоречат, а дополняют друг друга, позволяют оценить эффективность здравоохранения, используя собственную методологическую базу.

Институциональный подход к анализу здравоохранения позволяет рассматривать здравоохранение в качестве социального института. Внутри подхода выделяют две самостоятельных проекции исследования социального института: 1) макроподход (акцент делается на роли и месте социального института в социальной системе, анализе социальных функций института здравоохранения); 2) микроподход (изучение регулятивных процессов в самом социальном институте)<sup>1</sup>.

Здравоохранение как базовый социальный институт современного общества обладает всеми сущностными характеристиками сложной социальной системы:

- становление и развитие здравоохранения как социального института имеет длительную историю, которая отражает развитие конкретных социальных потребностей личности, организации, общества, социума в обеспечении и сохранении здоровья людей путем создания определенной системы и условий охраны здоровья;

- функционирование социального института здравоохранения основывается и определяется системой специфических социальных норм и предписаний, регулирующих соответствующие типы поведения и особые отношения, дифференцируемые по их субъектам: врач – пациент; врач – врач; врач – семья и т.д.;

- социальный институт здравоохранения имеет сложное организационное оформление;

- здравоохранение характеризуется возможностью интеграции в различные сферы общества. Это объясняется тем, что многие социальные институты общества имеют свою функциональную определен-

---

<sup>1</sup> *Тимченко Н.С.* Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала XXI века: проблемы и пути их решения: автореф. дис. ... докт. социол. наук: 22.00.06. Барнаул, 2007.

ность по обеспечению здоровья людей (государство, семья, образование, институт социальной защиты, экономические институты и др.);

– здравоохранение, как институциональный комплекс, следует рассматривать как системную совокупность социальных институтов, целевое назначение обеспечение права граждан на сохранение собственного здоровья с гарантированной результативностью для каждого индивидуума и всей популяции<sup>1</sup>.

Здравоохранение является социальной обязанностью государственных структур по организационной системной охране здоровья людей, профилактике на всех уровнях – и на индивидуальном, и групповом, и по отношению во всему населению. В рамках здравоохранения государство и его общественные структуры осуществляют лечебно-профилактические и санитарно-эпидемиологические мероприятия, связанные с общностью правовых и поведенческих норм, традиций, социальных и этических ценностей.

Здравоохранение представляет собой совокупность отраслей, служб и организаций, комплекс медико-социальных систем, необходимых для решения задач медико-социальной и профилактической политики. Организации, составляющие систему здравоохранения, связаны различными общественными отношениями (политическими, экономическими, социальными, трудовыми, морально-этическими и др.).

Реализация социальной политики в области здравоохранения предполагает:

- провозгласить ответственность государства, общества за охрану здоровья;
- организовать рациональную подготовку кадров здравоохранения;
- все медицинские работники должны осознать свою высокую социальную ответственность перед обществом;
- провести меры, направленные на развитие общественной и индивидуальной профилактики здоровья;

---

<sup>1</sup> *Мунаев Р.В.* Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России: автореф. дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04. М., 2008.

– обеспечить наивысший возможный уровень квалификационной, общедоступной профилактической и лечебной помощи всему населению страны;

– санитарно просвещать и привлекать к участию в проведении всех программ широких кругов населения;

– личная и коллективная ответственность всех членов общества за охрану здоровья населения.

Здравоохранение обладает внутренней структурой и иерархией. Учреждения здравоохранения выполняют функцию по предоставлению медицинской и лекарственной помощи гражданам. Наряду с этим они осуществляют научно-исследовательскую, образовательную, информационную, просветительскую, санитарно-эпидемиологическую деятельность в области охраны здоровья граждан. Вся совокупность учреждений и организаций здравоохранения образует целостность, которую можно назвать медико-социальной институциональной структурой общества.

Для здравоохранения характерно следующее:

– наличие профессионально подготовленных специалистов, имеющих преимущественно медицинское образование;

– наличие собственной системы ценностей (здоровье как социальная ценность, право на охрану здоровья, эффективность и качество медицинской помощи и медицинские и этические ценности);

– целью является охрана и укрепление общественного здоровья<sup>1</sup>.

Потребность населения в медицинских услугах, в бесплатной медицинской помощи, права граждан на получение которой закреплены Конституцией РФ, возрастает на фоне нарастающих негативных явлений в социальной и экономической сферах общества, ухудшения медико-демографических показателей, нарушения экологического равновесия.

Одной из функций здравоохранения как социального института является профилактика заболеваний и сохранения удовлетворительного уровня здоровья населения.

---

<sup>1</sup> Решетников А.В. Указ. соч. С. 578.

Следует отметить, что здоровье нации в значительной степени определяется состоянием и эффективностью системы здравоохранения и социальной защиты населения. Однако, система здравоохранения не в состоянии обеспечить выполнение комплексных программ по укреплению здоровья населения, профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и совершенствованию мер социальной защищенности граждан. С решением этих проблем связаны практически все жизненно важные системы функционирования государства. В частности, здоровье нации в значительной степени определяет состояние трудовых ресурсов государства, научно-технический и производственный потенциал страны. В то же время здоровье зависит от состояния обороноспособности и национальной безопасности страны. Следовательно, система охраны и поддержания здоровья граждан является комплексной задачей политики государства по охране здоровья населения.

Охрана и укрепление здоровья населения имеют важное значение для всех сфер жизнедеятельности общества, в том числе и для повышения производительности труда развития экономики страны. Однако укрепление здоровья населения с целью достижения определенных экономических результатов не является самоцелью. Для успешной жизни в обществе люди должны обладать знаниями и опытом, а именно культурой здорового образа жизни. Тем не менее сами по себе знания не обеспечивают понимания реальных каждодневных процессов, в которых находятся люди. Для этого и должна быть создана целостная система деятельности медицинских учреждений по поддержанию, сохранению и укреплению здоровья населения. Социальное управление в здравоохранении направлено на создание благоприятных условий для производства и получения населением необходимой медико-санаторной и профилактической помощи и тем самым удовлетворение социальных потребностей членов общества или отдельных его групп.

Здравоохранение как социальный институт отражает идеологические и политические предпочтения общества, на него огромное влияние оказывают нормы и ценности того общества, в котором он функционирует. Оптимальное функционирование субъектов здравоохранения в обществе определяется гуманистическими ценностями

и правовыми нормами. Система здравоохранения в целом, составляющие ее субъекты и их отношения не должны входить в противоречия с конституционными основами государства и гарантиями прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Таким образом, *здравоохранение – это система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья населения. Рассмотрение здравоохранения как системы институтов позволит выявить причины его дисфункций, вероятных путей его трансформации, что увеличит возможность решения проблем здравоохранения как системы по сохранению и улучшению здоровья населения.*

## **2. Здравоохранительная деятельность в сфере семьи, образования, труда**

Здравоохранительная деятельность при широком участии и привлечении других социальных институтов (семьи, образования, труда) содействует целям укрепления и охраны здоровья населения, уменьшению факторов риска для здоровья. Деятельность в сфере здравоохранения выполняет просветительскую функцию в сфере информирования населения по проблемам сбережения здоровья.

Семейный климат, семейное положение, здравоохранительная деятельность в *семье* во многом влияют на состояние здоровья всех ее членов. В основе здоровьесберегающего поведения в семье лежит медицинская активность, отражающая осознание членами семьи ценности здоровья, направленность их действий на сохранение здоровья и поддержание соответствующего образа жизни. Медицинская активность – это деятельность людей в области охраны, улучшения здоровья в определенных социально-экономических условиях. Медицинская (медико-социальная) активность включает в себя: наличие гигиенической грамотности; выполнение медицинских рекомендаций; умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам; использовать средства традиционной, народной медицины и др.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> *Шабунова А.А.* Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. С.294.

Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и медицинской активности родителей оказывает негативное влияние на здоровье детей. Часто родители для сохранения здоровья своих детей не предпринимают даже элементарных усилий, таких, например, как закаливание, диетпитание. Вместе с тем закаленные дети в 1,5 – 2 раза чаще имеют крепкое здоровье. Согласно А.А. Шабуновой, медицинская активность семьи по мере взросления детей снижается. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний ребенка, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих как детей младшего возраста, так и подростков. В то же время закаливание, совместные занятия зарядкой и прогулки популярны только в семьях, воспитывающих детей младшего возраста.

Здравоохранительную деятельность в системе *образования* можно проследить на трех уровнях взаимодействия учащегося с системой здравоохранения: в кабинете школьного врача, во время посещения поликлиники и в период оздоровительного отдыха. Здравоохранительная деятельность в школе регламентирована приказами, направленными на диспансеризацию, профилактику и контроль существующих социально-гигиенических нормативов. В поликлинике наблюдение за здоровьем учащихся осуществляется в процессе диспансеризации, здоровье оценивается по ряду параметров, в соответствии с этим присваивается та или иная группа. Оздоровительная система отдыха (пребывание в спортивных и профильных лагерях, санаторно-курортных учреждениях) в настоящее время во многом проигрывает оздоровительной системе советского времени. Тем не менее объективные потребности общественного здоровья ставят проблему укрепления здоровья детей школьного возраста в разряд первоочередных. Одним из направлений здравоохранительной деятельности в системе образования должно стать создание профилактических программ, способствующих формированию у учащихся

знаний, привычек и ценностей здорового образа жизни. Поскольку система образования является «каналом» воздействия на детский и юношеский контингент, здравоохранительная деятельность в этой сфере способствует формированию социальных установок у детей и подростков на заботу о здоровье.

Здравоохранительная деятельность в сфере *труда* определяет необходимые мероприятия в области охраны здоровья работников. Важную роль в деле сохранения здоровья работников играет медицинская помощь. Все категории населения вправе рассчитывать на получение адекватной медицинской помощи независимо от дохода и социального положения. Для улучшения здравоохранительной деятельности в сфере труда И.Б. Назарова предлагает увеличить материальное стимулирование медицинских работников, обеспечить техническую оснащенность и повысить квалификационные характеристики персонала, оптимизировать организацию предоставления медицинской услуги и отношений «врач-пациент». Трудовая деятельность населения тесно связана с эксплуатацией здоровья. Здоровье рассматривается в качестве ресурса труда. Процесс сохранения и укрепления здоровья требует возрастающих вложений со стороны индивида и государства (работодателя), организующего здравоохранительную деятельность на предприятии<sup>1</sup>.

Таким образом, *здравоохранительная деятельность в сфере семьи связана с медицинской активностью членов семьи, с деятельностью по сохранению здоровья и ведению здорового образа жизни. Здравоохранительная деятельность в сфере образования направлена на формирование у детей и подростков знаний и ценностей здорового образа жизни (в кабинете школьного врача, во время посещения поликлиники, в период оздоровительного отдыха). Организация оздоровительной деятельности в сфере труда связана с повышением ответственности работодателя и самих сотрудников за соблюдением санитарных норм на предприятиях и в организациях, соблюдением законодательной базы в отношении условий труда.*

---

<sup>1</sup> Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 57-69.

### 3. Социальные проблемы современного здравоохранения в России и за рубежом

Сфера здравоохранения – одна из форм социальной организации общества, предназначенная для реального обеспечения прав человека на охрану здоровья. Здравоохранение относится к классу организационных систем, которые регламентируются правилами, нормами и законами, возникающими в результате общественного развития. Изучение проблем современного здравоохранения требует знания и учета закономерностей формирования и функционирования.

В экономически развитых странах можно выделить три основные системы здравоохранения: государственную, страховую и частнопредпринимательскую. Каждая из этих систем здравоохранения имеет свои преимущества и недостатки.

*Государственная* система здравоохранения финансируется преимущественно (до 90 %) из бюджетных источников. Действует в Великобритании, Дании, Ирландии.

Система здравоохранения в *Великобритании* представляет собой общенациональную государственную службу, предоставляющую бесплатную медицинскую помощь всем категориям населения. Слабое финансирование системы здравоохранения влечет за собой ряд проблем: нехватку современного оборудования, новейших медицинских учреждений с современными технологиями, очереди на госпитализацию и др. Следует отметить, что, несмотря на существование общественных комитетов и советов по контролю за работой учреждений здравоохранения, наблюдается излишняя централизация и монополизация управления. С целью устранить или смягчить эти и другие недостатки в Великобритании проводится реформа, в соответствии с которой усиливаются финансовые и административные права руководителей госпиталей, прежде всего в графствах, используются средства социального страхования, осуществляются профилактические работы, создаются доверительные – трастовые советы, возрастает самоуправление больниц.

*Страховая* система здравоохранения финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий

государства. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии, Италии, Франции, Швеции и Японии.

Во *Франции* базовый уровень всеобщего обязательного медицинского страхования обеспечивается через систему страховых фондов, в основном привязанных к месту работы. Формально эти фонды являются частными компаниями, однако они жестко регулируются и контролируются государством. В целом медицинские услуги во Франции отличаются высоким качеством. В настоящее время одной из проблем является проблема «медицинских кочевников»: пациенты посещают одного врача за другим, пока им не поставят тот диагноз, который они предпочитают. Это явление, несомненно, повышает затратность системы здравоохранения. Другая проблема здравоохранения Франции – это общий бюджет и ограничение тарифов за медицинские услуги, что приводит к хроническому недофинансированию основных фондов. Также в стране наблюдается сильный диспаритет в географическом распределении ресурсов здравоохранения: в одних регионах медицинские услуги доступнее, чем в других. Несмотря на наличие определенных проблем, жители Франции в целом удовлетворены состоянием системы здравоохранения.

*Частнопредпринимательская* система финансируется главным образом за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг населению. Такая система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах.

Система здравоохранения в *США* воплощает в себе все формы организации здравоохранения. Но ведущая из них – организация добровольного частного медицинского страхования, которым охвачены более 80% населения. Оплата медицинских услуг включает в себя пребывание в больнице, посещение врача и процедуры, но не уход за пациентом в течение болезни. Такие условия стимулируют обеспечение более дорогих услуг, а не поощрение качественного обслуживания. Увеличение расходов на систему здравоохранения негативно отражается на всей системе в целом. И хотя в США предоставляются услуги здравоохранения наивысшего в мире качества, это

качество не везде одинаково, и слишком часто американцы не могут получить медицинскую помощь, соответствующую должным стандартам.

Таким образом, нельзя утверждать, что существует универсальная модель организации здравоохранения. Уровень централизации, регулирования, распределения издержек между всеми гражданами, а также роль частного страхования в сфере медицинских услуг в разных странах сильно варьируются. Тем не менее общие тенденции развития общенационального здравоохранения в мире позволяют сделать следующие выводы:

- наличие медицинского страхования не равнозначно всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике во многих странах страховка есть у всех, но медицинские услуги в ее рамках «дозируются», или людям приходится подолгу ждать очереди на лечение;

- для многих стран характерен рост затрат на систему здравоохранения, что порождает дефицит бюджета, повышает налоги и сокращает социальные льготы;

- в странах, где акцент делается на государственном контроле над здравоохранением, граждане с наибольшей вероятностью сталкиваются с «листами ожидания», нормированием услуг, ограничениями на выбор врача и иными препятствиями в сфере медицинской помощи;

- отход от централизованного государственного контроля и перевод здравоохранения на рыночную основу следует признать преобладающей общемировой тенденцией.

Отметим некоторые проблемы здравоохранения в России (рис. 9).



Рис. 9. Проблемы здравоохранения в России

По мере формирования российского социума широкое распространение получил процесс *медикализации*. Медикализация – это процесс распространения влияния медицины на все новые сферы общественной жизни, ранее не связывающиеся со здоровьем человека. Медикализация является динамичным процессом, благодаря которому некоторые аспекты жизни, традиционно не считавшиеся медицинскими, ныне рассматриваются в терминах болезни или расстройств, обретают статус патологии представления и практики, которые ранее не относились к таковым (П. Херпер)<sup>1</sup>.

Жертвами медикализации общества в основном являются женщины, чем мужчины. Это связано с тем, что для женщин, в отличие от мужчин, более значимы так называемые «представительские» показатели здоровья: состояние волос, кожи, вес и т.п. Процесс медикализации тесно связан с процессом коммерческой медиатизации, который выражается в определенной стратегии и содержании рекламной репрезентации образов здоровья и болезни. Если рассматривать телевизионные рекламные сообщения, то здесь речь идет в основном о следующих группах товаров: средства гигиены для поддержания здоровья (мыло, зубные пасты, жевательные резинки, чистящие средства), фармацевтические средства для лечения и профилактики заболеваний (бальзамы, таблетки, сиропы, различные БАДы), продукты питания, полезные для здоровья (йогурты, творог и др.), косметические средства как прямого назначения, служащие для оздоровления кожи (крема, маски и др.), так и декоративные косметические средства с «оздоровительным» эффектом (краски для волос, помады, пудры и др.)<sup>2</sup>.

