

УДК 316:61

**Л. В. Стоянова**

аспирантка кафедры социологии Института социальных наук  
Одесского национального университета имени И. И. Мечникова  
к. 22, пр. Ак. Глушко, 15, г. Одесса-104, 65104, Украина  
тел. 38 (066) 304-06-40  
e-mail: L.Stoyanova@bk.ru

**ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НОВОЙ СИСТЕМЕ КООРДИНАТ  
И СТРАТЕГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

Анализируются тенденции изменения роли государственной системы здравоохранения в обеспечении социального здоровья в современном обществе. Приводятся основные модели самосохранительного поведения, характерные для периода трансформации общественного сознания в годы становления рыночной экономики в Украине.

**Ключевые слова:** социальное здоровье, институт здравоохранения, самосохранительное поведение, стратегии индивидуального здоровья.

Понятие “здоровье человека”, отражая результат многочисленных и многовековых усилий, воплощает в себе требования практической жизни и деятельности людей в соответствии с критериями и нормами сформировавшейся культуры. Здоровье — как динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой — рассматривали еще Пифагор и Гиппократ. Качественные характеристики здоровья в значительной мере определяют образ и стиль жизни различных социальных групп населения: уровень их социальной, экономической и трудовой активности. В то же время проявляется и обратная зависимость: стиль жизни человека, степень и характер его активности в быту, в трудовой деятельности, во многом определяет состояние его здоровья.

В течение последних десятилетий повышенный интерес в мировом обществе вызывают проблемы социальной обусловленности здоровья населения, в том числе **социальных функций и структуры организаций здравоохранения и медицины**. С переходом к пониманию здоровья как общесоциальной, а не только медицинской проблемы, показатели здоровья, физического и психического самочувствия стали рассматриваться в качестве кумулятивных индикаторов качества жизни общества в целом и его отдельных слоев.

Социальное здоровье в современном обществе необходимо рассматривать не как простую сумму здоровья индивидов, а как совокупное здоровье нации, региона, складывающееся в результате **целенаправленной социальной политики, деятельности специализированных учреждений здравоохранения, общественных организаций и стратегий социальных групп** (их интеллектуальных, волевых и психосоциальных свойств и качеств) по поддержанию равновесия между природной и социальной средой. В кон-

тексте реструктуризации социума и выстраивания в Украине гражданского общества назревает необходимость в разработке принципиально нового комплексного подхода к анализу уровня социального здоровья общества и пристального внимания как к институциональным, так и личностным формам его поддержания. Острота проблемы актуализируется негативной картиной медицинской статистики, сокращением продолжительности жизни, резким сокращением численности населения.

**Задача** настоящей статьи состоит в анализе изменения роли системы здравоохранения в системе факторов, обуславливающих уровень социального здоровья населения.

**Предметом** исследования выступает взаимодействие института здравоохранения с различными институтами общества в процессе формирования моделей самосохранительного поведения.

### Социальный аспект института здравоохранения в Украине

Политика стран Европейского региона в области охраны здоровья в XXI столетии по определению ВОЗ должна основываться на таких принципах, как: здоровье — одно из наиболее важных прав человека; справедливость и солидарность в вопросах здоровья и его охраны; участие в охране и ответственное отношение к здоровью всех членов общества; доступность, адекватность и медико-экономическая эффективность систем охраны здоровья.

Для реализации этих положений Конституцией Украины определены основные положения и принципы построения национальной политики охраны здоровья.

Однако, несмотря на относительные успехи в разработке законодательной базы в области охраны здоровья и усилий по созданию соответствующих социально-экономических условий развития медицинской службы, на сегодняшний день еще не удалось решить проблемы отрасли.

При относительно высоком уровне обеспеченности системы здравоохранения врачами (Украина — 40 на 10000 населения, Германия — 20, Англия — 18), Украина характеризуется сравнительно низким уровнем здоровья населения. Показатели заболеваемости и смертности за последние 8 лет выросли на 30–40%. А такие социально значимые болезни, как СПИД, туберкулез, наркомания, заболевания половых органов приобрели характерные черты эпидемий [1, с. 4].

