

УДК 316.7:316.34:316.62

Л. В. Стоянова, аспирантка

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова,
Институт социальных наук, кафедра социологии
к. 22, пр. Ак. Глушко, 15, г. Одесса-104, 65104, Украина,
т. (8-0482) 444-862, e-mail: luba_s@ukr.net

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ: МНОГОУРОВНЕВЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ВЛИЯНИЯ

Обосновывается необходимость комплексного подхода к анализу категории “социальное здоровье”. Эмпирически доказывается влияние системы институциональных, социальных и индивидуальных факторов на социальное здоровье общества.

Ключевые слова: социальное здоровье, факторы влияния, социальные ресурсы, персональные ресурсы, системные ресурсы

Повышенный интерес в мировом сообществе в течение последних десятилетий вызывают проблемы социальной обусловленности здоровья населения, в том числе социальных функций и структуры организаций здравоохранения и медицины. 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.

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. В изучение феномена здоровья внесли свой вклад ряд дисциплин. С точки зрения **медицинской**, модель здоровья предполагает преимущественно изучение биосоциальных свойств и качеств человека. Характеристикой социального здоровья считаются оптимизация болезней, профилактика заболеваемости. **Биомедицинская модель** рассматривает здоровье как отсутствие органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья. В понятие здоровья **биосоциальной модели** включаются как биологические, так и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве. Понятие здоровья, сформулированное ВОЗ, соответствует **ценностно-социальной модели**, где здоровье рассматривается как ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни. Психосоматическая и поведенческая медицина, а также психология здоровья при всей специфичности собственных подходов сходятся в том, что здоровье и болезнь есть результаты взаимодействия биологичес-

ких, психологических и социальных факторов. Эта идея получила развитие в **био психосоциальной модели** здоровья.

Социологический подход к здоровью основывается на данных медицинских и психологических показателей здоровья. Социология фокусирует внимание на выявлении различий в уровнях здоровья между сложившимися в обществе устойчивыми социальными группами: социальными классами, демографическими группами (половыми и возрастными), семьями и другими.

При этом, с нашей точки зрения, понятие социального здоровья общества необходимо рассматривать не как простую сумму здоровья индивидов, а как качественно иное, интегративное образование. С нашей точки зрения — это **совокупное здоровье нации, региона, складывающееся в результате целенаправленной социальной политики, деятельности специализированных учреждений здравоохранения, общественных организаций и стратегии социальных групп (их интеллектуальных, волевых и психосоциальных свойств и качеств) по поддержанию равновесия между природной и социальной средой**. В этом случае острием противоречий и предметом изучения является ускользающее состояние динамического равновесия. Для обозначения его в реальных структурных характеристиках требуется фиксация тех элементов, которые тормозят взаимодействие указанных сред или, напротив, приводят к оптимизации этого состояния.

В ходе изучения социальных практик здорового образа жизни, индивидуальных самосохранительных стратегий нами проведен поиск интегрированных социокультурных показателей, опосредующих уровень социального здоровья общества. На основе теории Штайнкампа, интерпретированной и расширенной автором, раскрывается картина многоуровневой обусловленности здоровья.

Поведенческая медицина, обращаясь к **ответственности каждого человека за свой стиль жизни**, не всегда учитывает материальный, социальный и культурный контекст. Индивидуальная стратегия жизни, при всей её вариативности, имеет в основании физическую и материальную составляющую. Для диагностики состояния общественного здоровья важны как качество и уклад жизни в конкретной стране, так ответ на вопрос о том, какие ресурсы могут быть мобилизованы.

Г. Штайнкамп, ссылаясь на Клауса Хорна, указывает, что поведение индивида должно интерпретироваться на основе смысловых структур, стоящих за этим поведением [1, с. 133]. Условия жизни являются объективными причинами нужды, чувств отчуждения и отвращения, но главное в том, что они воспроизводят стереотипы потребления определенной пищи, сигарет и алкоголя, наркотиков и медикаментов.