Другой важной социальной проблемой современного здравоохранения является *доступность его услуг*. Доступность услуг здравоохранения – это не только реализация возможности осуществления первого контакта с системой и, что не маловажно, но и прохождение пациентом всех стадий медицинской помощи – от момента вступле-

---

<sup>1</sup> Колесникова И.С. Новации в социологии медицины и здоровья // Социологические исследования. 2008. № 4. С. 89.

<sup>2</sup> Бурганова Л.А. Медикализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации // Социологические исследования. 2009. N 8. С. 100.

ния во взаимодействие с врачом до получения конечного результата в виде реальных улучшений его здоровья. В связи с этим необходима оценка того, что происходит с человеком внутри системы, получает ли он адекватную своим потребностям медицинскую помощь, насколько эта помощь качественная и каковы реальные эффекты от использования медицинских услуг.

В докладе о состоянии здравоохранения в мире Всемирной организации здравоохранения за 2010 год отмечается, что обеспечение своевременного доступа к медико-санитарным услугам, включающим в себя формирование здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию, является очень важным элементом обеспечения благосостояния человека и устойчивого социально-экономического развития. Хорошо функционирующая система финансирования здравоохранения даст возможность определить, смогут ли люди себе позволить пользоваться медико-санитарными услугами, когда возникнет необходимость<sup>1</sup>.

Специалисты ВОЗ выделяют ряд причин, препятствующих, по их мнению, достижению полного охвата населения медицинской помощью:

- *разный уровень доходов населения* (женщины из наиболее богатых (20%) слоев населения в 20 раз чаще получают помощь квалифицированного медицинского работника при родах, чем бедные женщины);

- *большие затраты на лечение* (в мире каждый год около ста миллионов человек несут катастрофические финансовые потери и 100 миллионов человек в силу этого оказываются за чертой бедности);

- *потенциальная возможность потери заработка* в случае болезни (по данным Международной организации труда, только один из пяти людей в мире располагает медико-социальным страхованием, включающим в себя компенсацию потери заработка в период нетрудоспособности, а более половины населения мира не имеет никакой официальной социальной защиты).

---

<sup>1</sup> Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. URL: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html> (дата обращения: 03.02.2011 г.).

Проблема доступности здравоохранения остро стоит и в России. Развитие платной медицины в нашей стране призвано было обеспечить условия для поднятия эффективности здравоохранения, внедрения высоких технологий. Переход к платной медицине поставил перед населением проблему доступности медицинских услуг и лекарств. Заметим, что 1970–1980-е гг. медицинские услуги в нашей стране в какой-то степени были платными. Низкая заработная плата работников, не соответствующая сложности врачебного труда и его ценности для потребителей, обусловила практику неформальных платежей. Стоматология, хирургия, родовспоможение и другие отрасли медицинских услуг практически были платными, но реальные тарифы сдерживались их нелегальностью и соответствовали возможностям населения.

Развитие платных услуг должно происходить при сохранении гарантий бесплатного медицинского обслуживания для льготных категорий населения и по некоторым видам медицинской помощи (например экстренная помощь). Однако гарантии бесплатного медицинского обслуживания не подкреплялись достаточным государственным финансированием и поэтому оказались невыполнимыми. Тарифы на услуги и лекарства устанавливали сами медицинские учреждения, которые вынуждены были выживать. В результате чего при снижении доходов населения установились цены на лекарства и медицинские услуги мирового рынка.

Платные и бесплатные услуги и лекарства различаются по уровню качества, так как бесплатное обслуживание не поддержано адекватным финансированием. Кроме того, механизм контроля над качеством бесплатных услуг отсутствует. В бедных регионах страны, где в медицинских учреждениях продолжают использовать устаревшее оборудование, стандарт бесплатного лечения сведен до фельдшерского уровня.

Однако в большинстве случаев платное и бесплатное лечение осуществляется в одних и тех же медицинских учреждениях, на одном и том же оборудовании, одними и теми же специалистами. Разделение услуг на «платные» и «бесплатные» и их совместное предоставление деморализовали некоторую часть врачей, особенно молодых поколений, и они стали оказывать профессиональное внимание

в соответствии с тарифом услуг. Таким образом, по мнению Л.С. Шиловой, советский принцип лечения «по медицинским показателям» в настоящее время заменен принципом «лечением по возможностям пациента»<sup>1</sup>.

Недоступность платных услуг и лекарств вызвали широкое распространение практик отказа от лечения. Мониторинг, проводимый НИИ им. Н.А. Семашко «Комплексное изучение состояния здоровья населения» с 1989 по 2000 г. (на 15 территориях РФ), на основе сопоставления данных о смертности и заболеваемости выявил несоответствие между уровнем заболеваемости и смертности. При низких уровнях заболеваемости встречались высокие показатели смертности от тех же заболеваний, что свидетельствует о «необращаемости» населения за медицинскими услугами<sup>2</sup>.

Отказ от услуг врачей ведет к «самолечению» – попытке самостоятельно справиться с первоначальными симптомами заболеваний, которая порой может довести до последней стадии заболевания. Практически это означает, что заболевший человек сам себе ставит диагноз и выбирает лекарство. Ориентацией в данном случае часто служит широко представленная в СМИ фармацевтическая реклама, которая часто сопровождается информацией о симптомах заболеваний. Законодательного контроля над адекватностью содержания рекламы в реальности нет. Питательной средой для распространения практик самолечения являются популярная литература медицинской направленности, а также окружающие люди или просто собственная интуиция. Таким образом, в настоящее время имеет место быть бесконтрольный прием населением лекарственных препаратов, антибиотиков, биологически активных соединений.

Еще одной социальной проблемой современного здравоохранения является *поздняя обращаемость* населения за медицинскими услугами, обращаемость с запущенными формами заболеваний. Среди мотивов позднего обращения выделяют: нежелание проводить время в очередях

---

<sup>1</sup> Шилова Л.С. Реформы здравоохранения как источник новых рисков для здоровья URL: [http://www.isras.ru/files/File/Publication/Reformy\\_zdravoooh\\_Schilova.pdf](http://www.isras.ru/files/File/Publication/Reformy_zdravoooh_Schilova.pdf) (дата обращения: 18.02.2011.).

<sup>2</sup> Указ. соч.

в поликлиниках, боязнь сокращения по причине посещения врачей в рабочее время или пропусков работы по состоянию здоровья. Так, в мониторинге «Комплексное изучение состояния здоровья населения» НИИ им. Н.А. Семашко в структуре позднего обращения за помощью населения трудоспособного населения главное место занимала причина – невозможность выхода на работу несмотря на состояние здоровья.

Всемирная организация здравоохранения в целях повышения эффективности систем здравоохранения рекомендует усиливать профилактику заболеваемости. Врачи общей практики являются первыми, к кому пациенты обращаются за медицинскими услугами, и поэтому на них возлагаются задачи внедрения профилактической культуры и практики. В настоящее время в системе здравоохранения РФ делается ставка на развитие системы первичной медико-санитарной помощи, на врачей общей практики. С этой целью в качестве первых шагов предпринимается увеличение зарплаты врачей территориальных поликлиник. Однако это еще не означает, что пациенты будут чаще ходить в поликлиники.

Сокращение пользования медицинскими услугами носит ярко выраженный гендерный характер. Женщины более чем мужчины, вовлечены в множественную занятость, что лишает их возможности полноценно поддерживать свое здоровье. Женщины меньше представлены в частном секторе экономики, на высокооплачиваемых должностях. Вместе с тем, когда они работают в частном секторе, то работодатели, как правило, проявляют незаинтересованность в их материнстве, следовательно, сохранение престижной работы вынуждает их откладывать материнство или практиковать аборты.

Таким образом, *основными проблемами современного здравоохранения в России являются его медикализация, доступность услуг и поздняя обращаемость населения за медицинскими услугами.*

#### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Охарактеризуйте здравоохранение как социальный институт.
2. Что лежит в основе здоровьесберегающего поведения в семье? Назовите последствия низкой социально-гигиенической грамотности в семье.

3. Как система современного образования способствует формированию социальных установок на заботу о здоровье среди детей и подростков?

4. Прокомментируйте тезис «Здоровье населения выступает в качестве ресурса труда».

5. Назовите основные тенденции развития общенационального здравоохранения в мире.

6. Изучите доклад ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире, 2010». Назовите основные проблемы здравоохранения в мире и пути их решения.

7. С какими проблемами, по вашему мнению, столкнется система здравоохранения России в 2020 году?

### Список литературы

#### *Основной*

*Колесникова И.С.* Новации в социологии медицины и здоровья // Социологические исследования. 2008. № 4. С. 89-91.

*Решетников А.В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002. С.468-539.

Российское здравоохранение: Мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый ин-т социальной политики, 2008. С.18-66.

*Шилова Л.С.* Реформы здравоохранения как источник новых рисков для здоровья // Социологические координаты риска / под ред. А.В.Мозговой. М.: ИС РАН, 2008

#### *Дополнительный*

*Бурганова Л.А.* Медикализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации // Социологические исследования. 2009. N 8. С. 100-107.

*Мунаев Р.В.* Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России: автореф. дис.... канд. социол. наук: 22.00.04. М., 2008.

*Русакова Н.Л., Панова Л.В.* Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения // Журнал социологии и социальной антропологии. 2002. №4. С.147-163.

*Тимченко Н.С.* Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала XXI века: проблемы и пути их решения: автореф. дис. докт. социол. наук: 22.00.06 Барнаул, 2007.

*Шабунова А.А.* Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010.

#### *Интернет-ресурсы*

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. URL: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html> (дата обращения: 03.02.2011.).

## ТЕМА 9. МЕДИЦИНА КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

### *Вопросы для рассмотрения*

1. Основные измерения медицины как социального института.
2. Структура и функции медицины как социального института.
3. Взаимодействие медицины с другими социальными институтами.

### **1. Основные измерения медицины как социального института**

С позиций естественнонаучного дискурса медицина понимается как система взглядов, научных знаний о болезнях и здоровье и соответствующих действиях людей по лечению и предупреждению заболеваний, укреплению и сохранению здоровья, продлению жизни человека<sup>1</sup>. Однако нам важно иное понимание медицины, с позиций институционального подхода, в контексте более емкой системы – здравоохранения.

В социологии медицину принято рассматривать как *социальный институт* и как *субсистему социальной системы*. При изучении медицины как социального института медицина рассматривается как целостная система, изучаются социальные связи, социальное взаимодействие, социальные отношения внутри данной системы. При изучении медицины как субсистемы социальной системы анализируется взаимодействие медицины с другими социальными институтами общества; взаимодействие с экономической сферой общества; воздействие общества на развитие медицины, изучается влияние глобализации социальных процессов на медицину.

Медицина – это социальный институт, играющий важнейшую роль в жизни современного общества, деятельность которого направлена на сохранение жизни и здоровья людей. *Основными измерениями медицины как социального института* являются следующие.

---

<sup>1</sup> Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002.С.374.

1. *Ценности медицины* (цели, принципы, кодексы), степень их согласованности с ценностями общества. В настоящее время сформулирован Кодекс медицинского профессионализма. Этот документ появился впервые в журналах *Annals of Internal Medicine* и одновременно в журнале «*Lancet*». Кодекс является результатом работы ведущих специалистов авторитетных врачебных ассоциаций мира. Три фундаментальных принципа формируют основание для сути Кодекса. Первый – *принцип приоритета благополучия пациента*. Этот принцип ориентирован на первоочередное обеспечение интересов пациента. Доверие, в основе которого лежит альтруизм, является одной из основ отношений врач-пациент. Углубляющиеся влияния рынка, общественное давление, административные требования не должны умалять этот принцип. Второй – *принцип самоопределения* (автономии воли, личной независимости) *пациента*. Врачи должны уважать автономию личности пациента. Профессионалы должны быть честными с пациентами и обеспечивать им возможность принять информированное добровольное решение о медицинском вмешательстве. Решение пациента о медицинском вмешательстве должно быть преобладающим, как и иные решения в этической практике, и не должно в результате неинформированности или неправильного информирования приводить к согласию пациента на ненадлежащую медицинскую помощь. И последний из трех – *принцип социальной справедливости*. Он взывает медицинскую профессию к созданию системы справедливого распределения всегда ограниченных ресурсов медицинской помощи. Профессионализм является основой взаимоотношений общества и медицины. Это требует признания того, что интересы пациента являются приоритетными по отношению к интересам врача. Это требует не только внедрения и поддержания высоких стандартов профессиональной компетентности, но и привлечения обществом при решении вопросов охраны здоровья экспертов-специалистов. Врачи должны действовать активно для устранения дискриминации в медицинской помощи, независимо от оснований, по которым она может происходить (дискриминация по полу, расе, социоэкономическому статусу, этнической принадлежности, религии и т.д.). Предлагаемые принципы медицинского профессио-

нализма должны быть четко поняты и врачами, и обществом. Существенным в их отношениях является доверие общества к врачу, которое зависит от честности и каждого врача, и профессии в целом<sup>1</sup>.

2. *Структура и функции медицины* (о них пойдет речь далее). Медицина – это сложная конфигурация медико-социальных обычаев, традиций верований, установок, правил-регуляторов и законов, которые имеют определенную цель и выполняют определенные функции.

3. *Формы ее внутриинституциональной организации*: в зависимости от форм собственности и источников финансирования (частная, государственная, страховая, ведомственная, коммунальная, благотворительная); в зависимости от уровня медицинского обслуживания (первичного, вторичного, третичного – амбулатории, поликлиники, больницы и т.д.); другие формы, например, такие как экстренная медицинская помощь, и другие линии анализа: научная – народная медицина, традиционная – альтернативная, добровольная – принудительная, институт самолечения.

4. *Символы медицины*. В существенном смысле символическое значение в медицине имеет три знака: шестиконечная «Звезда жизни», посох Асклепия, красный крест и красный полумесяц (см. рис. 10).

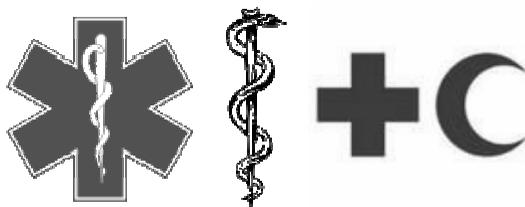


Рис. 10. Символы медицины: «Звезда жизни», посох Асклепия, красный крест и красный полумесяц

*Звезда жизни* – синяя «снежинка» создана в Соединенных Штатах Америки, где ее называют Звездой жизни (Star of Life). Эта медицинская эмблема сопровождает службу экстренной медицинской

---

<sup>1</sup> Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine // *Annals of Internal Medicine*: 2002. Vol. 136. Issue 3 Pages 243-246.). / Перевод: Г.Я. Лопатенков.

помощи (Emergency Medical Services), которую совместно контролируют Американская медицинская ассоциация (American Medical Association) и Департамент здравоохранения, образования и социальной помощи США (Department of Health, Education and Welfare). Каждый из 6 лучей звезды жизни означает одну из функций службы экстренной медицинской помощи: обнаружение, извещение, отклик, помощь на месте, помощь при транспортировке, транспортировка для дальнейшей помощи. В центре эмблемы расположены змея и посох Асклепия.

*Посох Асклепия* – суковатая палка, вокруг которой обвилась змея головой вверх, является одним из наиболее узнаваемых символов медицины примерно с VIII в. до н.э. В настоящее время вертикально расположенный посох, обвитый змеей, изображаемый на фоне окаймленного лавровыми ветвями земного шара, является эмблемой Всемирной организации здравоохранения при Организации Объединенных Наций. Эта эмблема была принята на I Всемирной ассамблее здравоохранения в 1948 г. и состоит из двух эмблем: эмблемы ООН (земной шар в обрамлении лавровых ветвей) и эмблемы медицины (посох, обвитый змеей). Символика этой эмблемы отражает господство медицины над целебными, охраняющими жизнь силами природы (змея).

*Красный крест и красный полумесяц* на белом поле принадлежат к числу немногих знаков, которые легко узнают люди во всем мире. Созданные первоначально для обозначения санитарных служб вооруженных сил и обеспечения защиты больных и раненых, они постепенно превратились в символы беспристрастной гуманитарной помощи, предоставляемой всем, кто страдает. Эти символы являются официальными эмблемами Международного движения Красного креста и Красного полумесяца.