Украина — страна с рыночной экономикой, где существуют и будут существовать разные общественные группы, различие которых можно определять по их отношению к собственности, по материальному достатку, по этническим, демографическим и другим показателям. Развитие рыночных отношений и конкурентной среды в экономике в целом обеспечивает национальному потребителю возможность свободного выбора абсолютного большинства товаров и услуг. В это же время в охране здоровья большой ограничен финансовыми средствами в своем праве свободного выбора места и метода лечения, а “раздаточная” система обес-

печения медицинских учреждений ресурсами, сохранившись в основных чертах с советских времен, вступает в резкое противоречие с общим рыночным “окружением”.

Различные общественные классы, местные самоуправляющиеся общины, профессиональные, возрастные группы, религиозные общины, молодежные объединения, наконец, люди с высокой самоорганизацией, способные востребовать индивидуальные программы здорового образа жизни, — *все эти группы в равной степени нуждаются в качественной медицинской помощи, но у них неодинаковые запросы и возможности получения медицинского обслуживания.* Система здравоохранения как институт социального контроля за уровнем здоровья общества должна иметь дело с каждой из общественных групп, уметь гибко отвечать на их запросы, постоянно расширяя возможности их удовлетворения.

Основная задача, которую нужно решить сегодня, — это обеспечение качественной и доступной для каждого гражданина Украины медицинской помощью. В масштабе Украины медицинские услуги носят преимущественно затратный характер. При этом в связи с тем, что Украина сейчас государство небогатое и не может выделять необходимые финансовые средства на обеспечение нормального функционирования здравоохранения в полном объеме, вопросы о приоритетах развития отрасли должны быть поставлены очень жестко. Специалисты в области медицины считают, что необходимо сосредоточить усилия на основных объемах обычной патологии, которая составляет около 90–95% общей заболеваемости, на ранней диагностике и превентивных мерах по предотвращению тяжелых форм заболеваний.

По мнению экспертов, дефицит государственного финансирования охраны здоровья требует компенсации за счет других источников. Во всем мире участие населения в оплате медицинской помощи является скорее правилом, чем исключением. Даже в таких высокоразвитых странах с государственной системой финансирования охраны здоровья как Канада и Англия, доля участия населения в покрытии затрат на охрану здоровья составляет 26 и 14%, соответственно. В России этот показатель достиг более чем 7%. В Украине он на протяжении многих лет сохранялся в рамках 2% и только в последние годы поднялся до 4–5%. При этом показатели бюджетного финансирования учреждений охраны здоровья в Украине за последние годы не превышали 4% от ВВП, в то время как в Англии этот показатель был 6%, в Германии — 9%, в США — 14% [1, с. 7].

Институт здравоохранения выступает как социальная система: *общность и определенный вид взаимоотношений индивидуумов и их групп в характерных условиях геосоциальной среды.* Однозначно, что совместные усилия государства и общества, направленные на построение медицинской помощи как части системы здравоохранения, в немалой степени закладывают основания общественных отношений, которые будут реализованы в настоящем и будущем.

Рассматривая современные тенденции, следует предположить, что и развитие отечественного здравоохранения наряду с прочими характерис-

тиками должно определяться *изменением сути традиционных отношений врача и пациента*. Если еще вчера в системе взаимоотношений врача и пациента преобладал патерналистский подход — “государство должно создавать равноценные жизненные условия”, “врач должен лечить при любых формах запущенного состояния организма”, то отношения эти сегодня в большей степени, чем в период государственного социализма, *наполняются экономическими составляющими, начинают приобретать рыночную сущность* [2]. Помимо классических определений, врач как специалист, помогающий при потере физического и психического здоровья, принимающий роды и продлевающий жизнь, облегчающий страдания страждущих — начинает выступать, в большей либо в меньшей степени, как *производитель медицинских услуг и продавец своего труда и его результатов*.