В психологических концепциях социального здоровья главный акцент ставится на понятиях и социальных практиках “ситуаций”. Они рассматриваются как существенная сторона стресса. В концепции нагрузок стресс и его преодоление понимаются как трансактный процесс, то есть как актуальная динамическая структура взаимоотношений индивида и ситуации.

Согласно этой концепции психический стресс и тем самым опасность ухудшения здоровья возникает тогда, когда происходит специфическая констелляция в трансакции между индивидом и окружающей средой: на основе когнитивного процесса оценки индивид воспринимает омрачающую эмоциональное состояние диспропорцию между требованиями среды и находящимися в его распоряжении ресурсами противостояния [1, 2].

Исходя из этой концепции, Г. Штайнкамп предлагает многоуровневую модель **социальной обусловленности здоровья** — объяснения неравенства в болезнях и продолжительности жизни, по которой более высокий уровень (положение в системе социального неравенства) определяет релевантные условия для других уровней (материальные и социальные условия жизни, нагрузки и социальные системные и персональные ресурсы для их преодоления) [1].

Институциональные структуры (как одна из составляющих социального здоровья), организующие медицинское обеспечение и равноправный доступ к услугам системы здравоохранения различных слоев населения, относятся к **системным ресурсам**. Состоятельные и образованные люди имеют потенциально лучший доступ к психосоциальному и врачебному обслуживанию, включая профилактические привилегии. Представители нижних социальных слоев знают скорее о медицинском обращении с заброшенной болезнью, чем осведомлены о возможностях профилактического вмешательства. Неравенство в образовании может влиять на знание о значении для здоровья превентивных мер и на соблюдение медицинских указаний.

Объем, стабильность и качество **социальных услуг поддержки как функции социальных сетей** чрезвычайно значимы для генезиса, хода и шансов реабилитации соматических заболеваний и психических нарушений. Социальный уровень как вторая составляющая здоровья — это **системная самоорганизация** в виде разного рода фитнес, клубов, групп здоровья, медицинских клубов с фиксированием степени их доступности, распространенности и задействованности среди различных групп населения.

Индивидуальный уровень — **персональные ресурсы** — как третья составляющая социального здоровья отражает реальные модели самосохранительного поведения, уровень волевых, осознанных действий населения по поддержанию своего здоровья при объективно заданных системных и социальных составляющих. Формирование персональных ресурсов в качестве свойств личности происходит в течение всей жизни, причем встроены они в генетически детерминированную психическую конструкцию [1]. Самыми значительными конструктами — типологиями стилей жизни являются:

- внешний локус против внутреннего локуса контроля;
- наученная беспомощность;
- чувство мастерства;
- фатализм против инструментализма;
- деморализация.

Эти конструкты сосредотачиваются на объективно данной или субъективно оцененной возможности личности контролировать релевантные условия и виды деятельности соответственно собственным целям, потребностям и интересам и способности влиять на них. Соответствующий арсенал и качество **персональных ресурсов**, которые имеются в распоряжении человека в трудностях и кризисах жизни, зависит от биографически сложившихся и актуальных социальных связей, исходящих от них импульсов развития или опыта депривации.

Предметом данной статьи является феномен социального здоровья общества и обуславливающие его факторы в условиях становления рыночной экономики и реструктуризации системы здравоохранения в Украине.

Объектом исследования являлось население Одессы (N = 647, 2002). При организации выборки контролировались пол, возраст и образование респондентов. Величины квот пропорциональны их представительству в Одессе. Кроме того, использовались данные специального флюсового исследования по проблемам социального здоровья в объеме выборки 150 человек за 2001 год, представляющих специализированную группу лиц, обращавшихся за медицинской помощью в одну из городских поликлиник г. Одессы.

В исследовании были поставлены следующие задачи:

- выявление степени доступности системных ресурсов для различных групп населения и оценка их востребованности при реализации моделей самосохранительного поведения;
- анализ социальных факторов, влияющих на формирование стиля жизни и стратегий самосохранительного поведения (в т.ч. институциональных и личностных);
- выявление деятельностного потенциала (установок, усилий, действий), который индивиды реализуют для оптимизации своего здоровья;
- формирование типологии поведенческих стереотипов в отношении здоровья.