5. *Статусы и роли* (врачи, пациенты, государство и др.) и регуляция отношений между ними (правовая, этическая и т.д.).

6. *Система профессиональной стратификации*: определение статуса медицинских специальностей и профессий в системе профессиональной стратификации общества; исследование организации внутрипрофессионального неравенства.

## 7. Система профессионального образования и профессионального отбора.

Таким образом, *медицина как социальный институт рассматривается как целостная система, изучаются социальные связи, социальное взаимодействие, социальные отношения.* Медицина имеет свои измерения. Развитие медицины, медицинского обслуживания как социального института определяется, с одной стороны, достижениями клинической медицины, с другой – уровнем развития общества в целом, включая экономические, социальные, политические аспекты.

## 2. Структура и функции медицины как социального института

Медицина – это сложная конфигурация медико-социальных обычаев, традиций верований, установок, правил-регуляторов и законов, которые имеют определенную цель и выполняют определенные функции.

Нормативная *структура* медицины является не хаотической суммой разрозненных элементов, а подвижной целостностью, все части которой связаны друг с другом и выполняют определенные функции, позволяющие заменять элементы медико-социальной системы и взаимодействий в зависимости от изменившейся ситуации, перестраивать содержание оставшихся и вносить другие изменения, позволяющие сохранять устойчивость на протяжении определенного периода времени.

В медицине как нормативной системе все элементы должны быть тождественны друг другу, составляя логически связанное, целостное образование.

Медицинские *обычаи* представляют собой образцы поведения, сохранившиеся на протяжении веков и выполняющие в повседневной жизни как поведение, направленное на сохранение, поддержание и укрепление здоровья, а также профилактику заболеваний. Обычаи являются настолько привычной частью жизни, что их редко замечают, например как приветствие при встрече и пожелание здоровья.

Строго соблюдаемые обычаи, в том числе в сфере охраны здоровья, воспринимаются как *нравы*. Они сопровождаются оценкой правильности и неправильности. Поведение, нарушающее медицинские

запреты, считается аморальным, безнравственным и осуждается обществом. Это играет важную роль в формировании мировоззрения в обществе по отношению к болезни и здоровью<sup>1</sup>.

*Функции* медицины необходимо рассматривать с точки зрения социальной помощи общества всем нуждающимся. Медицина зачастую помогает отдельным людям продолжать выполнять свою социальную роль, тем самым способствуя снижению социального напряжения в обществе.

По мнению А.В. Решетникова, медицина как социальный институт – это:

– огромный народно-хозяйственный комплекс, существующий независимо от нашей воли и желания;

– этот институт не только не зависит от воли людей, но и навязывает им такое поведение, которое, возможно, для многих совсем не желательно (Роспотребнадзор требует соблюдать санитарно-эпидемиологический режим, например);

– медицина интегрирована в традиции и обычаи своего народа, возможно, существует только в неразрывном единстве с ними<sup>2</sup>.

При этом нормы, регулирующие деятельность социального института, обладают существенным своеобразием, спецификой, призванной обеспечить наиболее эффективное выполнение задач, решаемых данным институтом. Функционирование институтов как относительно независимых специальных форм социальных взаимодействий, в которых применяются специфические нормы регуляций, является важным завоеванием. Специализация институтов органически связана со специализацией норм, писаных и неписаных законов, их регулирующих. Примерами этого являются воинские и другие уставы, профессиональная этика врачей и юристов, которые существенно отличаются друг от друга. Подобная специализация позволила добиться высокой эффективности организации социальной жизни.

По мнению Э. Гидденса, «изучать функцию какого-либо вида социальной деятельности или института – значит анализировать их вклад в обеспечение жизнедеятельности общества как целого».

---

<sup>1</sup> Решетников А.В. Указ. соч. С. 376.

<sup>2</sup> Решетников А.В. Указ. соч. С. 347.

Для оценки функционирования социальных систем Т. Парсонс разработал набор четырёх функций: адаптация (adaptation), целедостижение (goal attainment), интеграция (integration), латентность (latency) или поддержание ценностного образца<sup>1</sup>.

Набор четырёх функций (AGIL), представленный Парсонсом для систем «действия», можно использовать для характеристики института медицинского обслуживания:

– *Адаптация*. Распределение ролей врач – пациент. В системе медицинского обслуживания каждый должен выполнять свою роль, имея определённые ожидания. Статус, ролевые ожидания существуют как предписания социального института, общества в целом. Социальные роли деперсонифицированы. Тем самым обеспечивается относительная устойчивость социального института.

– *Целеполагание*. Общество осуществляет профессиональную подготовку субъектов, что определяет профессионализацию выполняемых функций и разделение труда. Тем самым обеспечивается высокая эффективность института медицинского обслуживания.

– *Интеграция*. Институт медицинского обслуживания осуществляет координацию деятельности медицинских учреждений (поликлиник, больниц, консультативных центров и т.д.), используя средства бюджетного и внебюджетного финансирования.

– *Латентная функция* (поддержание ценностного образца). Особый тип регламентации обеспечивает регулярность, предсказуемость, стабильность, функционирование социальных связей. Социальный контроль поддерживает желательное поведение участников взаимодействия института медицинского обслуживания<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> *Адаптация*: система должна справляться с носящими случайный характер требованиями внешней среды. Она должна адаптироваться к внешней среде и приспособлять среду к своим потребностям. *Целедостижение*: система должна уметь определять свои первичные цели и достигать их. *Интеграция*: система должна координировать взаимоотношения своих элементов. Она также должна управлять отношениями трёх прочих функциональных императивов (A, G, L). *Латентная функция* (поддержание целостного образа): система должна питать, поддерживать и возобновлять как мотивацию индивидов, так и культурные образцы, создающие и поддерживающие мотивацию.

<sup>2</sup> *Кром И.Л.* Объективизация оценки функционирования института медицинского обслуживания. // Социальная политика и социология. 2009. № 2. С. 132-138.

Медицина и здравоохранение решают ряд принципиальных вопросов:

- эффективная диагностика и лечение заболеваний, уменьшение сроков их лечения и предотвращение остаточных явлений и осложнений, проведение профилактических мероприятий;
- понимание и прогнозирование того, каким образом отдельные симптомы или болезни проявляются у инвалидов или группы инвалидов;
- распространение среди населения медико-профилактических знаний, благодаря которым можно уменьшить возможности риска здоровью и в некоторой степени предотвратить болезни.

Исследовательская деятельность в медицине, клиническая практика и профилактическая работа требуют понимания факторов культурного и социального воздействия. Эти факторы влияют на понимание человеком необходимости в медицинской помощи, на формирование его решения обратиться за этой помощью и на его реакцию на предоставляемую медицинскую помощь.

Составной частью медицины является *профилактика*. Профилактика заболеваний (diseases prevention) – система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики: первичную, вторичную и третичную.

*Первичная профилактика* (primary prevention) – это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений от нормы в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всех членов отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов. Одним из важнейших компонентов первичной профилактики является формирование здорового образа жизни.

*Вторичная профилактика* (secondary prevention) – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

*Третичная профилактика* (tertiary prevention) – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов и возникновение осложнений болезни в будущем, возможно более полное восстановление социального и профессионального статуса<sup>1</sup>.

Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. *Индивидуальная медицинская профилактика* (личная гигиена) – научно-практическая медицинская деятельность по изучению, разработке и внедрению в повседневную индивидуальную жизнь гигиенических знаний, требований и принципов сохранения и укрепления здоровья. Это понятие используют также для определения соответствия жизнедеятельности человека медико-гигиеническим нормам и медицинским рекомендациям – сознательное активное гигиеническое поведение. *Общественная медицинская профилактика* – профилактическая (предохранительная, социальная, общественная) медицина – научно-практическая медицинская деятельность по изучению распространенности в обществе болезней, инвалидности, причин смертности с целью обоснования социально-экономических, правовых, административных, гигиенических и иных направлений и мер профилактики, лечебных мероприятий. Меры общественной профилактики направлены на обеспечение высокого уровня общественного здоровья, искоренение причин, порождающих болезни, создание оптимальных условий коллективной жизни, включая условия труда, отдыха, материальное обеспечение, жилищно-бытовые условия, расширение ассортимента продуктов питания и товаров народного

---

<sup>1</sup> *Самородская И.* Профилактическое лечение и доказательная медицина: далеко не все мероприятия по предупреждению заболеваний можно считать оправданными // Медицинская газета. 2009. N 15. С. 11.

потребления, а также развитие здравоохранения, образования и культуры, физической культуры. Эффективность мер общественной профилактики во многом зависит от сознательного *отношения граждан к охране своего здоровья и здоровья других*, от активного участия населения в осуществлении профилактических мероприятий, от того, насколько полно каждый гражданин использует предоставляемые ему обществом возможности для укрепления и сохранения здоровья. Практическое осуществление общественной профилактики требует законодательных мер, постоянных и значительных материальных затрат, а также совместных действий всех звеньев государственного аппарата, медицинских учреждений, предприятий промышленности, строительства, транспорта, агропромышленного комплекса и т.д.

Основными формами практической деятельности в профилактической медицине являются:

– *санитарное просвещение* (деятельность по пропаганде научных медицинских знаний с целью обеспечения здорового образа жизни; гигиеническое воспитание и санитарное просвещение);

– *диспансеризация* (метод лечебно-профилактической деятельности, состоящий в обязательном учете определенных контингентов населения, активном наблюдении за больными в ранний период развития заболевания, своевременном проведении лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья и оздоровление окружающей среды);

– *санитарно-эпидемиологический надзор* (сбор, анализ, распространение прямой и опосредованной информации о состоянии здоровья населения и контроль за реализацией профилактических мероприятий);

– *государственный контроль за исполнением санитарного законодательства*;

– *социально-гигиенический мониторинг* (государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания);

– *психопрофилактика* (это система мероприятий, цель которых – предотвращение возникновения психических нарушений человека).

С 1 декабря 2009 г. в регионах России созданы специализированные центры здоровья, в которых можно пройти медосмотр и получить рекомендации по ведению здорового образа жизни, отказу от вредных привычек.

В настоящее время в *Московской* области создано 25 центров здоровья, задача которых – помощь в формировании здорового образа жизни жителей региона. Центры призваны проводить скрининг диагностику (диагностика с помощью специальных компьютерных программ) здоровья человека и давать ему рекомендации по здоровому образу жизни, направлять при необходимости на углублённое обследование или лечение у специалистов.

В *Тюменской* области в 13 учреждениях здравоохранения открыты центры здоровья. Центры здоровья включают в себя кабинет для проведения санитарно-просветительской работы (учебный кабинет, лекционный зал); женский и мужской смотровые кабинеты; кабинет функциональной диагностики; зал лечебной физкультуры. Благодаря работе центров появится возможность проводить круглогодичный скрининг населения на выявление лиц с избыточным риском смерти, нуждающихся в активных оздоровительных мероприятиях; сформировать индивидуальные программы условий жизнедеятельности (бытовых, семейных, производственных, поведенческих и др.) с целью ведения «здорового образа жизни» конкретного пациента.

В *Пермском* крае формируется комплексный подход к профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни. В целях формирования у населения потребности в навыках здорового образа жизни, а также повышения мотивации населения к здоровому образу жизни создано 10 центров здоровья для взрослых и 4 центра здоровья для детей. Успешно проводится дополнительная диспансеризация работающего населения. В 2010 г. дополнительной диспансеризацией были охвачены 99% от запланированной численности работающих граждан, подлежащих осмотру. В ходе диспансеризации у 14% обратившихся были выявлены факторы риска возникновения заболеваний, 72% нуждались в дополнительном обследовании в ус-

ловиях стационара и поликлиники и только 19% признаны здоровыми. В ходе дополнительной диспансеризации работающих граждан выявлено 3730 чел. больных заболеваниями системы кровообращения, заболеваниями пищеварительной системы – 1466 чел., с заболеваниями нервной системы – 1705 чел., заболеваниями органов дыхания – 246 чел., с новообразованиями – 880 чел. (в том числе 22 чел. со злокачественными заболеваниями)<sup>1</sup>.

Рассмотрение медицины как социального института с социологических позиций расширяет диапазон теоретических и эмпирических целей и задач социологии здоровья.

### **3. Взаимодействие медицины с другими социальными институтами**

Медицина, являясь социальным институтом общества, обладает обширными институциональными связями с другими социальными институтами, так или иначе реализуя функцию укрепления и охраны здоровья граждан.

Институциональное взаимодействие *медицины и семьи* базируется на том, что семья выступает и как заказчик медицинских услуг, и как их потребитель, и как результат медицинской деятельности, ибо здоровье каждого пациента влияет на определенный локус семейных отношений. Транзитарную функцию во взаимоотношениях семьи и медицины выполняет такая ценность, как здоровье. Являясь социальной, биологической и экономической ценностью, здоровье сохраняется и воспроизводится в семье.

Анализируя особенности взаимодействия семьи и медицины в современной России, следует отметить, что современная реформа здравоохранения не учитывает опыта институционального взаимодействия семьи и медицины, накопленного в России, наоборот, насаждаются западные образцы медицинского обслуживания, неком-

---

<sup>1</sup> Постановление Правительства Пермского края от 28 марта 2011 г. N 151-п "Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Пермского края на 2011-2012 годы" // URL:<http://www.garant.ru/hotlaw/perm/323459/> (дата обращения: 18.03.2011.).

плементарные современной российской семье. Существующие установки субъектов здравоохранительной деятельности не соответствуют целям стабилизации и укрепления других социальных институтов, а семьи в первую очередь. Причем эта позиция – вынужденная, она навязана некорректностью проводимых реформ. Заявленная в настоящее время Национальная программа в области здравоохранения (2006 г.) ориентирована на повышение качества медицинской помощи, но не на облегчение затрат семьи на поддержание здоровья. Семья тратит колоссальные средства на лечение, лишая себя возможности тратить средства на профилактику и оздоровление, на полноценное питание и активный отдых. Поэтому последние инициативы Правительства РФ в области здравоохранения некомплементарны интересам такого института, как семья<sup>1</sup>.

Интересна связь *медицины и религии*, выражающаяся в следующем. Во-первых, медицина и религия имеют общий объект интересов – это человек во всей полноте его жизни. Они признают наличие физической и нефизической (в том числе духовной) составляющей человеческой личности. Они относятся к здоровью человека как к комплексному понятию, учитывающему физическое и не только физическое благополучие. Во-вторых, медицина и религия имеют границы компетенции в своей заботе о человеке. Компетенция медицины – это, в основном, лечение патологии, возникающей в сфере физического бытия человека, а также психических расстройств. Компетенция религии – лечение духовной составляющей личности. В-третьих, взаимодействие медицины и религии заключается во взаимном дополнении в связи с тем, что их сферы компетенции дополняют друг друга – оба института способствуют развитию общества, его благосостоянию и поддержанию его жизнеспособности<sup>2</sup>.

*Важна связь медицины и научных исследований.* В связи с проблемой общественного здоровья, являющейся проблемой национальной безопасности для РФ, возрастает значение научных исследова-

---

<sup>1</sup> Кесаева Р.Э. Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе: дис. ... д-ра социол. наук : 14.00.52 Волгоград, 2006.

<sup>2</sup> Черкасова А.Е. Институциональное взаимодействие медицины и религии: дис.... докт. мед. наук. М., 2005.

ний, направленных на оценку экологической обстановки, ценностных ориентаций и показателей здоровья детей, подростков и молодежи, проживающих в различных регионах. Возникает необходимость своевременной массовой диагностики отдельных компонентов здоровья и проведения различного рода профилактических мероприятий, что становится возможным при использовании современных компьютерных программ.

С.Д. Неверкович и В.А. Орлов пришли к выводу о необходимости мониторинга резервов физического здоровья и работоспособности молодежи. Сведения, полученные в ходе мониторинга, выступают базой для формирования персональной оздоровительно-профилактической программы<sup>1</sup>.

29 декабря 2001 г. Правительство РФ приняло постановление «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи». Органам исполнительной власти субъектов РФ и органам местного самоуправления с участием органов управления образованием, физической культурой и спортом на основе данных мониторинга рекомендовано разработать соответствующие меры, направленные на укрепление физического здоровья населения и физического развития подрастающего поколения.

