

ЗДОРОВЬЕ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Изучение общественного здоровья имеет целью достижение механизма его социальной обусловленности и места в системе социокультурных ценностей. Исследование уровня выражения потребности в здоровье, установок и мотивов заботы о нем, природу социально-культурных факторов, влияющих на здоровье, и механизмов этого влияния – все это делает возможным разработку показателей здоровья, поскольку общественное здоровье традиционно изучается через систему индикаторов, которые характеризуют не столько здоровье, сколько заболеваемость, смертность, уровень физического развития людей [1,3].

Здоровье долгое время не воспринималось как социальное явление, а сводилось к органической реальности, в отличие от очевидных социальных реалий типа семьи, учебного заведения т.п. Между тем, здоровье – это универсальная категория, которую следует рассматривать с точки зрения концепции личности, ориентированной на усвоение, принятие элементов поведения или культуры. По мнению ряда исследователей, само понятие «здоровье» служит основой для выражения более широких представлений и ценностей, относящихся к обществу, его нормам и восприятиям последних [10, 11, 12, 13].

Критика биомедицинской модели здоровья получила отражение в работах Н.Харта, М.Фуко, Р.Дюбо и других ученых. Что касается теоретических парадигм изучения здоровья, то сегодня в различных странах оно ведется по следующим направлениям: исследование влияние образа жизни на здоровье; анализ факторов риска; изучение самосохранительного поведения. В основе их изучения – исследование ценностно-мотивационной структуры личности и ценности здоровья в этой структуре [4, 6]. Среди факторов, формирующих здоровье, именно поведение приобретает особую значимость, поскольку образом жизни человека обусловлены наиболее распространенные заболевания (сердечно-сосудистые, психосоматические, органов дыхания и т.д.) таким образом, концептуальный переход в политике охраны здоровья состоит в том, что от рассмотрения граждан как пассивных потребителей медицинских услуг необходимо осознание им собственной активности в создании условий, способствующие сохранению и приумножению здоровья [7].

Нынешняя ситуация в сфере общественного здоровья обуславливается, помимо прочих факторов, таким феноменом, как дезадаптация личности. Это явление, как правило, сопровождается кризисы и спады, причем их экономические последствия, нивелируются гораздо быстрее, чем последствия социальной дезадаптации личности. В этих условиях, естественно, важна сильная социальная политика, в том числе в сфере здоровья населения. Анализ неблагоприятных тенденций в этой сфере позволяет выделить несколько основных причин сложившейся ситуации.

Первая причина неблагополучия — в социальной политике. Здравоохранение сегодня, как и в течение многих предыдущих лет, ориентировано исключительно на больных людей, адресуя им почти все социальные и медицинские ресурсы. Социальная же политика в сфере здоровья направлена в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного сознания, включая экологическое, не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов (семьи, образования, бытового обслуживания, отдыха и т. п.) в сфере здоровья.

В «Концепции национальной безопасности РФ» здоровье населения расценивается как ее основа [5]. В механизме реализации концепции, упоминается, в частности, о важности образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, подростков и молодежи.

Вторую причину неблагоприятных тенденций в сфере общественного здоровья мы видим в парадоксальном характере отношения современного человека к собственному здоровью. Ценность его относится к высшим жизненным ценностям и провозглашается как безусловная норма нашей жизни. В системе жизненных ценностей здоровье как терминальная базовая ценность, согласно нашим исследованиям, обычно следует за «семьей» и «работой». Более углубленное изучение этого вопроса, однако, показало, что здоровье заняло высокое место в структуре ценностей потому, что, будучи качественной характеристикой личности, оно способствует достижению многих целей и удовлетворению различных потребностей человека. В условиях же сегодняшней экономической и социальной реальности оно иногда выступает как единственное средство реализации поставленных задач. Здоровье все в большей мере превращается в объект эксплуатации, а его ценность становится все более инструментальной.

Это утверждение относится прежде всего к молодежи, вступающей в жизнь без материальной и социальной поддержки со стороны родителей. В наших исследованиях при ответах на вопрос «Что способствует достижению жизненного успеха в первую очередь?» респонденты до 25 лет поставили на первое место «здоровье», на второе — «материальный достаток», на третье — «удачное стечение обстоятельств». Примечательно, что среди различных высказываний о значении здоровья в жизни человека молодежь чаще всего выбирала следующее: «Здоровье — это, конечно, важно, но иногда можно и забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечений и т. д.» Таким образом, ценность здоровья как средства достижения определенных целей для них важнее, чем ценность его как средства жить долго и полноценно. Эти две характеристики как бы вступают в противоречие друг с другом [7]. Кроме того, подобное отношение к здоровью обуславливается низким уровнем санитарно-гигиенической культуры. Наши исследования показали, что знания, уровень информированности населения о факторах риска, наиболее распространенных заболеваний, методах заботы о здоровье, генетических предрасположенностях организма, наборе полученных прививок и даже просто знание своей группы крови распространяется не более чем на треть опрошенных респондентов. При таком уровне просвещенности и культуры люди

легко «тратят» свое здоровье, в частности проявляя терпимость к экологическим нарушениям.