Качественный уровень системных и социальных ресурсов анализировался через характер взаимодействия с учреждениями медицины, характер отношений с окружающими (эмоциональная поддержка), степень материальной обеспеченности семьи (один из индикаторов показателя социального неравенства).

Здоровье как жизненная ценность

В системе ценностных ориентаций респондентов **ценность здоровья** имеет наивысший индекс. Содержательный смысл здоровья соответствует его лидирующей позиции в системе ценностных ориентаций: для большинства респондентов здоровье является самым главным в жизни, все важные решения принимаются с тем, чтобы не вредить здоровью. С помощью факторного анализа ценностных ориентаций была определена доля лиц с целевой установкой на здоровье, а также — основные либеральные ценности: активную деятельную жизнь, жизненную мудрость и свободу.

Однако ценность здоровья слабо реализуется в реальных поведенческих моделях и носит скорее декларативный характер. Анализ материалов исследования показал отсутствие активных превентивных мер использования системных ресурсов по поддержанию своего здоровья в моделях само-сохранительного поведения.

Согласно самооценкам, только каждый девятый примерно раз в год проходит тщательное обследование состояния своего здоровья, а каждый пятый обращается к специалисту при первых симптомах того или иного заболевания. Можно заметить, что **стратегии заботы о здоровье носят стереотипный характер**. Многие считают, что прием медикаментов наносит больший вред организму, чем не лечение заболевания вообще. Это можно объяснить с одной стороны низкой грамотностью относительно рисков в сфере здоровья, а с другой — низким доступом к системным ресурсам и 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 (см. таблица 1).

Таблица 1

Целевые установки респондентов в поддержании здоровья

Стратегии поддержания здоровья	Количество ответивших респондентов, %
Примерно раз в год проводят тщательное обследование состояния своего здоровья	11,6
Не курят	44,8
Заботятся о том, чтобы как можно меньше подвергаться воздействию загазованной среды, шума	15,5
Обращаются к специалисту при первых симптомах того или иного заболевания	17
Стараются редко принимать медикаменты	36,9
При неважном самочувствии обращаются к природным средствам из собственной домашней аптечки	34,8
Заботятся о том, чтобы хорошо выспаться	19,5

Сопоставляя институциональные, объективно обусловленные факторы социального здоровья и внутренние ценностные мотивации респондентов с их мнением о том, что в первую очередь обуславливает состояние их личного здоровья, мы получили следующую картину. 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. От эффективности работы учреждений здравоохранения в зависимость поставили свое здоровье только 18,4%.

С помощью факторного анализа мы выявили следующую **типологию респондентов**, представляющую более развернутую и латентную характеристику персональных (индивидуальных) ресурсов социального здоровья:

1. снимающих личную ответственность за состояние здоровья и делегирующих ее внешним факторам (заботам членам семьи, здравоохранению, финансовому положению);

2. субъектно мотивированных — возлагают вину за здоровье на себя, признаются, что не могут справиться со своими вредными привычками (ссылаются на стрессы и неправильное питание);

3. социально мотивированных — объясняют своё состояние здоровья недостаточной комфортностью бытовых условий, бытующими стереотипами и неспособностью самих себя преодолеть вредные привычки;

4. пассивных — считающих, что здоровье зависит в первую очередь от наследственности и стереотипа не идти к врачу “пока не припечет”;

5. нормативно мотивированных — с одной стороны ссылаются на учреждения здравоохранения, с другой — признают свою индивидуальную ответственность за состояние здоровья всего общества.

Удовлетворенность работой учреждений здравоохранения и оценка системных ресурсов

Результаты проведенных исследований подтвердили тот факт, что низкий индекс показателя материального благополучия (-0,4) населения влечет за собой соответствующее значение индекса показателя доступа к системным ресурсам (-0,3). Этот показатель в свою очередь влияет на степень удовлетворенности системой здравоохранения. Так, если среди респондентов с уровнем дохода ниже среднего 20,5% удовлетворенных и 39% неудовлетворенных, то среди респондентов с уровнем дохода средним и выше среднего — 19% и 13% соответственно (см. таблица 2).