В организации мониторинга выделяется ряд проблем по его содержанию, кадровому и методическому обеспечению. В настоящее время, в условиях существенного сокращения средней продолжительности жизни, преобладания смертности над рождаемостью, существенно возрастает значение региональных программ по развитию физической культуры и спорта. Содержание таких программ должно быть подчинено решению задач по сохранению индивидуального и общественного здоровья. Для полноценного обеспечения мониторинга физического развития необходима оперативная координация действий на уровне научных коллективов, образовательных учреждений и органов власти. В конечном счете, на федеральном уровне

---

<sup>1</sup> Неверкович С.Д. Мониторинг резервов физического здоровья и работоспособности молодежи России. // Школа здоровья. 2000. Т. 7. С. 58.

необходима стратегия по созданию условий для сохранения и укрепления здоровья всего населения и, в первую очередь, подрастающего поколения.

В целях программного и кадрового обеспечения этого мониторинга важное социальное и финансовое значение имеет межвузовская координация действий, поскольку основные интеллектуальные силы сосредоточены в области вузовской науки. В этой связи основная нагрузка ложится на вузы физкультурного и медицинского профиля.

Мониторинг физического развития и здоровья детей, подростков и молодежи будет дополнять картину Всероссийской переписи населения 2002 г. и позволит государственным структурам более гибко и адекватно реагировать на полученные статистические показатели, а также прогнозировать численность физически дееспособного населения на последующие 10-15 лет.

Большую роль в жизни каждого человека играют *средства массовой информации*. Они «апеллируют к личности в совокупности ее социальных ролей – как к гражданину и семьянину, представителю социума в целом и жителю конкретного района. Среди основных средств массовой информации можно выделить телевидение, радио, прессу и интернет. На фоне ухудшения здоровья россиян возрастает роль СМИ в распространении информации о здоровье, способах его сохранения и укрепления. Среди специализированных печатных изданий о здоровье можно отметить такие журналы, как «Здоровье», «Здоровье школьника», «Медицина и здоровье», «Социология медицины» и др. Среди специализированных радиопрограмм посвященных здоровью и здоровому образу жизни, можно отметить лишь «Планету здоровья», транслируемую на «Радио России», и «Домашнюю аптечку» – на радио «Маяк». Примером телепрограмм, способствующих формированию ценностного отношения к здоровью, могут служить следующие: «Здоровье с Еленой Малышевой» и «Малахов +» на первом канале, «Наше все» и «Без рецепта» – на НТВ, «Здоровье» на канале Россия, «Медицинское обозрение» – ТВЗ и др.

Для сохранения здоровья актуальной задачей СМИ является формирование у всего населения новой культуры здоровья, которая не только снижает вероятность появления болезней, но и позволяет

постепенно укреплять жизненные силы человека на основе использования традиционных и нетрадиционных методов профилактики и лечения заболеваний. Изменить отношение людей к своему здоровью невозможно без помощи мощнейшего инструмента формирования общественного мнения – средств массовой информации. Роль СМИ в формировании мировоззрения, ценностей, норм, идеалов и образцов поведения как отдельного человека, так и всего общества, неопределима. Телевидение, радио и пресса, выполняя просветительские, образовательные, информационные, культурно-духовные функции, способны повысить интерес населения к проблемам поддержания высокого уровня своего здоровья.

Однако современные средства массовой информации могут иметь как положительный, так и отрицательный эффект в распространении информации о здоровье.

Положительную роль может играть социальная реклама. В частности, реклама зубных паст, шампуней, гигиенических средств и других способствует закреплению в сознании людей необходимости соблюдения правил личной гигиены. К сожалению, в отечественных СМИ нередко встречается реклама продукции, способной нанести вред здоровью. Например, в рекламе продуктов питания ресторана «Мак Доналдс» акцентируется внимание на том, что предлагаемое питание является полноценным и здоровым. Однако, по мнению медицинских специалистов, продукция «фаст фуд» лишь отрицательно сказывается на здоровье, приводя к таким нежелательным последствиям, как ожирение.

В связи с этим от вредного влияния материалов СМИ, связанных с насилием, рискованным поведением, недоброкачественной рекламой, должна оградить политика по регулированию деятельности средств массовой информации<sup>1</sup>.

Главная роль СМИ в социальном государстве заключается в предоставлении позитивной информации, которая будет востребована населением. Для формирования ценностных ориентаций и мотива-

---

<sup>1</sup> Шаповалова О.А. Какова роль СМИ в распространении информации о здоровье // Материалы интернет - конференции «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности». URL:<http://ecsocman.edu.ru/text/16207007/> (дата обращения: 09.02.2011.).

ций к поддержанию и укреплению собственного здоровья необходимо, чтобы позитивная медицинская информация транслировалась регулярно с учетом особенностей аудитории (интересы, возраст, пол). От того, насколько грамотно, профессионально, доступно будет предложена информация о возможностях и методах сохранения здоровья, зависит эффективность деятельности средств массовой информации.

Таким образом, *медицина, выступая субститутот системы здравоохранения, имеет сильные институциональные связи с такими социальными институтами, как семья, религия, наука, средства массовой коммуникации. Взаимодополняя друг друга, имея пограничные функции, данные институты играют значительную роль в охране и укреплении здоровья населения.*

### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Раскройте понятие медицины как социального института. Какое положение занимает медицина в числе прочих субститутот системы здравоохранения?

2. Назовите основные измерения медицины как социального института.

3. Раскройте понятие «профилактика». Выделите отличительные черты первичной, вторичной, третичной профилактики. Какие институты, помимо медицины, реализуют профилактические функции?

4. Дайте определение понятиям индивидуальная и общественная медицинская профилактика. Перечислите цели и задачи общественной медицинской профилактики.

5. Назовите формы практической деятельности в профилактической медицине.

6. Раскройте функции медицины как социального института. Прокомментируйте высказывание Т. Парсонса: «изучать функцию института значит анализировать его вклад в обеспечении жизнедеятельности общества в целом» применительно к медицине как социальному институту.

7. Какие общие и специфические функции имеет медицина как социальный институт. Назовите эу- и дисфункции института медицины.

8. Охарактеризуйте внешние институциональные связи медицины как института.

9. Как, на Ваш взгляд, связаны, взаимодействуют такие социальные институты, как медицина и спорт, медицина и образование?

## Список литературы

### *Основной*

*Кром И.Л.* Объективизация оценки функционирования института медицинского обслуживания // Социальная политика и социология. 2009. № 2. С. 132-138.

*Решетников А.В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002. С. 374-405.

*Самородская И.* Профилактическое лечение и доказательная медицина: далеко не все мероприятия по предупреждению заболеваний можно считать оправданными // Медицинская газета. 2009. N 15. С. 11.

### *Дополнительный*

*Гуревич К.Г.* Принципы организации и проведения профилактических программ // Медицинская помощь. 2009. N 1. С. 3-6.

*Кесаева Р.Э.* Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе: дис.... д-ра социол. наук: 14.00.52 Волгоград, 2006.

*Неверкович С.Д.* Мониторинг резервов физического здоровья и работоспособности молодежи России // Школа здоровья. 2000. Т. 7. С. 58-63.

*Мазус А.И.* Социологический мониторинг в оценке профилактических мероприятий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №3. С. 32-34.

*Черкасова А.Е.* Институциональное взаимодействие медицины и религии: дис.... докт. мед. наук. М., 2005.

*Щепин О.П.* Профилактика XXI века: анализ концептуальных подходов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №4. С.3-7.

### *Интернет-ресурсы*

Постановление Правительства Пермского края от 28 марта 2011 г. N 151-п "Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Пермского края на 2011-2012 годы". URL:<http://www.garant.ru/hotlaw/perm/323459/> (дата обращения: 18.03.2011.).

Здоровая Россия. Центры здоровья. URL: <http://www.takzdorovo.ru/db/healthcenter/index/> (дата обращения: 27.02.2011.).

## ТЕМА 10. УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ

### *Вопросы для рассмотрения*

1. Сохранение здоровья населения как глобальная стратегическая задача.
2. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни в контексте государственной политики Российской Федерации.
3. Региональные аспекты сохранения и укрепления здоровья населения.

*Основные понятия:* глобальные проблемы, стратегия в отношении здоровья, политика в сфере охраны здоровья, пропаганда здорового образа жизни.

### **1. Сохранение здоровья населения как глобальная стратегическая задача**

Системные вопросы здоровья населения в мире в целом, проблемы охраны и укрепления здоровья (в частности первичная профилактика и ответственные за нее службы) начали остро обсуждаться в середине прошлого века. В резолюции межправительственной Европейской конференции (Испания, 1931 г.), в частности, было зафиксировано, что «эффективной в широком смысле слова считается та система общественного здравоохранения, которая организует медицинские службы таким образом, чтобы все население могло пользоваться всеми достижениями современной медицины с целью улучшения своего здоровья, выявления и лечения болезней в изначальной стадии». Впоследствии эта формула стала основой стратегии ВОЗ и нашла свое подтверждение во многих важных документах этой международной организации.

Выдвижение проблемы сохранения и укрепления здоровья населения в число приоритетных задач общественного развития на современном этапе подтверждается включением ее в глобальные декларативные документы, основными из которых следует считать «Повестку дня на 21 век» и «Декларацию тысячелетия».

«Повестка дня на 21 век» (Agenda 21) была принята в 1992 г. в Рио-де-Жанейро на Всемирной Конференции Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию 170 правительствами стран мира. Она представляет собой программу действий по достижению устойчивого развития<sup>1</sup>. В этом документе были впервые четко обозначены общие и специфические проблемы выживания, экологической безопасности и устойчивого развития цивилизации в едином глобальном экологическом пространстве планеты. В «Повестке...» сформулированы условия, необходимые для устойчивого развития всех стран, одним из которых является охрана и укрепление здоровья человека.

В «Повестке...» указывается, что укрепление здоровья населения является одной из наиболее важных целей развития, при этом подчеркивается, что вопросы здоровья и развития неразрывно связаны между собой. Документ охватывает следующие программные области в сфере управления здоровьем: удовлетворение потребностей в области первичного медико-санитарного обслуживания, особенно в сельских районах; борьба с инфекционными заболеваниями; защита уязвимых групп населения; решение проблем здравоохранения в городах; снижение рисков для здоровья, связанных с загрязнением и вредным воздействием окружающей среды. Последнее называется одной из серьезнейших проблем, препятствующих эффективному устойчивому развитию: «...загрязнение воздуха, воды и почвы под воздействием токсичных химикатов, опасных отходов, радиации и других факторов представляет собой проблему, вызывающую растущую обеспокоенность. Это ухудшение состояния окружающей среды, обусловленное слаборазвитостью или неправильным направлением развития, оказывает прямое негативное воздействие на здоровье населения. Недоедание, проблема нищеты, обеднение населенных пунктов, нехватка доброкачественной питьевой воды и отсутствие надлежащих средств санитарии усугубляют проблемы распространения инфекционных и неинфекционных заболеваний. Как следствие этого растет угроза здоровью и благосостоянию человека».

---

<sup>1</sup> Устойчивое развитие – это развитие, при котором достигается удовлетворение жизненных потребностей нынешнего поколения людей без лишения такой возможности будущих поколений.

«Декларация тысячелетия Организации Объединённых Наций» принята 8 сентября 2000 г. на Генеральной Ассамблее ООН (Саммите тысячелетия) (резолюция № A/RES/52/2). В «Декларации тысячелетия» государства – члены ООН приняли на себя обязательства в достижении целей развития тысячелетия (ЦРТ). На Саммите тысячелетия было выделено несколько основных взаимосвязанных целей развития, стоящих на повестке дня развития мира, которые в дальнейшем получили название «Цели развития тысячелетия» («Millenium Development Goals», MDG). «Цели Развития тысячелетия» как программа были приняты 147 главами государств и представителями 189 стран, включая Российскую Федерацию. Для отслеживания прогресса в достижении 8 основных целей на глобальном, национальном и местном уровнях было поставлено 18 более конкретных задач и отобрано 48 показателей для оценки успешности их решения.

Цели тысячелетия и соответствующие им задачи, относящиеся к сфере охраны здоровья, представлены в табл. 4.

Таблица 4

Цели развития тысячелетия в сфере охраны  
и укрепления здоровья населения

	Цель	Приоритетные задачи
1.	Цель 4. Сокращение детской смертности	<i>Задача 1.</i> Сократить на две трети за период 1990-2015 гг. смертность среди детей в возрасте до 5 лет
2.	Цель 5. Улучшение охраны материнства	<i>Задача 1.</i> Сократить на три четверти за период 1990-2015 гг. коэффициент материнской смертности <i>Задача 2.</i> Обеспечить к 2015 г. всеобщий доступ к услугам в сфере охраны репродуктивного здоровья
3.	Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями	<i>Задача 1.</i> Остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости <i>Задача 2.</i> Предоставление к 2010 г. возможности пройти лечение от СПИДа всем, кто в этом нуждается <i>Задача 3.</i> Остановить к 2015 г. распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости

Как видно из табл. 4, охрана здоровья присутствует в трех из восьми целей. Кроме того, она вносит признанный вклад в достижение всех остальных целей, в частности тех, которые имеют отношение к ликвидации крайней нищеты и голода, к образованию и равенству полов. Здоровье составляет основу ЦТР – оно признано центральным элементом глобальной повестки дня, посвященной сокращению масштабов нищеты, а также важным мерилom человеческого благосостояния.

Как было сказано выше, в рамках ЦРТ сформулированы задачи, поддающиеся количественному измерению. Показатели, позволяющие оценить эффективность деятельности по достижению ЦРТ, представлены в табл. 5.

Таблица 5

Показатели достижения целей развития тысячелетия  
в сфере охраны и укрепления здоровья населения

	Цель	Показатели
1.	Цель 4. Сокращение детской смертности	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет</li> <li>– Коэффициент младенческой смертности</li> <li>– Доля детей годовалого возраста, иммунизированных против кори</li> </ul>
2.	Цель 5. Улучшение охраны материнства	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Коэффициент материнской смертности</li> <li>– Доля деторождений при квалифицированном родовспоможении</li> </ul>
3.	Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Доля ВИЧ-инфицированных среди 15-24-летних беременных женщин</li> <li>– Показатель пользования презервативами в составе показателя распространенности противозачаточных средств</li> <li>– Отношение числа сирот к числу несирот в возрасте 10-14 лет, посещающих школу</li> <li>– Уровни заболеваемости малярией и смертности от нее</li> <li>– Доля населения в районах, подверженных малярии, которое пользуется эффективными средствами профилактики и лечения малярии</li> <li>– Уровни заболеваемости туберкулезом и смертности от него</li> <li>– Число случаев туберкулеза, диагностика и лечение которых производились в рамках ДОТС (краткий курс лечения под непосредственным наблюдением)</li> </ul>

Мониторинг ЦРТ по показателям, приведенным в табл. 5, осуществляется как в целом по системе ООН, так и на уровне отдельных стран один раз в пять лет.

В 2005 г. был опубликован национальный доклад о развитии человеческого потенциала для России, посвященный теме «Россия в 2015 году: цели и приоритеты развития». В нем впервые была принята попытка показать актуальность проблемы развития человеческого потенциала для реализации государственных приоритетов развития страны при помощи системы адаптированных для России целей развития на пороге тысячелетия.

В 2010 г. был выпущен четырнадцатый доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации, в котором также проведен мониторинг достижения ЦРТ, адаптированных для России.

Как сообщается в докладе, «ситуация в России по достижению ЦРТ в целом неоднозначна. С одной стороны, наблюдается явный прогресс, связанный с сокращением бедности, обеспечением доступности образования, снижением детской и материнской смертности, а также укреплением роли России как международного донора. С другой стороны, наряду с позитивными тенденциями существует целый ряд проблем, на которые целесообразно обратить особое внимание. Речь идет, прежде всего, о распространении ВИЧ/СПИДа, об отсутствии как таковой целенаправленной политики в области гендерного равенства, об ухудшении экологической обстановки в России, о сохранении существенных межрегиональных различий в развитии человеческого потенциала».

Сделанные в докладе выводы, являясь отправной точкой для обеспечения долгосрочного устойчивого развития России, служат основой для принятия как на федеральном, так и региональном уровнях стратегических решений, способствующих развитию человеческого потенциала – важнейшей задачи современного общества.

## **2. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни в контексте государственной политики Российской Федерации**

Возрастание роли человеческого капитала как основного, но при этом дефицитного фактора инновационного экономического развития, являющегося отличительной чертой современного общества,

характерно и для России. Обеспечение в долгосрочной перспективе устойчивого социально-экономического развития как страны в целом, так и отдельных территорий предполагает, в первую очередь, сохранение и воспроизводство человеческого потенциала, основой которого является здоровье.