По результатам опроса населения Одессы ( $N=647$ , 2002) 91% респондентов считает, что в системе здравоохранения должно иметь место реформирование. 69% опрошенных уверены в том, что оно должно начаться незамедлительно. Пятая часть респондентов (21,8%) выражает опасения относительно самой инициации реформ в локальном варианте и предполагает, что такие преобразования могут быть начаты лишь после принятия закона о системе здравоохранения в государственном масштабе. 4% от числа опрошенных не разделяет общего мнения о необходимости реформ в системе здравоохранения и считает, что надо оставить все так, как есть.

*По сути преобразований* общественные настроения представлены следующими тенденциями.

Большая часть населения (60,3%) хотела бы сохранить учреждения здравоохранения в государственном подчинении. 16,8% видят целесообразность управления со стороны общественных, специально созданных комитетов и наблюдательных советов. 11,1% ратуют за частную форму медицинских учреждений. Подведомственные (отраслевые) формы управления разделяет 8,5% респондентов.

Ориентированы на систему *государственного бесплатного* здравоохранения — 45,4% от числа опрошенных; готовы платить ежемесячный *страховой взнос* в систему государственного здравоохранения — 41,4%, предпочитают частную практику — 13%.

### **Самосохранительное поведение и деятельностный потенциал в индивидуальных и групповых стратегиях укрепления здоровья**

В социально ориентированном государстве важнейшими областями приложения медицинских усилий становятся детство, материнство и старость. При этом необходимо преодолеть стереотип отношения к этим группам как к иждивенцам, забота о которых обременяет государственную казну и отодвигается на второй план по сравнению с медицинской заботой о работающих людях [3, с. 10]. В отношении взрослых трудоспособных граждан в полной мере должен действовать *принцип индивидуальной ответствен-*

ности за свое здоровье, а попечение о смене поколений должно стать предметом общественной заботы.

Наряду с медициной и институтом здравоохранения в целом важным средством современного человека в защите своего здоровья становится *культура самосохранения*. Она ставит здоровье на определенный уровень в личностной структуре жизненных ценностей. Такая постановка вопроса предполагает субъективную активность в отношении к здоровью, равно как и исключение из жизни факторов риска. Ценности образуют каркас, который хотя и формируется обществом, но обретает независимость и становится механизмом саморегуляции поведения через активную личностную позицию.

В системе ценностных ориентаций респондентов ценность здоровья имеет наивысший индекс (0,83). Однако это не доказывает тот факт, что ценность будет реализована в реальных поведенческих моделях: она может остаться декларативной.

По мнению Головахи и Паниной [44, с. 94–95], согласно данным многочисленных опросов 1989 — 1991 годов, старая система ценностей в значительной степени была отторгнута на уровне индивидуального сознания, господствующая идеология в большей мере отражала декларированную систему ценностей, принимаемую индивидуумами лишь внешне под воздействием угрозы санкций к нарушителям нормативных образцов. Декларативное отторжение ценностей (как и их декларативное принятие) является лишь предпосылкой, а не действенным элементом в реальном процессе преобразования общественной системы.

*Социальные ценности и нормы* в отношении здоровья определяются социальной политикой государства в отношении здоровья и продолжительности жизни, с одной стороны, и национальным менталитетом и культурными традициями — с другой. При этом даже проживающие в одной семье люди могут иметь разное здоровье при одинаковых экологических, социально-экономических, бытовых и прочих условиях жизни, при одинаковой наследственной предрасположенности. Это определяется различиями самосохранительного поведения, то есть поведения индивида в сфере здоровья: наличием или отсутствием вредных привычек, разным уровнем информированности и грамотности относительно рисков в сфере здоровья, ценности здоровья и степени активности для его поддержания.

Уровень самодетерминации поведения, активного отношения к сохранению и поддержанию людьми своего здоровья является важным показателем здоровья как элемента качества жизни. В этом смысле здоровье выступает как реальный человеческий ресурс, которым можно по-разному распорядиться с неодинаковыми результатами.