Таблица 2

Соотношение материального положения клиентов больниц и удовлетворенности уровнем медицинского обслуживания

	Как Вы оцениваете материальное положение своей семьи? %				
	Едва сводим концы с концами, покупаем только самое необходимое	На ежедневные расходы хватает, но покупка одежды – трудность	На еду, одежду хватает, но дорогостоящие вещи не по карману	Достаточно обеспечены, но машину нам не купить	Ни в чем себе не отказываем
Не удовлетворены уровнем мед. обслуживания	39		13		
Удовлетворены уровнем обслуживания	20,5		19		

Среди основных причин неудовлетворенности медицинским обслуживанием в больницах респонденты называют следующие:

– “без денег ничего не делается” — 20,1%;

- плохие бытовые условия содержания больных — 20,6%;
- нехватка или отсутствие необходимых медикаментов — 18,2%.

Факторным анализом были выделены два наиболее важных типа не-удовлетворенности:

– неудовлетворенные уровнем медицинского обслуживания (невнимательное отношение, уровень квалификации персонала) и материально-технической базой больниц (плохое санитарное состояние и бытовые условия больниц, нехватка медикаментов и необходимость при этом за все платить);

– неудовлетворенные соотношением “цена-качество” (без денег ничего не делается, необходимость платить неофициально и при этом отсутствие необходимого оборудования).

Отрицательные индексы системных ресурсов социального здоровья согласуются с негативной картиной, раскрывающейся из статистических данных — подверженности населения различным заболеваниям [3, 4]. Медики связывают это с постоянными нервными, стрессовыми нагрузками, несбалансированным, некачественным питанием, сидячим образом жизни, курением, избыточным весом, то есть преимущественно со стилем жизни, который, тем не менее, во многом обусловлен не столько выбором индивида, сколько объективными условиями его жизни [3].

Более высокий, но также отрицательный индекс (-0,01) имеет объективный показатель **социальной составляющей здоровья** — характер отношений респондентов с окружающими (степень социальной коммуникативности). 16,2% респондентов предпочитают находиться наедине с собой, тогда как в кругу других людей — 14,5% опрошенных. При этом большинство предпочитает ограничить круг социальных контактов семьей (67,4%).

Персональные ресурсы и ценностные мотивации респондентов

Персональные ресурсы оценивались через показатели индивидуального уровня: степень психической и нервной напряженности, степень физической активности, оценка своего здоровья и целевые установки для его поддержания, субъективная удовлетворенность своим материальным положением, чувство доверия окружающим.

Исследованием выявлено преобладание “пассивных” физических нагрузок, “по ходу дела”, не требующих активных волевых, материальных и временных затрат. Как следствие неправильного стиля жизни и недостаточной физической активности проявляются различные виды отклонений.

Показатели физического, психического и социального факторов здоровья интегрированы в общей системе социального самочувствия. По оценкам общий индекс **социального здоровья** превышает индекс как психологического, так и физического здоровья. Население меньше всего склонно объяснять различные недомогания согласованными категориями социального здоровья. Высокие индексы показателей социального здоровья объясняются, по самооценкам респондентов, доверием к окружающим. В то же

время симптомы усталости, тревожности и пониженного настроения компенсируются ценностью семьи, ограниченностью круга общения членами семьи.

Результаты исследования позволили сделать выводы о замкнутом причинно-следственном круге — усталость, с одной стороны, может быть вызвана недостаточной физической активностью, с другой — способствовать еще большему ее снижению, ослабляя волевые усилия индивида. Можно говорить и о том, что низкий индекс усталости как показателя физического здоровья обуславливает такие низкие индексы психического и социального здоровья, как повышенная раздражительность и пониженное настроение, что не способствует установкам на активную заботу о здоровье, частично объясняя “пассивную” позицию респондентов.