Совершенствование охраны здоровья населения является для России приоритетной национальной задачей. Реализация данной задачи предполагается, в первую очередь, средствами профилактики, пропаганды и формирования здорового образа жизни у населения Российской Федерации. Данный ориентир закреплен Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 №1662-р), Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 г. (утверждены распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 №1663-р), приоритетным национальным проектом «Здоровье» (2009-2012 гг.), Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. (утверждена Указом Президента РФ № 1351 от 9 октября 2007 г.).

В «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»<sup>1</sup> признается «основополагающая роль охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества», подтверждается «ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан РФ». В этом же документе утверждается, что «охрана здоровья граждан – это совокупность мер политического, экономического, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья», таким образом, делается существенный акцент на принципе межведомственного подхода к вопросу сохранения здоровья населения, признается его социальная значимость.

---

<sup>1</sup> Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ред. от 27.12.2009) // Собрание законодательства РФ 1993. № 5487-1.

Сегодня активно обсуждается проект федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 9 данного проекта закрепляет приоритет профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан: «принцип приоритета профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан реализуется путем разработки и первоочередного осуществления мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, распространения заболеваний, их раннее выявление, снижение риска развития заболеваний, причин и условий их возникновения, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, активное формирование здорового образа жизни».

В Концепции развития здравоохранения РФ на период до 2020 г. здоровье характеризуется как важный фактор национальной безопасности и фактор конкурентоспособности в экономике. В этом документе профилактическая деятельность все более выходит за пределы работы системы здравоохранения, несмотря на то, что документ касается именно этой отрасли. Первостепенное внимание уделяется формированию здорового образа жизни, в связи с чем поставлены задачи по созданию условий, возможностей и мотивации населения для ведения здорового образа жизни.

В 2003 г. была утверждена «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации». По сути, данный документ стал основным документом социальной политики в сфере здоровьесбережения населения, направленным именно на *сохранение* здоровья. Однако аналогично «Основам законодательства об охране здоровья граждан РФ» документ носит больше медицинскую направленность в вопросах механизмов реализации, т.е. ограничивается самое необходимое условие успеха в области формирования здоровья – межведомственное взаимодействие. Главная роль, по сути, отводится системе здравоохранения, а именно развитию ранней диагностики нарушений в здоровье. Довольно скудно представлены в механизмах реализации Концепции функции системы образования, социальной защиты и др. (вероятно, это можно связать с тем, что документ готовился исключительно Минздравом).

Нормативный документ Национального проекта «Здоровье» (2006) интерпретирует «профилактику» в основном как раннее выявление заболеваний для предотвращения серьезных осложнений. К сожалению, профилактическим мероприятиям и формированию в обществе здорового образа жизни придается второстепенное значение. Те профилактические меры, которые намечены в рамках неспецифической профилактики, в большей степени относятся к увеличению объема медицинских осмотров, не затрагивая поведенческие факторы риска, вызывающие заболевания, которые становятся основными причинами инвалидизации и смертности населения в современной России. В то же время международный опыт показывает, что более здоровый образ жизни и профилактические мероприятия, направленные на уменьшение факторов риска, могут значительно снизить смертность. В проекте не упоминается ни общественная работа, ни межсекторное сотрудничество, ни инициатива самих граждан в отношении укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

В рамках данного проекта в РФ действует ряд федеральных целевых программ по укреплению здоровья, профилактике социально-значимых заболеваний: «Предупреждение и борьба с социально – значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» и «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006-2015 годы». Необходимость создания программ была вызвана рядом факторов социально-экономического характера, влияющих на снижение качества жизни населения, в том числе чрезмерными стрессовыми нагрузками, снижением уровня санитарно-гигиенической культуры, а также высокими показателями заболеваемости, инвалидности и смертности. При этом в качестве основных показателей эффективности от реализации мероприятий, предусмотренных программами, в первую очередь определяются экономические эффекты и только потом – социальные.

Противоречия между позиционированием здоровья как ценности и обоснованием его значимости с точки зрения экономики (например, в «Концепции охраны здоровья здоровых в РФ» определено следующее: «...отношение к здоровью...как к *экономическому механизму* повышения результативности и качества труда») не приведут

к ожидаемым результатам. Во-первых, потому, что это два совершенно разных подхода к определению здоровья, во-вторых, профилактические мероприятия направлены, прежде всего, на изменение сознания (отношения) и поведения в отношении здоровья.

Вывод о невнимании государства к вопросам здоровьесберегающего поведения вытекает и из анализа состояния правовой базы, регулирующей социальные условия, тесно увязанные с данной проблемой, включая нормативно-правовой документооборот по борьбе с распространением психоактивных веществ, алкоголизмом и табакокурением.

На период 2005-2009 гг. Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков была создана Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», в которой обозначено, что факторы, способствующие распространению незаконного потребления наркотиков, формируются в социальной сфере: наличие безработных среди молодежи, а также сравнительно низкий жизненный уровень населения. Среди мероприятий профилактики употребления психоактивных веществ было обозначено формирование здорового образа, однако сам механизм его воплощения был прописан нечетко.

Отсутствие целостной, научно обоснованной системы профилактики распространения наркомании, в первую очередь среди подростков и молодежи, не позволяет оказывать адекватное противодействие таким негативным явлениям.

Государственным инструментом борьбы с курением являются законы, ограничивающие производство, реализацию и потребление табачных изделий. Такие документы существуют во многих странах мира. В России тоже принят Закон «Об ограничении курения табака», кроме того, РФ присоединилась к рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе с табаком.

В настоящий момент очевидно, что все программы, направленные на профилактику курения табака, оказываются неэффективными. Главными причинами этого, наверное, могут быть несовпадение социальных и экономических эффектов от их реализации: получение

экономической выгоды от продаж табачных изделий всегда будет сопровождаться увеличением их потребителей и, соответственно, снижением приверженности здоровому образу жизни. Исходя из этого следует, что здоровье не имеет здесь своей экономической значимости, а значит, не интересно бизнесу.

Неразрывно связанной с обеспечением здоровья нации является государственная политика в сфере физической культуры и спорта. Понятие здорового образа жизни присутствует в законодательной части, регулирующей деятельность в области физкультуры и спорта. Федеральный закон «О физической культуре и спорте в РФ» определяет экономические и организационные условия для развития как спорта высших достижений, так и массового спорта; вводит право каждого на свободный доступ к физической культуре и спорту; регулирует организацию занятий физической культуры и спортом, деятельность по совершенствованию образовательного и медицинского обеспечения физической культуры и спорта. Кроме того, за СМИ закреплены мероприятия по предоставлению материалов образовательно-просветительного характера, формированию у граждан потребности в занятиях физическими упражнениями, повышению интереса граждан к знаниям в области гигиены, медицины, привлечению внимания государства и широкой общественности к указанным проблемам.

В соответствии с федеральной целевой программой «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006-2015 годы» существенным фактором, определяющим состояние здоровья населения, является поддержание оптимальной физической активности в течение всей жизни каждого гражданина. Целью программы является создание условий для укрепления здоровья населения путем развития инфраструктуры спорта, популяризации массового и профессионального спорта (включая спорт высших достижений) и приобщения различных слоев общества к регулярным занятиям физической культурой и спортом, также широкое информирование населения, с привлечением средств массовой информации, о ценности физической культуры и здоровья.

Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» к основным принципам формирования здоровья относит реализацию программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний, оздоровление среды обитания человека и условий его жизнедеятельности, информирование населения о состоянии здоровья, гигиенической и эпидемиологической обстановке, гигиеническое воспитание и обучение.

Совершенствование гигиенического воспитания населения, пропаганда здорового образа жизни является одним из основных направлений деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. К обязанностям Роспотребнадзора относятся также выявление причин и условий формирования заболеваемости населения и надзор за социальными показателями среды, которые в определенной степени оказывают влияние на состояние здоровья населения. В нормативных документах Роспотребнадзора под здоровым образом жизни понимается только поведенческие факторы (вредные привычки, характер питания, степень физической активности). Хотя в комплексе мероприятий, например, по борьбе с курением и нежелательным потреблением алкоголя, предполагается не только воздействие на поведение индивида в отношении здоровья путем санитарного просвещения, но и усиление государственного санитарно-эпидемиологического надзора за производством и оборотом алкогольной продукции, табака, соблюдением ограничений продажи, рекламы алкогольной продукции, сокращением доступа населения, особенно молодежи к спиртным напиткам.

Наиболее полно функции Роспотребнадзора в области формирования здорового образа жизни представлены в рамках реализации мероприятий по обеспечению здорового питания: создание системы здорового питания детей в организованных коллективах, совершенствование питания учащихся в общеобразовательных учреждениях, образование и обучение различных групп населения в вопросах здорового питания, информационные кампании по формированию у граждан рациона здорового безопасного питания, осуществление мониторинга состояния питания населения.

Таким образом, необходимость формирования здорового образа жизни, гигиенического воспитания населения, а также мониторинга поведенческих факторов риска не только регулярно озвучивается представителями власти и декларируется в стратегических и концептуальных документах, но и входит в число функций конкретных служб. При этом возможности эффективной реализации данных функций блокируются рядом проблем организационного и нормативного характера. К организационным проблемам можно отнести: 1) отсутствие в России действенной информационно-пропагандистской системы повышения уровня знаний различных социальных групп о негативном влиянии факторов риска на здоровье, а также возможностях его снижения; 2) отсутствие систематической, постоянной деятельности, связанной со сбором и анализом информации о степени приверженности населения здоровому образу жизни и направленной на наблюдение за развитием исследуемого объекта с целью оценки эффективности управленческих действий по снижению распространенности поведенческих факторов риска здоровью и созданию условий для ведения здорового образа жизни; 3) отсутствие целостной системы непрерывного профессионального развития в сфере формирования здорового образа жизни (системы повышения квалификации специалистов в сфере формирования здорового образа жизни, единой системы стандартов обучения профилактике заболеваний как на пред-, так и на последипломном уровне и пр.). К нормативным проблемам можно отнести: 1) отсутствие концепции политики в области формирования здорового образа жизни, как на национальном уровне, так и в большинстве регионах РФ; 2) отсутствие комплексных программ обеспечения адекватных условий для ведения здорового образа жизни (как на уровне России, так и на уровне отдельных регионов, территорий), направленных на развитие спортивной, оздоровительной, рекреационной инфраструктуры, повышение ее экономической, транспортной и прочей доступности; 3) отсутствие в большинстве субъектах РФ региональных целевых программ по укреплению здоровья здоровых, профилактике распространения поведенческих факторов риска, формированию здорового образа жизни.

Последняя проблема заслуживает особого внимания, поскольку создание региональных программ по формированию здорового образа жизни имеет большую перспективу, позволяя не только учитывать региональные особенности здоровья, образа жизни населения, но и разрабатывать с учетом принципов многоуровневого и межведомственного подходов, четко поставленные цели и задачи, более подробные механизмы реализации, конкретные ожидаемые эффекты от их реализации. Существенным плюсом таких программ является их явная ориентированность на социальную сферу жизни общества.

### **3. Региональные аспекты сохранения и укрепления здоровья населения**

Формирование региональной политики на уровне субъектов Российской Федерации в условиях трансформирующего общества крайне редко предполагало учет показателей качества жизни и уровня развития человеческого капитала региона. При разработке стратегий устойчивого развития регионов упор делался на экономическое развитие в ущерб целям развития человеческого капитала, что в итоге оказало негативное воздействие на социально-экономическое развитие и территорий, и страны в целом<sup>1</sup>.

Однако региональная политика в целом, и в сфере охраны здоровья, в частности, во многом зависит от федеральной. Повышенное внимание к демографической ситуации в стране, состоянию здоровья работающих граждан, детского населения, проблемам репродуктивного здоровья со стороны представителей федеральной власти (например Президента и Правительства РФ) привело к повышению интереса к проблемам управления здоровьем населения и на региональном уровне – как на уровне макрорегионов (федеральных округов), так и на уровне субъектов федерации. Свидетельство тому – постулирование сохранения и укрепления здоровья граждан в качестве ключевых приоритетов региональной политики, закрепление

---

<sup>1</sup> См., например: *Савченко В.В.* Проблемы регионального развития и человеческий капитал // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета. 2009. № 2 (19). С. 150-156.

ориентации на повышение качества человеческого потенциала в части здоровья в качестве ведущих целей в стратегических региональных документах.

В «Стратегии социально-экономического развития Приволжского федерального округа на период до 2020 г.» (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 165-р) указывается, что «стратегической целью развития Приволжского федерального округа является устойчивое улучшение качества жизни населения». Реализация поставленной цели предусматривает, в частности, обеспечение возможности получения качественной медицинской помощи и создание условий, обеспечивающих для граждан возможность вести здоровый образ жизни. Кроме того, в документе оговаривается, что для улучшения ситуации, связанной с состоянием здоровья граждан, «должен быть обеспечен качественный прорыв в системе здравоохранения», обосновывается необходимость инновационных разработок в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, эффективной системы подготовки и переподготовки медицинских кадров. Одной из основных задач в рамках системы здравоохранения округа обозначается «формирование здорового образа жизни у населения, предусматривающего осуществление мероприятий, направленных на сокращение потребления алкоголя и табака, снижение влияния иных вредных факторов на здоровье населения, в том числе трудоспособного возраста, пропаганду здорового образа жизни и мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье».

Одним из приоритетов развития Сибирского федерального округа, закрепленным в «Стратегии социально-экономического развития Сибири на период до 2020 года» (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 июля 2010 г. № 1120-р), является повышение качества человеческого капитала, предполагающее улучшение здоровья населения и увеличение продолжительности жизни. В «Стратегии...» сделан акцент на необходимости снижения негативного влияния загрязнения окружающей среды на здоровье граждан, интенсификации деятельности по профилактике заболеваний и формированию приверженности населения принципам здорового образа жизни.

В «Стратегии социально-экономического развития Новосибирской области на период до 2025 года» (утверждена постановлением Губернатора Новосибирской области 03.12.2007 № 474») сформулирована стратегическая цель: «формирование предпосылок для улучшения демографической ситуации, ориентированной на рост численности населения с использованием воспроизводственного компонента». Для достижения данной цели предполагается, в частности, преодоление высокого уровня заболеваемости и смертности по социально обусловленным видам заболеваемости (туберкулез, алкоголизм, наркомания, токсикомания, венерические заболевания, СПИД), особенно у молодого населения, а также разработка мер по улучшению репродуктивного здоровья населения, в первую очередь женщин и новорожденных. Кроме того, в «Стратегии...» зафиксирована стратегическая цель развития всей системы охраны здоровья населения в Новосибирской области – «повышение качества и продолжительности жизни населения и укрепление здоровья новых поколений путем объединения усилий всех подсистем жизнеобеспечения региона».

«Стратегия социально-экономического развития Свердловской области на период до 2020 года» (одобрена постановлением Правительства Свердловской области от 29.12.2010 № 1910-ПП) в качестве одной из ведущих целей развития закрепляет «повышение качества и доступности медицинской помощи, улучшение на этой основе показателей здоровья населения, рост средней продолжительности жизни и снижение смертности». Указывается, что достижение указанной цели предполагает сохранение стратегии приоритетного развития здравоохранения в ряду основных направлений деятельности администрации региона. Отметим, что приоритетным направлением в сфере сохранения и укрепления здоровья населения в Свердловской области является «увеличение роли профилактики и ранней диагностики заболеваний, формирование здорового образа жизни».

Главная стратегическая цель развития Нижегородской области, прописанная в «Стратегии социально-экономического развития Нижегородской области на период до 2020 года» (утверждена постановлением Правительства Нижегородской области 21.03.2006), – высокий уровень благосостояния населения и высокие стандарты каче-

ства жизни. Достижение данной цели предполагает, в первую очередь, обеспечение развития системы здравоохранения и инфраструктуры спорта и досуга. В рамках «Стратегии...» Правительство Нижегородской области обязуется уделять особое внимание развитию имеющихся человеческих ресурсов, предполагающее целенаправленную деятельность по снижению смертности, в т.ч. младенческой, противодействию эпидемиям и снижению влияния негативных факторов среды обитания на здоровье граждан.

Во многих субъектах Российской Федерации принимаются законодательные и нормативные правовые акты, региональные программы, направленные на формирование у населения здорового образа жизни и профилактику заболеваний. Так, например, в Республике Татарстан утверждена Концепция формирования социально эффективного здорового образа жизни населения Республики Татарстан на 2009-2011 гг., в Новосибирской области в 2009 г. была принята Концепция «Укрепление здоровья населения, повышение демографического потенциала Новосибирской области, формирование здорового образа жизни и условий его реализации на период до 2015 года», в Свердловской области – Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний на период до 2020 г.