При низких стартовых возможностях вхождения в рынок большинства населения (материальные и жилищные условия, квалификация) идет эксплуатация наиболее доступного ресурса (а у молодежи нередко и единственного) — здоровья. При этом она облегчена отсутствием культурно-ценностных запретов и отдаленностью во времени возможных негативных проявлений. Следует также обратить внимание на следующую особенность отношения респондентов к своему здоровью: эксплуатировать его люди вынуждены из-за отсутствия других средств, невозможности выбора, но коль скоро они делают это, то, казалось бы, должны заботиться о здоровье, сохранять и поддерживать его. На деле же не только не прилагается к тому усилий, но и нормативные представления перестраиваются таким образом, чтобы оправдать свое бездействие в отношении здоровья. Перестройка происходит достаточно просто ввиду отсутствия социальных норм и традиций сохранения здоровья среди молодежи.

Социальные последствия этого явления очевидны: экономические потери, связанные с качеством здоровья трудовых ресурсов; дополнительные вложения в программы социальной защиты населения; здоровье будущих поколений; социальное самочувствие общества, рост нынешних и будущих его девиаций.

Третья причина негативных тенденций, характеризующих здоровье молодежи, связана с проблемой неравенства в этой сфере.

Таким образом, эти три группы факторов формируют ситуацию неравенства в сфере здоровья. Первая из них связана с экономическими ресурсами, физической и социальной средой. Многократно доказана тесная взаимосвязь уровня доходов и состояния здоровья, причем последнее улучшается и идет по восходящей от групп с низкими, средними, высокими доходами, пока не достигаются очень высокие уровни доходов, где названная взаимосвязь исчезает. Конечно, весьма трудно отличить результаты воздействия на здоровье низкой зарплаты от влияния связанных с этим скудного питания, плохих жилищных условий, недостатка образования, социальной изоляции и т. д.

Вторая группа факторов связана с медико-санитарным обслуживанием, которое предоставляет разные по качеству возможности и услуги для разных категорий населения. Эти возможности обуславливаются экономической, географической, культурологической доступностью. Экономическая — связана с методом финансирования системы здравоохранения. Качество медицинской помощи напрямую зависит от успешности сочетания государственного и частного финансирования, государственного и частного страхования. Географическая доступность подразумевает распределение соответствующих услуг внутри страны или в каждом населенном пункте.

Третья группа факторов связана с индивидуальными особенностями поведения. Это, с одной стороны, социально неодобряемые виды поведения: курение, алкоголь, наркотики, с другой — различные виды самосохранительного поведения: рациональное питание, физическая активность, использование профилактических возможностей. Очевидна зависимость поведения индивида в сфере

здоровья и от общей ситуации в стране. Экономическая политика, скажем, явно влияет на цены, и основные продукты питания в итоге делятся на «недоступные» и «доступные», которые могут быть не самыми питательными и безопасными. То же самое — в выборе вида досуга, профилактических медицинских мероприятий и пр. К объективным факторам, влияющим на индивидуальное поведение, относится наличие законодательства по контролю за веществами, наносящими вред здоровью. Это касается, например, рекламы табака и табачных изделий, курения в общественных местах, алкогольной рекламы в средствах массовой информации. Законодательство при этом выступает как один из компонентов формирования социальных норм, являющихся эффективным регулятором поведения молодежи в целом. Наиболее значимым индикатором при формировании индивидуальных особенностей поведения в сфере здоровья является уровень образования индивида, причем на межпоколенческом уровне. Исследования убедительно продемонстрировали этот вывод, показав влияние образовательного фактора не только на самооценку здоровья, но и на осмысление категорий «здоровье», «болезнь», на соответствующие поведенческие акты [9].

На основе ответов респондентов были выделены приоритетные факторы, формирующие модель самосохранительного поведения. Из семи возможных причин, побуждающих заботиться о своем здоровье (семейные традиции, школьное образование, поведение окружающих, медицинские сведения из средств массовой информации, информация от врача, ухудшение здоровья, страх перед возможным заболеванием) предпочтения распределились — в порядке уменьшения числа ответов — следующим образом: «ухудшение здоровья», «страх перед болезнью», «информация от врача» занимают высшие позиции, «семейные традиции», «школьное образование» — два последних места.

Имеются различия в мнениях городской и сельской молодежи. Хотя различия в здоровье населения города и села определяются прежде всего экономическими условиями, несомненна значимость и поведенческого фактора, который у сельской молодежи имеет лечебную направленность (человек начинает заботиться о здоровье, когда оно уже ухудшилось, или опасаясь заболевания, или когда вспомнит рекомендации врача); у городской молодежи сильна профилактическая компонента, обусловленная более высоким уровнем развития здравоохранения, качеством врачебной помощи, семейным и школьным воспитанием, что и формирует соответствующие самосохранительное поведение и уровень здоровья.