Выводы:

Проанализировав ряд факторов, в которых проявляется действие структурно опосредованных, неодинаково распределенных системных и социальных ресурсов, можем сделать ряд выводов:

- низкий индекс материального положения делает качественную медицинскую помощь недоступной для многих людей;
- затрудненный доступ к системным ресурсам вследствие низкого уровня материального благополучия “вынуждает” для поддержания резерва здоровья обращаться к “доступным” индивидуальным ресурсам, использованию пассивных и личностно-волевых способов поддержания здоровья;
- низкая медицинская активность населения коррелирует с оценочными суждениями респондентов по поводу факторов, обуславливающих их здоровье. Большая часть респондентов не склонна делегировать ответственность за свое здоровье институту здравоохранения, связывая качество и образ жизни с финансовым положением.

При этом в моделях поведения населения внешний локус контроля преобладает над внутренним — заботу о своем финансовом благополучии население склонно возлагать на государство, считая, что собственными силами невозможно повысить материальный уровень жизни. Субъективно оцененная индивидами невозможность контролировать релевантные условия и виды деятельности соответственно собственным целям, потребностям и интересам и уметь влиять на них ослабляет результативность преодоления психосоциальных нагрузок. С другой стороны, можно сделать вывод, что под причиной “низкой финансовой обеспеченности” и “невозможности что-либо изменить” люди психологически уходят от личной ответственности за собственное здоровье — очень малая часть населения считает, что здоровье зависит, прежде всего, от собственного желания им заниматься.

Молодое поколение в обществе склонно преодолевать экстернальную позицию и отличается от старших большей готовностью отвечать за собственную судьбу. Была выявлена группа лиц, которые с одной стороны ориентированы на большее “задействование” системных и институциональ-

ных ресурсов, с другой — готовы повысить индивидуальную составляющую в борьбе человека за состояние общественного здоровья.

Сформулировав комплекс причин, обуславливающих отрицательные тенденции потенциала здоровья украинского общества, можно предложить следующий ряд мер для оптимизации ситуации.

На **макроуровне** необходимо скоординировать инициативы в области законодательства и здравоохранения и направить их на создание “здоровых” окружающих условий, благоприятной социальной и природной среды как на локальном, так и на национальном уровне, в которых для любого человека выбор здорового образа жизни естественен и рационален. На **мезоуровне** в условиях рыночной экономики в нашей стране целесообразно выстраивание взаимоотношений “врач-пациент” в соответствии с принципами современного менеджмента, внедрение системы экономического анализа для рационального использования ресурсов: чтобы врач получал достойную зарплату и работал на благо пациентов.

При этом на **микроуровне** необходима активизация моделей целенаправленного самосохранительного поведения, формирование типа личности с внутренним локусом контроля над обстоятельствами, воспитание у населения с помощью СМК чувства ответственности за здоровье, ценностей и установок, связанных с его укреплением.

Литература

1. Штайнгамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. — 1999. — Т. 2. — № 1 (5). — С. 115-127.
2. Fox A. J., Goldvlatt P. O., Jones D.R. Social class mortality differentials: artifact, selection jr life circumstances // Ibid. — P. 34-49.
3. Мавродий В. М. Неотложная терапия. — Одесса: Фотосинтетика, 2001. — С. 142.
4. Збірник “Статистичний щорічник Одеської області за 2004 рік”. Видання Головного управління статистики в Одеській області, вих. № 01-01-42/339 від 12.09.2005 р. — С. 424.

Л. В. Стоянова

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

СОЦІАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я: БАГАТОРІВНЕВИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ ВПЛИВУ

Резюме

Обґрунтовується необхідність комплексного підходу до аналізу категорії “соціальне здоров'я”. Емпірично доводиться вплив системи інституціональних, соціальних та індивідуальних факторів на соціальне здоров'я суспільства.

Ключові слова: соціальне здоров'я, фактори впливу, соціальні ресурси, персональні ресурси, системні ресурси

L. V. Stojanova

Odessa National University,

Institute of social science, Chair of sociology

fl. 22, Ac. Glushko, 15 avenue, Odessa-104, 65104, Ukraine

**SOCIAL HEALTH: MULTILEVEL ANALYSIS OF THE FACTORS
OF IMPACT**

Summary

The necessity of the complex approach to analysis of a category of “social health” is proved. The impact of system of the institutional, social and individual factors on the social health is demonstrate in empirical way.

Keywords: social health, factors of impact, social resources, personal resources, system resources