В Республике Карелия еще в 2005 г. была утверждена Республиканская целевая программа «Здоровый образ жизни» на период 2005-2007 годов и до 2010 г. В Республике Марий Эл республиканская целевая программа «Охрана и укрепление здоровья здоровых лиц на 2009-2011 гг.» была принята в 2009 г., тогда же были утверждены региональная целевая программа по формированию здорового образа жизни у жителей Санкт-Петербурга на 2009-2012 годы и областная целевая программа «Пропаганда здорового образа жизни, профилактика табакокурения, алкоголизма среди населения Курской области на 2009 – 2011 годы». Ведомственные целевые программы, направленные на формирование приверженности населения здоровому образу жизни, функционируют на территории Республики Башкортостан, Алтайского края, Ленинградской области и ряда других субъектов РФ.

Таким образом, включение развития человеческого потенциала в число приоритетных стратегических целей социально-экономического развития на ближайшие 10-15 лет большинства российских регионов обусловило повышение внимания к проблемам сохранения и укрепления здоровья населения. Региональная политика в сфере здоровья направлена как на решение проблем здравоохранения (в частности, совершенствования системы предоставления медицинской помощи населению), так и на формирование у населения приверженности принципам здорового образа жизни, развитие мотивации к сбережению собственного здоровья, привитие ценности долголетия.

### *Вопросы и упражнения для самопроверки*

1. Какие глобальные стратегические документы, затрагивающие вопросы сохранения и укрепления здоровья населения, Вы знаете?
2. Что такое «Цели развития тысячелетия»? Какое место проблематика здоровья занимает в Программе «Цели развития тысячелетия»?
3. Ознакомьтесь с целями развития тысячелетия, адаптированными для России. Какие цели, на Ваш взгляд, лежат в области управления здоровьем населения?
4. Проанализируйте выводы четырнадцатого доклада о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. Каковы перспективы достижения целей развития тысячелетия в нашей стране?
5. Проанализируйте текст Послания Президента РФ Федеральному собранию 30 ноября 2010 г. Как в послании затронуты вопросы сохранения и укрепления здоровья населения России?
6. Какие нормативные документы в нашей стране регламентируют деятельность в сфере управления здоровьем населения?
7. Назовите приоритеты государственной политики в сфере управления здоровьем населения.
8. Охарактеризуйте специфику региональной политики в сфере охраны здоровья граждан. Как задача сохранения и укрепления здоровья населения освещается в стратегических региональных документах?

9. Проанализируйте текст какой-либо региональной концепции, направленной на формирование у населения здорового образа жизни (например, текст Концепции «Укрепление здоровья населения, повышение демографического потенциала Новосибирской области, формирование здорового образа жизни и условий его реализации на период до 2015 года»). Какие цели, задачи, приоритетные направления деятельности выделяются в данном документе?

### **Список используемой литературы**

#### *Основной*

Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2010 год / под общей ред. С.Н. Бобылева. М.: ООО «Дизайн-проект «Самолет», 2010. 152 с.

Цели развития тысячелетия и национальные проекты – стратегический выбор России / под ред. Е.В. Погребняка. М.: Институт комплексных стратегических исследований, 2006.

*Щепин О.П., Медик В.А.* Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

#### *Дополнительный*

*Коротков Ю., Вихлянцева О.* Ежегодные послания Президента Российской Федерации Федеральному собранию: 1994-2005 гг. Новосибирск: Сибирское университетское изд-во, 2006.

Регионы России: социокультурные портреты регионов в общероссийском контексте / Институт философии. Центр изучения социокультурных изменений. Научно-координационный совет секции ФСПП ОО РАН «Проблемы социокультурной эволюции России и ее регионов» / сост. и общая ред. Н.И. Лапина, Л.А. Беляевой. М.: Academia, 2009.

Савченко В.В. Проблемы регионального развития и человеческий капитал // Вестник Северо-Кавказского государственного тех-

нического университета. 2009. № 2 (19). С.150-156. *Интернет-ресурсы*

Веб-монитор выполнения ЦРТ. URL: <http://www.mdgmonitor.org/index.cfm> (дата обращения: 06.01.2010).

Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Утверждена Всемирной ассамблеей здравоохранения, резолюция 57.17 от 22 мая 2004 года // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/ru/index.html> (дата обращения: 18.03.2009).

Декларация, принятая на шестьдесят третьей ежегодной Конференция Департамента общественной информации Организации Объединенных Наций для неправительственных организаций «Повышение эффективности здравоохранения повсюду в мире: достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия». URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/592/55/PDF/N1059255.pdf?OpenElement> (дата обращения: 13.04.2010).

Деятельность ООН в области здравоохранения. URL: <http://www.un.org/ru/development/health/index.shtml> (дата обращения: 27.01.2009).

Деятельность ООН по борьбе с ВИЧ/СПИДом. URL: <http://www.un.org/ru/aids/> (дата обращения: 21.08.2010).

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=90601;fld=134;dst=4294967295;from=82134-0> (дата обращения: 10.01.2010).

Повестка дня на XXI век (Принята Конференцией ООН по окружающей среде и развитию, Рио-де-Жанейро, 3–14 июня 1992 года). URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/agenda21.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/agenda21.shtml) (дата обращения: 22.09.2009).

## ПОСЛЕСЛОВИЕ

Кардинальные изменения, динамика, неустойчивость, которые характеризует общество начала XXI в., требуют принципиально новых подходов к его изучению. Парадигма междисциплинарности, обусловленная интенсивными процессами глобализации, интернационализации и информатизации общества, колоссальным антропогенным воздействием на окружающую природную среду, изменением отношения человека и природы, диктует сближение предмета естественных и общественных наук. Социология более не является обособленной дисциплиной. Для успешной реализации ею познавательных и практических необходим новый взгляд на реальность современного мира, природу социальных процессов и значение человеческой природы, что возможно только в тесном сотрудничестве с другими науками.

Важно отметить, что междисциплинарный подход является основополагающим в системе профессиональной подготовки специалиста-социолога; ориентированная на дисциплинарное разграничение знания в виде отдельных предметных областей традиционная модель образования не отвечает реальностям современного мира. Полноценное изучение объекта социальной науки требует привлечения теоретико-методологического багажа других наук (не только социально-экономических, гуманитарных, но и естественных). Следует признать, что сдерживание развития социологической науки дисциплинарными рамками непродуктивно.

Социология здоровья – яркий пример социологической субдисциплины, базирующейся на принципах междисциплинарности, демонстрирующей новый подход к осмыслению взаимоотношений мира социального и мира природного. Биосоциальная (дуальная) природа человека, полидетерминизм и многоаспектность его здоровья как на индивидуальном, так и на общественном уровне потребовали обращения к результатам как социологических, так и медицинских, биологических и прочих исследований.

Учебное пособие «Социология здоровья» – это попытка авторов утвердить в теории и практике относительно новую для российской социологической традиции отрасль и новую учебную дисциплину. Многие темы и проблемы, затрагиваемые в книге, не получили должного обоснования. Так, за рамками пособия во многом остались коммуникации в сфере здоровья, предполагающие исследование взаимоотношений врачей, их клиентов, референтных фигур и т.п., социальные аспекты эпидемий и пандемий (в частности пандемии ВИЧ), вопросы инвалидности и др. Авторы попытались сконцентрировать свое внимание, во-первых, на наиболее типичных, во-вторых, наиболее актуальных проблемах социологии здоровья, что ничуть не умаляет значимость иных, в том числе обозначенных выше вопросов.

Авторы надеются получить отклики, советы и предложения по дальнейшему совершенствованию программы, логики изложения материала, аргументации освещаемых вопросов по адресу: 614090, г. Пермь, ул. Букирева, 15, Пермский государственный университет, кафедра социологии и политологии; электронная почта [socio-rsu@yandex.ru](mailto:socio-rsu@yandex.ru). Авторы уверены, что отзывы читателей позволят сделать еще один шаг по пути создания более совершенного учебника «Социология здоровья» в следующем издании, в котором нуждаются учреждения высшего образования, ведущие подготовку специалистов и магистров по направлению «Социология».

## ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО КУРСУ

### ТЕМА 1. ЗДОРОВЬЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КАТЕГОРИЯ. ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

1. *В рамках какого направления человек является социальным существом, его развитие всецело определяется социумом?*

- а) Биологический подход к сущности человека.
- б) Современное представление о биосоциальной сущности человека.
- в) Марксистско-ленинское учение о человеке.
- г) Социокультурный подход к рассмотрению сущности человека.

2. *Дайте определение понятию популяционное здоровье.*

а) Состояние полного социального, биологического и психического благополучия, когда функции всех органов и систем организма человека уравновешены с окружающей средой.

б) Проявление жизни состояния равновесия его отпавлений составляет нормальную или здоровую жизнь.

в) Естественное состояние организма, характеризующееся его полной уравновешенностью с биосферой и отсутствием каких-либо выраженных болезненных изменений.

г) Условное статистическое понятие, которое достаточно полно характеризуется комплексом демографических показателей, уровнем физического развития, заболеваемостью и частотой преморбидных состояний, инвалидностью определенной группы населения.

3. *Кто впервые в России обратился к проблеме здоровья крепостных крестьян?*

- а) М. Ломоносов.
- б) Л. Поляков.
- в) А. Толор.
- г) В.Татищев.

4. *В чем состоит недостаток в определении понятия здоровья Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов»?*

а) Понятие болезни носит субъективный характер и требует четкого определения.

б) Данное определение не учитывает действия социальных и биологических функций организма.

в) Исходя из этого определения, найти практически здорового человека невозможно.

г) Это определение условное и статистическое, а не характеристика уровня здоровья конкретного человека.

5. *Укажите период становления социологии здоровья как самостоятельной дисциплины за рубежом (Западная Европа, Северная Америка).*

а) 1920-е гг.

б) 1950-е гг.

в) 1970-е гг.

г) 1990-е гг.

6. *В рамках какого подхода здоровье определяется как «нулевая степень болезни»?*

а) Патоцентрический.

б) Нормоцентрический.

в) Феноменологический.

г) Экзистенциальный.

7. *В чем состоит специфика рассмотрения здоровья в рамках социального подхода?*

а) Здоровье определяется через отсутствие телесных и душевных болезней.

б) Акцент делается на изучении общественного здоровья.

в) Здоровье для человека – это возможность для реализации его потенциала.

г) Здоровье является универсальной человеческой ценностью.

8. *Что является отличительной особенностью современного гуманитарного подхода в определении здоровья человека является?*

- а) Выбор стратегии сохранения здоровья определяется социумом.
- б) Выбор стратегии сохранения здоровья определяется социокультурными факторами.
- в) Выбор стратегии сохранения здоровья определяется нормами и ценностями социальной группы.
- г) Выбор стратегии сохранения здоровья определяется самим человеком.

## **ТЕМА 2. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ**

1. *Что является предметом изучения социальной медицины?*

- а) Закономерности влияния экономических условий, факторов и образа жизни людей на здоровье населения.
- б) Закономерности влияния социальных факторов на здоровье человеческих коллективов.
- в) Закономерности здоровья во времени, в пространстве, среди различных групп населения в связи с воздействием условий и образа жизни, факторов внешней среды.
- г) Влияние социальных факторов на заболеваемость и смертность.

2. *Определите сущность здоровья как медико-социальной категории?*

- а) Здоровье зависит от экономического состояния общества.
- б) Здоровье является важным фактором успешного общественного развития.
- в) Оценка здоровья ведется на основании субъективных данных о состоянии здоровья населения в целом или отдельных социальных групп.
- г) Здоровье определяется факторами социальной природы (условия и образ жизни).

*3. Назовите социальные детерминанты здоровья?*

- а) Социальные факторы, которые определяют взаимосвязь индивида с окружающей средой.
- б) Социальные факторы, которые способствуют реализации индивидом своей жизнедеятельности.
- в) Социальные факторы, которые определяют уровень адаптации здоровья индивида в обществе.
- г) Социальные факторы, которые определяют тот или иной уровень здоровья индивида, социальной группы, общества в целом.

*4. Что определяют социальные различия в состоянии здоровья населения внутри стран и между странами?*

- а) Социальный градиент здоровья.
- б) Социальные детерминанты здоровья.
- в) Социальное поведение в сфере здоровья.
- г) Социальные факторы здоровья.

*5. Какой элемент не входит в категорию «отношение к здоровью»?*

- а) Оценка состояния здоровья.
- б) Восприятие здоровья.
- в) Активность человека в условиях окружающей среды.
- г) Деятельность по сохранению здоровья.

*6. Индивидуальные особенности поведения человека в отношении здоровья – это?*

- а) Здоровый образ жизни.
- б) Здоровый стиль жизни.
- в) Самосохранительное поведение.
- г) Рискогенное поведение.

*7. Кто является автором теории, согласно которой здоровье от болезни можно отличить с помощью объективного критерия, внутренне присущего фактам?*

- а) Э. Дюркгейм.
- б) Т. Парсонс.
- в) Э. Гоффман.
- г) П. Бурдьё.

8. Как Т. Парсонс определяет «роль больного» в обществе?

- а) Девиантное поведение, которое согласовано с нормальной общественной деятельностью.
- б) Девиантное поведение, при котором больной отказывается от помощи врача.
- в) Девиантное поведение, которое способствует укреплению стабильности общества.
- г) Девиантное поведение, которое позволяет индивиду иметь особые привилегии в обществе.

### **ТЕМА 3. СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ОТРАСЛЕВАЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСЦИПЛИНА**

1. *Что является объектом социологии здоровья?*

- а) Потенциальная деятельность индивида и социальных групп, направленная на сохранение здоровья индивида и общества в целом.
- б) Многообразие реальных проявлений бытия индивида и коллективов людей, обеспечивающее поддержание и воспроизводство здоровья.
- в) Закономерности и механизмы формирования и поддержания здоровья.
- г) Механизмы социальной обусловленности здоровья и его места в системе социокультурных ценностей.

2. *Социальные условия и детерминанты здоровья, социальные механизмы формирования, сохранения и укрепления здоровья на индивидуальном и популяционном уровнях являются?*

- а) Объектом социологии здоровья.
- б) Предметом социологии здоровья.
- в) Факторами здоровья.
- г) Методами изучения здоровья.

3. *На каком этапе развития социологии здоровья проводились интенсивные прикладные исследования, разрабатывался инструментарий для их проведения:*

- а) На первом.
- б) На втором.

- в) На третьем.
- г) На четвертом.

4. Как назывался первый журнал, посвященный социальным аспектам здоровья и здравоохранения в России:

- а) Социология здоровья.
- б) Социологический журнал.
- в) Социологические исследования,
- г) Социология медицины.

5. Начало активного процесса институализации социологии здоровья России относится к периоду?

- а) 1960-е гг.
- б) 1970-е гг.
- в) 1980-е гг.
- г) 1990-е гг.

6. Назовите особенность институализации отечественной социологии здоровья в настоящее время?

- а) Отсутствие публикаций, посвященных социальным аспектам здоровья.
- б) Рост числа монографий по социологическим проблемам здоровья и здравоохранения.
- в) Большое количество периодических изданий по социологическим проблемам здоровья.
- г) Закрепление социологии здоровья как учебной дисциплины в системе высшего профессионального образования.

7. Какая отраслевая социологическая дисциплина, анализируя рекреационную деятельность различных социальных групп, использует методы социологии здоровья?

- а) Социология досуга.
- б) Социология труда.
- в) Гендерная социология.
- г) Социология семьи.

8. *В чем выражается междисциплинарность социологии здоровья?*

- а) Использование компаративного анализа в социологии здоровья и других теориях среднего уровня.
- б) Сетевое сотрудничество ученых разных стран в рамках проблем здоровья и продолжительности жизни.
- в) Общее предметное поле с медицинскими и другими отраслевыми социологическими теориями.
- г) Наличие равнозначных индикаторов социологии здоровья.

#### **ТЕМА 4. МНОГОФАКТОРНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЯ**

1. *На эту группу факторов приходится 50% общего числа факторов, детерминирующих здоровье?*

- а) Генетика, биология человека.
- б) Состояние окружающей среды.
- в) Качество и уровень развития медицинского обеспечения.
- г) Условия и образ жизни человека.

2. *Что из нижеперечисленного не является факторами устойчивости, влияющими на здоровье человека?*

- а) Гиподинамия.
- б) Здоровая наследственность.
- в) Медицинский скрининг.
- г) Экологически благоприятная среда обитания.

3. *Для объяснения связей факторов риска и здоровья правомерно использование?*

- а) V-образной связи.
- б) U-образной связи.
- в) W-образной связи.
- г) Z-образной связи.