Для одесситов содержательный смысл здоровья соответствует его лидирующей позиции в системе ценностных ориентаций: для большинства респондентов (43,9%) здоровье является самым главным в жизни, все важные решения принимаются с тем, чтобы не вредить здоровью. Для 23,3% одесситов здоровье важно наряду с работой, отдыхом, учебой и развлечениями. Женщины ценят здоровье выше (29,4%), чем мужчины (16,1%). Но при

этом женщины (11,2%) могут чаще, чем мужчины (9%), забыть о своем здоровье ради дополнительного заработка, развлечений.

Наибольшее число лиц считает, что состояние здоровья зависит от финансового положения (47,3% опрошенных); 39,7% — приписывают значимую роль качеству питания, что согласуется с выбором преобладающей частью населения здоровой стратегии питания. В зависимости от эффективности работы учреждений здравоохранения поставили свое здоровье 18,4%. Из этого следует вывод — респонденты не склонны делегировать ответственность за свое здоровье институту здравоохранения, но при этом они связывают качество и образ жизни с финансовым положением. Осознавая высокую ценность здоровья в жизни (о чем говорит самый высокий индекс этой ценности), часть одесситов стремится к здоровому образу жизни, хотя и не всегда активно. Только 17,5% респондентов считают, что здоровье зависит, прежде всего, от собственного желания им заниматься. 34% опрошенных приписывают значимую роль состоянию окружающей среды. 8,8% респондентов считают, что состояние здоровья зависит от вредных привычек, которые они не могут преодолеть.

То есть можно говорить о том, что “внешний” локус контроля преобладает над “внутренним” или о преобладании экстернального типа личности. Локус контроля определяется тем, на кого и на что человек возлагает основную ответственность за происходящие события. Если основную ответственность за происходящее человек большей частью принимает на себя, объясняя их своим поведением, характером, способностями, то это показывает наличие у него внутреннего (интернального) контроля. Если же человек имеет склонность приписывать ответственность за все внешним факторам, находя причины в других людях, внешней среде, судьбе или случае, то это свидетельствует о наличии у него внешнего (экстернального) контроля.

Можно заметить, что *стратегии заботы о здоровье носят довольно стереотипный характер*. Многие считают, что прием медикаментов наносит больший вред организму, чем нелечение заболевания вообще. Это можно объяснить, с одной стороны, низкой грамотностью относительно рисков в сфере здоровья, а с другой — низким качеством получаемой медицинской помощи, что формирует нежелание обращаться за ней в дальнейшем. 36,9% опрошенных стараются редко принимать медикаменты, 34,8% при плохом самочувствии обращаются к природным средствам из собственной домашней аптечки и занимаются самолечением. Однако довольно высокий процент опрошенных отметили такую форму самодетерминации в отношении своего здоровья, как отказ от вредных привычек — не курят — 44,8%. При этом женщины традиционно демонстрируют преимущество перед мужчинами в ограничении и исключении из своей жизни вредных привычек (соответственно 28,5% женщин к 16,5% мужчин).

Проведя **факторный анализ**, мы выделили *следующую типологию по основанию целевых поведенческих установок* (см. табл.):

1. “*Экологически ориентированный*” тип, отказывающийся от курения, старающийся не принимать химические медикаменты и заботящийся

о том, чтобы как можно меньше подвергаться воздействию загазованной среды, химических испарений. Ориентируется в поддержании своего здоровья в первую очередь на себя, а не на институт здравоохранения. Основным фактором, влияющим на здоровье, считает неблагоприятную экологическую среду, в том числе различные химические элементы.

2. *“Традиционно-ориентированный” тип* — обращается к специалисту при первых симптомах заболевания, заботится о том, чтобы постоянно высыпаться. Практически идеальное сочетание ориентации на собственные индивидуальные ресурсы как превентивную меру для поддержания здоровья организма (забота о высыпании) и поддержку системных ресурсов (обращается к врачу при первых симптомах недомогания).

3. *“Естественно-гармоничный” тип* — ориентирующийся на природные ресурсы и потенциал своего организма (заботится о постоянном высыпании, а при плохом самочувствии обращается к природным средствам из собственной домашней аптечки).