Четвертой причиной ежегодно ухудшающейся ситуации в данной сфере среди молодежи правомерно считать отсутствие системы воспитания, обучения заботе о собственном здоровье. Это стало актуальным именно сегодня, поскольку стереотипом предшествующих десятилетий было представление: «о моем здоровье заботится бесплатная медицина». Изменившаяся экономическая ситуация, реформа в здравоохранении поставили население перед необходимостью изменить стереотипы сознания и поведения, но оказалось, что люди к этому не готовы психологически, у них нет необходимых знаний и они не представляют, где их получить. Поскольку процесс формирования потребностей и установок весьма сложный и длительный, целесообразно говорить о нем прежде всего в связи с детьми и

подростками, тем более что их состояние здоровья характеризуется крайне негативными тенденциями. За 1991 — 1999 гг. общая заболеваемость подростков увеличилась на 60%, рост произошел в 14 группах заболеваний из 15. В структуре заболеваний преобладают болезни органов кровообращения, эндокринной и костно-мышечной систем, новообразования и психические расстройства. Максимальные темпы прироста отмечены в пределах 3,8—3,4 раза, т. е. ухудшение здоровья подростков происходит более интенсивно по всем видам заболеваний [4].

Растет инвалидность среди подростков: в 2003 г. у 10—14 летних она увеличилась на 29%, у 15-летних — на 61,9%. Наибольшими темпами происходит увеличение числа инвалидов по туберкулезу (за год — более чем двое) [8].

Таким образом, состояние здоровья молодежи, которой принадлежит ведущая роль в демографических процессах XXI в., характеризуется крайне неблагоприятными тенденциями. Эта ситуация требует незамедлительных решений, и первоочередные из них — повышение информированности в сфере здоровья, формирование у подростков установок на заботу о нем. Самой логичной была бы реализация этих функций в рамках семьи, но, согласно результатам наших исследований, среди факторов, влияющих на формирование заботы о здоровье, семья и школа занимают последние места.

Таким образом, проблема заключается в том, как повысить роль семьи и школы в формировании здоровья у молодежи. Думается, наиболее короткий путь решения этой проблемы — воспитание нынешних подростков (будущих родителей) по соответствующим школьным и внешкольным программам. Но современная школа не имеет сегодня концепции сохранения и укрепления здоровья детей, воспитания осознанного отношения к собственному здоровью. Вместе с тем воздействие школы в этом направлении многофункционально: оно может осуществляться через организацию учебного процесса, питания, обеспечение физического развития, психологическую коррекцию, борьбу с девиантными видами поведения, формирование позитивного отношения к здоровью [6]. Педагоги по различным школьным предметам занимаются здоровьем детей, но ни для кого это не является главным, отчетным показателем работы, и потому, как правило, нет и результатов. Еще одно важное обстоятельство: подростку, помимо суммы знаний о здоровье, необходим положительный пример учителя, который не курит, занимается спортом, реализует в собственной жизни хотя бы часть из того, чему учит. Преподавание науки о здоровье должно включать специальные формы обучения (ролевые игры, тесты, тренинги и пр.), предусматривающие активное соучастие школьника в формировании собственного здоровья, соответствующей потребности в нем.

Необходимо учитывать, что феномен «потребность в здоровье» обладает определенной спецификой, которая уже отмечалась: как правило, данная потребность возникает лишь тогда, когда ухудшается здоровье. В то же время потребность в здоровье не может существовать сама по себе. Жизнь для человека значима тогда, когда она наполнена смыслом, социальным содержанием. Поэтому потребность человека жить и быть здоровым реализуется только при условии ее соединения с представлениями о собственном социальном предназначении. На эм-

пирическом уровне ценность здоровья у человека с самого начала его сознательной жизни должна быть связана с успешностью карьеры, престижем, в конце концов, модой на здоровье.

Литература

1. Бедный М.С. Медико-демографическое изучение народонаселения. Статистика, 1979.
2. Журавлева И.В. Поведенческий фактор и здоровье населения //Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты. Новосибирск: Наука, 1989.
3. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999. (Статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000.
4. Калько П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровья» и вопросы перестройки здравоохранения. Научный обзор. М.: ВНИИМИ, 1988.
5. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 года// «Российская газета». 2000. 13 сент.
6. Лисицын Ю. П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья» //Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987.
7. Отношение населения к здоровью/Отв. ред. И. В. Журавлева. М., 1993.
8. Российский статистический ежегодник. М.: Госкомстат, 2004.
9. Русинова Н. Л., Браун В. Дж. Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье // Петербургская медицина. 1997. № 1.
10. Эрцлиш К. Болезнь и здоровье как объекты научного анализа//Журнал социальная антропология. 1999. Т. 2.
11. Fredson E. Profession of Medicine. N.-Y. 1970.
12. Goffman E. Stigma: Notes on Management a Spoiled Identity. N.-Y. 1963.
13. Herzlich C. Sante et malerdie, analyse d'une representation sociale. P. 1992.