4. *Факторы, влияющие на здоровье, – это?*

- а) Комплекс причин и условий, обеспечивающих сохранение здоровья, не связанный с факторами потери здоровья.
- б) Комплекс причин и условий, обеспечивающий сохранение или потерю здоровья.

- в) Верны варианты а и б.
- г) Варианты а и б не верны.

*5. Назовите факторы, обуславливающие здоровье человека на современном этапе развития общества?*

- а) Социальные факторы.
- б) Экономические факторы.
- в) Природные факторы.
- г) Биологические факторы.

*6. Назовите факторы, обуславливающие здоровье, порожденное внутренним развитием человеческого организма?*

- а) Гомогенные факторы.
- б) Гетерогенные факторы.
- в) Экзогенные факторы.
- г) Эндогенные факторы.

*7. Сочетанное действие факторов риска на здоровье человека – это?*

- а) Зависимость социальных факторов риска от химических, физических и биологических факторов.
- б) Ситуативное воздействие химических, физических и биологических факторов на здоровье человека.
- в) Последовательное воздействие химических, физических и биологических факторов на здоровье человека.
- г) Одновременное воздействие нескольких факторов на здоровье человека.

*8. С чем связано увеличение средней продолжительности жизни человека?*

- а) С возможностью воздействия науки на эндогенные факторы смертности.
- б) С резким увеличением уровня экономического развития общества.
- в) С изменением «факторов среды обитания».
- г) С усилением роли экзогенных факторов в области сохранения здоровья.

## ТЕМА 6. ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

1. Совокупность нескольких различных и взаимосвязанных видов социальной активности – это?

- а) Образ жизни.
- б) Стилъ жизни.
- в) Здоровый образ жизни.
- г) Здоровый стилъ жизни.

2. В рамках какого подхода здоровый образ жизни определяется как интегральный показатель культуры и социальной политики общества?

- а) Психолого-педагогического.
- б) Медико-биологического.
- в) Философско-социологического.
- г) Социально-психологического.

3. Какой из компонентов не входит в структуру категории здоровый образ жизни?

- а) Объективные общественные условия.
- б) Конкретные формы жизнедеятельности, позволяющие реализовать здоровый образ жизни.
- в) Система ценностных ориентаций, направляющих сознательную активность.
- г) Адаптивные возможности организма.

4. В чем состоит специфика здорового образа жизни молодежи?

- а) Поведение молодежи должно быть осознанным и целенаправленным.
- б) Поведение молодежи предусматривает использование материальных и духовных условий, благотворно влияющих на сохранение здоровья.
- в) Поведение формирует ценностные ориентации здоровьесберегающей деятельности.
- г) Верно все перечисленное.

5. Система действий и отношений, направленная на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла – это?

- а) Самосохранительное поведение.
- б) Здоровый образ жизни.
- в) Здоровый стиль жизни.
- г) Девиантное поведение.

6. Назовите факторы, обуславливающие отношение индивида к своему здоровью.

- а) Качество окружающей среды.
- б) Уровень медицинского обслуживания.
- в) Потребность в физической активности.
- г) Верно все перечисленное.

7. Назовите ценностные ориентации самосохранительного поведения.

- а) Биологические ориентации.
- б) Психологические ориентации.
- в) Социальные ориентации.
- г) Верно все перечисленное.

8. Самооценка человека своего физического и психического состояния является фактором?

- а) Отношения индивида к своему здоровью.
- б) Медицинской информированности индивида о своем здоровье.
- в) Системы ценностных ориентаций индивида, сформированной в рамках социальной группы.
- г) Продолжительности жизни индивида.

## **ТЕМА 7. ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ ИНДИВИДА И ОБЩЕСТВА**

1. Кто впервые в научный оборот ввел понятие «отношение к здоровью»?

- а) Э. Дюркгейм.
- б) А. Антонов.
- в) И. Журавлева.
- г) Л. Шилова.

2. Система мнений и социальных норм, существующих в обществе, направленных на изменение состояния здоровья населения, – это?

- а) Отношение к здоровью на уровне личности.
- б) Отношение к здоровью на уровне социальных групп.
- в) Отношение к здоровью на уровне государства.
- г) Отношение к здоровью на уровне общества.

3. Назовите автора методики ценностных ориентаций, в которой категория ценности оказывает непосредственное влияние на поведение и установки индивидов.

- а) М. Рокич.
- б) Т. Парсонз.
- в) Т. Абель.
- 4) Э. Фром.

4. Назовите социальный институт, который формирует отношение к здоровью?

- а) Государство.
- б) Образование.
- в) Семья.
- г) Верно все перечисленное.

5. Понятие «локус контроля» – это?

- а) Понятие, отражающее склонность человека приписывать причины событий внешним или внутренним факторам.
- б) Реакция человека на воздействие внешних и внутренних раздражителей.
- в) Неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование внешней среды.
- г) Процесс самопознания человеком внутренних психических актов и состояний.

6. Субъективная оценка человеком своего здоровья?

- а) Самооценка человеком самого себя, своих возможностей и качеств.
- б) Реальный показатель здоровья человека.
- в) Детерминанта в прогнозировании поступков человека.
- г) Верно все перечисленное.

7. *Осуществление индивидом определенной деятельности с целью достижения физического здоровья – это?*

- а) Физическая культура.
- б) Физическая активность.
- в) Физические упражнения.
- г) Физическая нагрузка.

8. *В чем состоит значение физической культуры в формировании здоровья человека?*

- а) Средства физической культуры развивают физические качества человека.
- б) Физическая культура формирует грамотное отношение человека к своему телу.
- в) Физическая культура способствует воспитанию моральных и волевых качеств.
- г) Верно все перечисленное.

## **ТЕМА 8. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ЧАСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ОБЩЕСТВА**

1. *Макроподход в изучении здравоохранения как социального института?*

- а) Изучает взаимодействие различных социальных групп и индивидов.
- б) Изучает роль и место социального института в социальной системе.
- в) Изучает регулятивные процессы внутри социального института.
- г) Верно все перечисленное.

2. *Назовите характеристики здравоохранения как социального института?*

- а) Здравоохранение имеет длительную историю, которая отражает развитие конкретных социальных потребностей личности, организаций, общества в сохранении здоровья людей.
- б) Имеет систему специфических норм и предписаний.
- в) Имеет сложное организационное оформление.
- г) Верно все перечисленное.

3. Где прослеживается здравоохранительная деятельность в системе образования?

- а) В посещении школьного врача.
- б) В посещении детской поликлиники.
- в) Верны варианты а и б.
- г) Варианты а и б не верны.

4. Медицинская активность членов семьи, направленная на сохранение их здоровья, включает?

- а) Использование средств традиционной и народной медицины.
- б) Умение обходиться без медицинских рекомендаций.
- в) Критически относиться к оказанию первой доврачебной помощи.
- г) Верно все перечисленное.

5. С чем связана организация оздоровительной деятельности в сфере труда?

- а) С повышением ответственности работодателя за соблюдение санитарных норм.
- б) С повышением ответственности самих сотрудников за соблюдение санитарных норм.
- в) Верны варианты а и б.
- г) Варианты а и б не верны.

6. Назовите недостатки государственной системы здравоохранения экономически развитых стран (на примере Великобритании).

- а) Нехватка современного оборудования.
- б) Нехватка новейших медицинских учреждений.
- в) Очереди на госпитализацию.
- г) Верно все перечисленное.

7. Система здравоохранения США является примером?

- а) Государственной системы здравоохранения.
- б) Страховой системы здравоохранения.
- в) Частнопредпринимательской системы здравоохранения.
- г) Централизованной системы здравоохранения.

8. Назовите основные проблемы современного здравоохранения в России?

а) Медикализация, доступность услуг, поздняя обращаемость населения за медицинскими услугами.

б) Отсутствие самоуправления в медицинских учреждениях, медикализация, доступность услуг.

в) Поздняя обращаемость населения за медицинскими услугами, проблема «медицинских кочевников», медикализация.

г) Не соответствие медицинской помощи должностным стандартам, доступность услуг, поздняя обращаемость населения.

## **ТЕМА 9. МЕДИЦИНА КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ**

1. Рассмотрение медицины как социального института связано с:

а) Изучением медицины наряду с другими социальными институтами общества.

б) Изучением воздействия общества на развитие медицины.

в) Изучением медицины как социальной системы с ее социальными связями и социальными отношениями.

г) Верно все перечисленное.

2. Назовите измерения медицины как социального института.

а) Ценности медицины, символы медицины, система профессионального образования.

б) Ценности медицины, статусы и роли медицины, система профессиональной стратификации.

в) Верны варианты а и б.

г) Варианты а и б не верны.

3. Комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний это:

а) Первичная профилактика.

б) Вторичная профилактика.

в) Третичная профилактика.

г) Варианты а, б, в не верны.

*4. Общественная медицинская профилактика – это:*

а) Медицинская деятельность по изучению распространенности в обществе болезней, инвалидности, причин смертности с целью обоснования мер профилактики и лечебных мероприятий.

б) Медицинская деятельность по изучению, разработке и внедрению в повседневную индивидуальную жизнь гигиенических знаний, принципов сохранения и укрепления здоровья.

в) Варианты а и б верны

г) Варианты а и б не верны

*5. Государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза – это:*

а) Диспансеризация.

б) Государственный контроль за исполнением санитарного законодательства.

в) Санитарно-эпидемиологический надзор.

г) Социально-гигиенический мониторинг.

*6. Функция адаптации по Т.Парсонсу применительно к институту медицинского обслуживания проявляется в:*

а) Профессионализации функций медицины и разделении труда.

б) Распределении ролей «врач-пациент».

в) Координации деятельности медицинских учреждений.

г) Социальном контроле желательного поведения участников института медицинского обслуживания.

*7. Строго соблюдаемые обычаи в сфере здоровья, сопровождающие оценкой общества правильности и неправильности это:*

а) Обычаи.

б) Установки.

в) Нравы.

г) Ценности.

8. Назовите социальный институт, который наряду с медицинской способствует развитию общества, его благосостояния и связан с лечением духовной составляющей личности.

- а) Религия.
- б) Образование.
- в) Семья.
- г) Физическая культура.

## **ТЕМА 10. УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ**

1. Где впервые были обозначены общие и специфические проблемы выживания, экологической безопасности и устойчивого развития цивилизации?

- а) В «Целях Развития Тысячелетия», 2000 г.
- б) В «Повестке дня на 21 век», 1992 г.
- в) В «Декларации Тысячелетия ООН», 2000 г.
- г) В «Докладе о развитии человеческого потенциала», 2005 г.

2. Сколько основных целей было сформулировано в программе «Цели развития тысячелетия» на Генеральной Ассамблее ООН в 2000 г.?

- а) Три.
- б) Пять.
- в) Восемь.
- г) Десять.

3. Назовите 3 цели программы «Цели развития тысячелетия», которые относятся к сфере охране здоровья.

- а) Улучшение охраны материнства, сокращение детской смертности, борьба с ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями.
- б) Обеспечение равенства полов, улучшение охраны материнства, мониторинг состояния питания населения.
- в) Сокращение детской смертности, улучшение качества окружающей среды, санитарно-эпидемиологический надзор за производством табака и алкоголя.
- г) Борьба с ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями, сокращение сверхсмертности мужчин, улучшение репродуктивного здоровья населения.

4. *Определите приоритетную национальную задачу Российской Федерации на государственном уровне.*

- а) Пропаганда здорового образа жизни населения.
- б) Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями.
- в) Изменение сознания и поведения в отношении здоровья населения.
- г) Совершенствование охраны здоровья населения.

5. *Назовите организационную проблему эффективного функционирования служб по охране здоровья населения.*

- а) Отсутствие в большинстве субъектах РФ региональных целевых программ.
- б) Отсутствие непрерывного профессионального развития в сфере формирования здорового образа жизни.
- в) Узкая направленность профилактических мероприятий по изменению поведения в отношении здоровья.
- г) Верно все перечисленное.

6. *Определите специфику создания региональных программ по укреплению здоровья населения.*

- а) Региональные программы разрабатываются с учетом принципов многоуровневого и межведомственного подходов.
- б) Региональные программы ориентированы на социальную сферу жизни общества.
- в) Верны варианты а и б.
- г) Варианты а и б не верны.

7. *Что способствовало росту внимания к проблеме сохранения здоровья на уровне регионов?*

- а) Включение развития человеческого потенциала в число приоритетных задач социально-экономического развития регионов.
- б) Обоснование экономической целесообразности укрепления здоровья населения регионов.
- в) Качественный прорыв в системе здравоохранения регионов.
- г) Верно все перечисленное.

8. *Определите основные направления региональной политики в сфере здоровья.*

- а) Решение проблем здравоохранения.
- б) Формирование принципов здорового образа жизни населения.
- в) Привитие ценности долголетия.
- г) Верно все перечисленное.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО КУРСУ

1. Объект и предмет социологии здоровья.
2. Роль и место социологии здоровья в системе социального знания.
3. Институционализация социологии здоровья.
4. Концепция биосоциальной природы человека.
5. Подходы к определению понятия «здоровье». Индивидуальное и общественное здоровье.
6. Здоровье как медико-социальная, социально-экономическая и социально-политическая категория.
7. Сущность социологического подхода к анализу здоровья.
8. Становление и развитие социологического изучения здоровья за рубежом и в России.
9. Многофакторная модель обусловленности: экзогенные и эндогенные факторы.
10. Классификация и структура факторов, формирующих здоровье человека.
11. Понятие сочетанности воздействия факторов на здоровье человека.
12. Проблема социальной обусловленности здоровья: основные направления социологического изучения.
13. Социальные факторы, формирующие здоровье населения: сущность и типология.
14. Модель влияния социальных факторов на здоровье человека.
15. Понятие «здоровый образ жизни». Компоненты здорового образа жизни.
16. Влияние образа жизни на здоровье различных социальных групп.
17. Физическая культура как фактор формирования здоровья человека.
18. Отношение к здоровью на различных уровнях общественной системы.

19. Субъективная оценка здоровья и факторы ее детерминации.
20. Самосохранительное поведение индивида: понятие и факторы.
21. Особенности самосохранительного поведения современной молодежи.
22. Здравоохранение как система институтов, осуществляющих функции охраны и поддержания здоровья.
23. Здравоохранительная деятельность в сфере семьи, образования, труда.
24. Социальные проблемы современного здравоохранения в России и за рубежом.
25. Основные измерения медицины как социального института.
26. Структура и функции медицины как социального института.
27. Взаимодействие медицины с другими социальными институтами.
28. Сохранение здоровье населения как глобальная стратегическая задача.
29. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни в контексте государственной политики Российской Федерации.
30. Региональные аспекты сохранения и укрепления здоровья населения.

## РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### *Учебники и учебные пособия*

1. Давиденко Д.Н., Щедрин Ю.Н., Щеголев В.А. Здоровье и образ жизни студентов / Под общ. ред. проф. Д.Н. Давиденко: учебное пособие. СПб.: СПбГУИТМО, 2005. 124 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов медицинских вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. М.: Медицина, 2002.
4. Решетников А.В., Шаповалова О.А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины: учебное пособие для вузов. М.: Гэотар-Медиа, 2008.
5. Физическая культура студента: учебник / под ред. В. И. Ильинича. М.: Гардарики, 2000.
6. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

### *Монографии, главы в коллективных монографиях*

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997.
2. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. М.: Финансы и статистика, 1984.
3. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, КДУ, 2006.
4. Гурвич И.Н. Социально-психологические факторы здоровья // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2000. 361-405.
5. Дмитриева Е.В. Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.
6. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2010 год / под общей ред. С.Н. Бобылева. М.: ООО «Дизайн-проект «Самолет», 2010. 152 с.

7. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006.

8. *Журавлева И.В.* Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество / под ред. В.А. Ядова. М.: Изд-во «КАНОН-пресс-Ц», 2001. С. 506-519.

9. *Журавлева И.В., Лакомова Н.В.* Факторы здоровья // Демографическое развитие России и его социально-экономические последствия. М.: ИС РАН, 1994.

10. *Иванова Л.Ю.* Самосохранительное поведение и его гендерные особенности // Россия реформирующаяся: ежегодник – 2005 / Отв.ред. Л.М. Дробижева. М.: Институт социологии РАН, 2006. С. 110-133.

11. *Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И.* Социология медицины. Киев, 1981.

12. *Калью П.И.* Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация // ВНИИМИ. 1988. 69 с.