**Социальное здоровье: типология по основанию целевых установок**

Целевые поведенческие установки	Экологически ориентированный	Традиционно-ориентированный	Естественно-гармоничный
Заботиться о состоянии своего здоровья, раз в год провожу тщательное обследование	-0,433	-0,127	-0,480
Заботиться о состоянии своего здоровья, не курю	0,410	0,227	-0,334
Заботиться о состоянии своего здоровья, стараюсь меньше подвергаться воздействию загазованной среды, шума	0,568	0,381	-0,01286
Заботиться о состоянии своего здоровья, обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания	-0,467	0,646	0,127
Заботиться о состоянии своего здоровья, стараюсь редко принимать медикаменты	0,697	-0,138	-0,151
Заботиться о состоянии своего здоровья, при плохом самочувствии обращаюсь к природным средствам	0,0561	-0,517	0,667
Заботиться о состоянии своего здоровья, забочусь о том, чтобы постоянно высыпаться	0,124	0,510	0,514

Идеальная модель образа жизни, отражающая предпочитаемый стиль, формируется у человека под влиянием его индивидуально-психологических особенностей, включающих весь спектр психологических качеств — от психофизических, в наибольшей степени обусловленных его органическими особенностями, до социокультурных качеств, сформированных в про-

цессе социализации, в том числе и под влиянием ценностно-нормативной системы общества.

### **Заключение**

Социальная политика развитых стран в отношении здоровья при современной структуре заболеваемости направлена главным образом на превентивные действия. В настоящее время стратегии здравоохранения западных стран опираются на самоформирующиеся группы риска, когда потенциальные больные при проявлении первых симптомов наиболее распространенных хронических заболеваний своевременно обращаются к врачу. Такое поведение возможно только при наличии культуры самосохранения, формирование которой является одной из постоянных целей социальной политики в сфере здравоохранения, с одной стороны, и собственной инициативы в поиске медицинской информации и врачей-специалистов, а также высокой степени доверия к самому институту здравоохранения, с другой.

### **Литература**

1. Літвак А., Погорилй В., Тищук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. — Одеса: ТЕС, 2001. — 96 с.
2. Тогунов И. А. Врач и пациент на рынке медицинских услуг (по материалам электронной энциклопедии маркетинга, <http://www.marketing.spb.ru/lib-special/togunov/index.htm>)
3. Перспектива-2010. Программа реорганизации медицинской помощи в Украине. — К.: Общественная инициатива за здоровую нацию “Пульс Украины”, 1999. — 96 с.
4. Головаха Е. И., Панина Н. В. Социальное безумие: история, теория и современная практика. — К.: Абрис, 1994. — 68 с.

### **Л. В. Стоянова**

Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова,  
Інститут соціальних наук, кафедра соціології  
к. 22, пр. Ак. Глушка, 15, м. Одеса-104, 65104, Україна

### **ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НОВІЙ СИСТЕМІ КООРДИНАТ ТА СТРАТЕГІЇ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я**

#### **Резюме**

Аналізуються тенденції зміни ролі державної системи охорони здоров'я в забезпеченні соціального здоров'я в сучасному суспільстві. Приводяться основні моделі поведінки по збереженню власного здоров'я, характерні для періоду трансформації суспільної свідомості в роки становлення ринкової економіки в Україні.

**Ключові слова:** соціальне здоров'я, інститут охорони здоров'я, поведінка по збереженню власного здоров'я, стратегії індивідуального здоров'я.



**L. V. Stojanova**

Sociology Department of Social Sciences Institute of Odessa Mechnikov National University, r. 40, 24/26 Frantsuzsky Boulevard, 65058 Odessa-58, Ukraine.  
fl. 22, Ac. Glushko 15 avenue, Odessa-104, 65104, Ukraine

**INSTITUTE OF HEALTH PROTECTION IN THE NEW A FRAME  
OF REFERENCE AND INDIVIDUAL STRATEGY OF HEALTH CARE**

**Summary**

The tendencies of changing the role of the state system of health protection in the ensuring of social health in the modern society are analyzed. The main models of health care behavior, which are characteristic for the transformation period of public consciousness in the years of formation of market economy.

**Key words:** social health, institute of health protection, health care behavior, individual strategy of health care.