13. *Козина Г.Ю.* Концептуальная модель воздействия социальных факторов на формирование здоровья человека // X Социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов: межвуз. сб. науч. тр. Пенза, Пензенский гос. пед. ун-т. 2008. 176 с.

14. *Коротков Ю., Вихлянцев О.* Ежегодные послания Президента Российской Федерации Федеральному собранию: 1994-2005 гг. Новосибирск: Сибирское университетское изд-во, 2006.

15. *Лисицын Ю.П., Сахно А.В.* Здоровье человека – социальная ценность. М.: Мысль, 1988.

16. *Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э.* Общественное здоровье и здравоохранение. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

17. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. М., 2007.

18. *Парсонс Т.* О социальных системах. М.: Академический проект, 2002.

19. Регионы России: социокультурные портреты регионов в общероссийском контексте / Институт философии. Центр изучения социокультурных изменений. Научно-координационный совет секции

ФСПП ООО РАН «Проблемы социокультурной эволюции России и ее регионов» / сост. и общ. ред.: Н.И. Лапин, Л.А. Беляева. М.: Academia, 2009.

20. *Решетников А.В., Ефименко С.А.* Социология пациента: монография. М., 2008.

21. Российское здравоохранение: Мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый ин-т социальной политики, 2008. С.18-66.

22. Социология быта, здоровья и образа жизни населения / Л. Гордон, А. Возьмитель, И. Журавлева, Э. Клопов, Н. Римашевская, В. Ядов // Социология в России / под ред. В.А. Ядова. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: Изд-во Института социологии РАН, 1998.

23. *Стародубов В.И., Соболева Н.П., Лукашев А.М.* Управляемые факторы риска в профилактике заболеваний. М., 2003.

24. *Фромм Э.* Здоровое общество. М.: АСТ, Транзиткнига, 2005.

25. *Хабибуллин К.Н., Волков Г.Л., Уткин Н.М.* Социология здоровья, риска и болезни. СПб.: Петрополис, 2004.

26. Цели развития тысячелетия и национальные проекты – стратегический выбор России / под ред. Е.В. Погребняка. М.: Институт комплексных стратегических исследований, 2006.

27. *Шабунова А.А.* Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010.

28. *Шилова Л.С.* Реформы здравоохранения как источник новых рисков для здоровья // Социологические координаты риска / Под ред А.В.Мозговой. М.: ИС РАН, 2008.

29. *Шушунова Т.Н.* Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ: (на примере минских вузов). Минск, 2010. 184 с.

#### *Статьи, тезисы, материалы конференций*

1. *Аджиенко В.Л.* Фармакосociология – новое направление социологии медицины // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области: научно-практический журнал. 2008. № 2. С. 4-7.

2. *Батуев А.С., Соколова Л.В.* О соотношении биологического и социального в проблеме человека // Вопросы психологии. 1994. №1. С. 81-92.

3. *Белова Н.И.* Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи // Социологические исследования. 2008. № 4. С. 84–86.

4. *Бенедиктов Д.Д.* Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987.

5. *Бурганова Л.А.* Медиализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации // Социологические исследования. 2009. № 8. С. 100-107.

6. *Верхименко Ю.В.* Социологическая интерпретация здоровья // Социальные проблемы. 2008. №1. С. 37-44.

7. *Гареева И.А.* Роль социальных детерминант в общественном здоровье // Власть и управление на Востоке России. Хабаровск, 2009. № 2. С. 114-121.

8. *Горовая В.И., Петрова Н.В.* Идея системности в определении понятия здоровья // Философские науки. 2006. № 3. С. 25-27.

9. *Гуревич К.Г., Газина Д.Н.* Принципы организации и проведения профилактических программ // Медицинская помощь. 2009. № 1. С. 3-6.

10. *Димов М.В.* Здоровье как социальная проблема // Социально-гуманитарные знания. 1999. № 6. С. 170–185.

11. *Дмитриева Е.В.* От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 51-56.

12. *Журавлева И.В.* Самоохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. 2000. №5. С.66-74.

13. *Искаков А.Ж., Боев В.М., Засорин Б.В.* Оценка риска для здоровья населения факторов окружающей среды // Гигиена и санитария. 2009. № 1. С. 1.

14. *Кислицына О.Я.* Социально-экономические детерминанты здоровья россиян // Народонаселение. 2007. № 2. С. 24-37.

15. *Кобяков Ю.П.* Двигательная активность студентов: структура, нормы, содержание // Теория и практика физической культуры. 2004. №5. С. 44-46.

16. *Ковалева А.А.* Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. 11. № 2. С. 179-191.

17. *Козина Г.Ю.* Здоровье в ценностном мире студентов // Социологические исследования. 2007. N 9. С.147-149.

18. *Колесникова И.С.* Новации в социологии медицины и здоровья // Социологические исследования. 2008. № 4. С. 89-91.

19. Комплексная оценка воздействия на здоровье различных факторов (обзор) / К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, Ю.Е. Абросимова, Н.А. Шибков, Р.К. Шахраманова // Профилактическая медицина. 2008. № 6.

20. *Кром И.Л.* Объективизация оценки функционирования института медицинского обслуживания // Социальная политика и социология. 2009. № 2. С. 132-138.

21. *Лебедева-Несевря Н.А., Кирьянов Д.А., Барг А.О.* Оценка сочетанного воздействия социальных и производственных факторов риска на здоровье работников предприятия порошковой металлургии по результатам эпидемиологических исследований // Здоровье населения и среда обитания (ЗНиСО). 2010. 11 (212). С. 44-46.

22. *Лисицын Ю.П.* Обусловленность общественного здоровья // Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения: материалы науч. конф. М., 1997. Ч. 2. С.139–140.

23. *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. №11. С. 57-69.

24. *Назарова И.Б.* Субъективные и объективные оценки здоровья населения // Социологический журнал. 1998. № 3/4. С. 246-249.

25. *Неверкович С.Д.* Мониторинг резервов физического здоровья и работоспособности молодежи России // Школа здоровья. 2000. Т. 7.С. 58-63.

26. *Паначев В.Д.* Исследование факторов здорового образа жизни студентов // Социологические исследования. 2004. № 11. С.98-99.

27. *Пасечник Л.В.* Оптимизация двигательной активности как условие сохранения здоровья // Теория и практика физической культуры. 2007. №11. С.68-70.

28. *Рагимова О.А.* Социальное здоровье молодого поколения // Социально-гуманитарные знания. 2008. № 1. С.118-128.

29. *Рагимова О.А.* Теоретические основы определения понятия здоровья / О. А. Рагимова // Известия Саратовского университета. Новая серия, Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2009. № 2. С. 41-47.

30. Рак репродуктивных органов: эпидемиология, факторы риска / Л.Ф. Писарева, А.А. Мельник, И.Н. Одинцова, Н.А. Мартынова // Сибирский онкологический журнал. Томск, 2003. №1. С.56-71.

31. *Русакова Н.Л., Панова Л.В.* Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения // Журнал социологии и социальной антропологии. 2002. №4. С.147-163.

32. *Савченко В.В.* Проблемы регионального развития и человеческий капитал // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета, 2009 № 2 (19). С.150-156. *Самородская И.* Профилактическое лечение и доказательная медицина: далеко не все мероприятия по предупреждению заболеваний можно считать оправданными // Медицинская газета. 2009. № 15. С. 11.

34. *Сидорина Т.Ю., Сергеев Н.В.* Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России. 2001. №2. С.67-92.

35. *Соломонов В.А.* Субъективная модель здоровья // Сборник научных трудов СевКавГТУ. Серия «Гуманитарные науки». 2010. № 8.

36. *Сочнев А.В.* Поведенческие факторы здоровья молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2007. №1 (6). С.113-117.

37. Социологический мониторинг в оценке профилактических мероприятий / А.И. Мазус [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №3. С. 32-34

38. *Тапилина В.С.* Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. 2004. №3. с. 126-137.

39. *Федоров А.И.* Отношения подростков к здоровью: социологический анализ // Образование и наука. 2008. №1 (49). С.91-96.

40. *Шклярук В.Я.* Самосохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования. 2008. № 10. С.139-142.

41. *Штайнкамп Г.* Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. II. Вып. 1.

42. *Щепин О.П., Коротких Р.В., Трегубов Ю.Г.* Профилактика XXI века: анализ концептуальных подходов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №4. С.3-7.

#### *Диссертации и авторефераты диссертаций*

1. *Кесаева Р.Э.* Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе: дис.... д-ра социол. наук: 14.00.52 Волгоград, 2006

2. *Мунаев Р.В.* Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России: автореф. дис.... канд. социол. наук: 22.00.04. М., 2008.

3. *Тимченко Н.С.* Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала XXI века: проблемы и пути их решения: автореф. дис. д-ра социол. наук: 22.00.06. Барнаул, 2007.

4. *Черкасова А.Е.* Институциональное взаимодействие медицины и религии: дис... д-ра. мед. наук. М., 2005.

#### *Интернет-источники*

1. Book of Abstracts of XVII ISA World Congress of Sociology. 2010, Sweeden. URL: <http://www.isa-sociology.org/congress2010/> (дата обращения: 12.10.2010).

2. Британский Фонд поддержки исследований в области социологии здоровья и болезни // Foundation for the Sociology of Health and Illness. URL: <http://www.shifoundation.org.uk/> (дата обращения: 20.11.2010).

3. Веб-монитор выполнения ЦРТ. URL: <http://www.mdgmonitor.org/index.cfm> (дата обращения: 13.10.2009).

4. *Глазачев О.С.* Современные подходы к анализу понятия «здоровье» в аспекте формирования экологической культуры [Электронный ресурс] // ЭКОЛОГИЯ: [сайт]. URL: <http://www.ecogeo.info/publications/7> (дата обращения: 20.02.2011).

5. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью (Утверждена Всемирной ассамблеей здравоохранения, резолюция 57.17 от 22 мая 2004 года) / Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/diet-physicalactivity/goals/ru/index.html> (дата обращения: 14.09.2010).

6. Декларация, принятая на шестьдесят третьей ежегодной Конференция Департамента общественной информации Организации Объединенных Наций для неправительственных организаций «Повышение эффективности здравоохранения повсюду в мире: достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия». URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/592/55/PDF/N1059255.pdf?OpenElement> (дата обращения: 17.01.2011).
7. Деятельность ООН в области здравоохранения. URL: <http://www.un.org/ru/development/health/index.shtml> (дата обращения: 05.12.2010).
8. Деятельность ООН по борьбе с ВИЧ/СПИДом. URL: <http://www.un.org/ru/aids/> (дата обращения: 16.07.2010).
9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010. URL: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html> (дата обращения: 03.02.2011).
10. Здоровая Россия. Центры здоровья. URL: <http://www.takzdorovo.ru/db/healthcenter/index/> (дата обращения: 15.07.2010).
11. Исследовательский комитет по социологии здоровья Международной социологической ассоциации. URL: <http://www.isa-sociology.org/rc15.htm> (дата обращения: 28.05.2010).
12. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения Первого Московского государственного медицинского университета [сайт]. URL: <http://www.mma.ru/mpf/health> (дата обращения: 30.09.2009).
13. Кафедра социальной гигиены Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. URL: <http://socgig.spsma.spb.ru/> (дата обращения: 19.07.2009).
14. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья. URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/ru/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/ru/) (дата обращения: 13.04.2009).
15. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=90601;fld=134;dst=4294967295;from=82134-0> (дата обращения: 06.05.2010).
16. Медицинская информационная сеть. Портал о здоровье и медицине [сайт]. URL: <http://www.medicinform.net/> (дата обращения: 09.11.2010).

17. Медкнигасервис. Каталог медицинской литературы [сайт]. URL: <http://www.medknigaservis.ru/catalog/> (дата обращения: 25.03.2010).
18. Международная классификация болезней. МКБ-10. URL: <http://www.mkb10.ru/> (дата обращения: 21.10.2010).
19. Наше здоровье – в наших руках: ВЦИОМ пресс-выпуск № 1196. URL: <http://wciom.ru/index.php?id=268&uid=11701> (дата обращения: 15.07.2010).
20. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. URL: <http://www.med.orel.ru/osnovi.htm> (дата обращения: 09.12.2010).
21. Основные детерминанты здоровья населения европейских стран. URL: <http://www.zdrav.ru/library/publications/detail.php?ID=8214> (дата обращения: 15.07.2009).
22. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/> (дата обращения: 26.04.2009).
23. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации. URL: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/> (дата обращения: 01.11.2009).
24. Official site of the 13<sup>th</sup> Biennial Congress of the European Society for Health and Medical Sociology. URL: <http://www.eshms2010.be/default.html> (дата обращения: 25.05.2011).
25. Пермский молодежный интернет – портал. URL: <http://www.molod.perm.ru> (дата обращения: 06.07.2010).
26. Повестка дня на XXI век (Принята Конференцией ООН по окружающей среде и развитию, Рио-де-Жанейро, 3–14 июня 1992 года) // URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/agenda21.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/agenda21.shtml) (дата обращения: 30.07.2009).
27. Постановление Правительства Пермского края от 28 марта 2011 г. N 151-п «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Пермского края на 2011-2012 годы». URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/perm/323459/> (дата обращения: 18.03.2011).
28. Прохоров Б.Б. Здоровье населения [Электронный ресурс] / ВИ-НиТИ [сайт]. URL: [http://science.viniti.ru/index.php?&option=com\\_content&task=view&Itemid=139&Section=&id=316&id\\_art=H003841](http://science.viniti.ru/index.php?&option=com_content&task=view&Itemid=139&Section=&id=316&id_art=H003841) (дата обращения: 20.02.2011).

29. Сайт журнала «Sociology of Health and Illness». URL: [http://www.blackwellpublishing.com/shil\\_enhanced/default.asp](http://www.blackwellpublishing.com/shil_enhanced/default.asp)

30. Сайт журнала «Социология медицины». URL: <http://www.medlit.ru/medrus/socmed.htm> (дата обращения: 15.07.2010).

31. *Степанова Г.Б.* Гуманитарная экспертиза в контексте современных подходов к изучению здоровья // Информационно-исследовательский портал Московского гуманитарного университета. URL:<http://www.hdirussia.ru/103> (дата обращения: 28.05.2009).

32. Тезисы докладов III Всероссийского социологического конгресса. Секция «Социология здоровья». URL:[http://www.isras.ru/index.php?page\\_id=763&section=52&alfavit=\\*](http://www.isras.ru/index.php?page_id=763&section=52&alfavit=) (дата обращения: 21.05.2009).

33. *Шилова Л.С.* Отношение населения к модернизации здравоохранения. URL:[http://www.isras.ru/files/File/Publication/Novye\\_publicazii/Otnoshenie\\_naseleniya\\_2009\\_Shilova.pdf](http://www.isras.ru/files/File/Publication/Novye_publicazii/Otnoshenie_naseleniya_2009_Shilova.pdf) (дата обращения: 14.02.2009).

34. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». URL: [http://vestnik.mednet.ru/component/option,com\\_mjfrontpage/Itemid,27/lang,ru/](http://vestnik.mednet.ru/component/option,com_mjfrontpage/Itemid,27/lang,ru/) (дата обращения: 21.10.2010).

35. Электронная энциклопедия общественного здоровья // Answers.com. URL:<http://www.answers.com/library/Public%20Health%20Encyclopedia-cid-11341413> (дата обращения: 02.08.2009).

### *Иностранная литература*

1. Comparative quantification of health risks // Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors / ed. M. Ezzati et al. 2004. Vol. 1 and 2.

2. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks // World Health Organization Report. 2009. URL: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf) (дата обращения: 24.11.2010).

3. *Link B., Phelan J.* Social Conditions As Fundamental Causes of Disease // Journal of Health and Social Behavior. 1995 (Extra Issue). P. 80-94.

4. *Marmot M.G.* Social inequalities in mortality: the social environment // Class and Health / Ed. by R. G. Wilkinson. London and New York: Tavistock, 1986.

*Учебное издание*

**Лебедева-Несевря Наталья Александровна  
Гордеева Светлана Сергеевна**

## **СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ**

Учебное пособие

Редактор *Н.И. Стрекаловская*  
Корректор *А.В. Цветкова*  
Компьютерная верстка *И.А. Абибулаевой*

Подписано в печать 25.10.2011. Формат 60x84 1/16.  
Усл. печ. л. 13,83. Уч.-изд. л. 12. Тираж 100 экз. Заказ № /2011.

Редакционно-издательский отдел  
Пермского государственного национального  
исследовательского университета  
614990, Пермь, ул. Букирева, 15

Типография  
Пермского государственного  
национального исследовательского университета  
614990, Пермь, ул. Букирева, 15