

Л.В. Сажина, И.В. Шарауров
Южный федеральный университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия

ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ ИНДИВИДА: НАЧАЛО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

В настоящее время исследования, посвященные проблеме здоровья индивида, приобрели значительную актуальность. За последние годы появилось много публикаций, в которых данная проблема обсуждается с разных точек зрения. Вопросы здоровья выступают как предмет междисциплинарного исследования, поскольку достаточно большое количество наук занимается теоретическими разработками и прикладными исследованиями этого проблемного поля.

Ключевые слова. Здоровье, социальное здоровье, детерминанты здоровья.

To date researches devoted to the problem of health of the individual have got a significant urgency. In recent years there have appeared many publications where the given problem is discussed from different points of view. Questions of health are the subject of interdisciplinary research as a plenty of sciences are involved into both theoretical development and applied researches of this problem field.

Key words: health, social health, determinants of health.

Описывая феномен «здоровья» в широком смысле, обычно подразумевают разные системы характеристик. Просто говоря, в основе оценки состояния здоровья индивида лежит совокупность антропометрических, физиологических, клинических показателей, определяемых с учетом пола, возраста, места жительства. Оценка состояния здоровья населения в рамках социума – это, прежде всего, средняя продолжительность жизни индивидов. Критерии здоровья одновременно статичны и динамичны. Динамика оценки здоровья особенно заметна в связи с переходом от показателя «продолжительность жизни» к показателю здоровья «продолжительность здоровой жизни» – качественной жизни, не просто свободной от болезней, а социально активной, способствующей максимальной реализации всех потенциальных возможностей индивида в обществе [7, с. 320.].

Социально-ориентированные подходы включают в себя принципы кросс-культурной методологии и определяют здоровье как социокультурную переменную. Характеристики здоровья рассматриваются как относительные, детерминированные специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира.

Функционализм и символический интеракционизм – одни из базовых теоретических подходов, во многом определившие содержание социологии здоровья и болезни. Данная область научного знания объединила множество концепций, в частности: стигматизации (Гоффман), роли больного (Парсонс), профессиональные особенности здравоохранения (Фрейдсон), социальные установки к вопросам жизни и смерти (Хендел,

Мерфи и др.), медицинское образование и социализация (Мертон, Беккер и др.), медицина как институт социального контроля (Такетт) и многие другие.

Функциональный подход в социологии связывает здоровье и медицину с другими социальными структурами. В частности Т. Парсонс в ролевой теории рассматривает такие феномены, как «нетрудоспособность», «девиация» и другие. Отношения «врач-пациент» как социальная система с определенными правами и обязанностями представляют собой микромодель социального института здравоохранения, гарантирующего сохранность общественной ценности – здоровья. Взаимодействие в данной системе Т. Парсонс рассматривал не только с социологической, но и с экономической точки зрения, как обмен между производителем и потребителем [3, с. 120].

Парадигма символического интеракционизма исследует здоровье и медицинское лечение, главным образом, как явления субъективной перцепции и социальной дефиниции. В истории социологии медицины проблема здоровья и медицинского лечения рассматривалась и в рамках других социологических подходов. В частности, М. Сакс в книге «Ортодоксальная и альтернативная медицина» отмечает, что теория конфликта фокусируется на неравном распределении здоровья и медицинской помощи. Она критикует систему медицины в США за то, что та слишком полагается на лекарство и хирургию, за неограниченное господство в ней мотивации прибыли и за преувеличение при анализе причин болезни биологического подхода по сравнению с подходом социальным [4, с. 161-167].

Современные исследования социологии здоровья, направленные на изучение потребности в здоровье, ресурсов здоровья и его перспектив, самосохранительного поведения, продолжительности жизни, влекут за собой появление новых отраслей и направлений в социологии и медико-социальной работе [5, 109-126]. К ним следует отнести передачу информации, касающейся здоровья населения. Е.В. Дмитриева в книге «Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы» выделяет следующие основные модели коммуникации [1, с. 15]: 1) терапевтическая модель, в которой описываются взаимоотношения врача и пациента, подчеркивается их роль в ходе привыкания последнего к болезни. Врач помогает справиться со стрессом, преодолеть психологические барьеры, учит адекватно реагировать на болезнь. Главная функция – поддержка человека; 2) модель представления о здоровье призвана объяснить природу самосохранительного поведения, состоит из индивидуальных представлений о восприимчивости к какой-либо болезни, о серьезности болезней, о преимуществах превентивного поведения и препятствиях на пути к его осуществлению. Также компонентом данной модели являются сигналы, которые заставляют индивида заботиться о своем здоровье. Эта модель дает общее представление о картине формирования превентивного поведения индивида; 3) интеракционная модель рассматривает отношения между врачом и пациентом с точки зрения межличностных отношений в контексте определенной ситуации. Интеракция понимается как динамический процесс, основанный на взаимодействии обоих субъектов. Трансакции – это результат взаимоотношений между врачом и пациентом, направленный на достижение определенных целей; 4) модель коммуникации по поводу здоровья более широкая по

объему: взаимоотношения описываются для всех субъектов: врачей, клиентов и значимых других. Включенность в процесс многих участников дает комплексный анализ этой коммуникации; 5) модель объяснения включает интерпретацию пяти компонентов: этиологии, набора симптомов, патофизиологии, течения болезни (серьезность симптомов и тип роли больного), а также лечения. Эти модели детерминированы уровнем знаний, ценностями общества, а также подсистемами здравоохранения, и представляют собой продукт исторического и социально-политического развития. Болезнь и здоровье могут рассматриваться как варианты социального соглашения (договора), в котором учитываются социальные ожидания и роли в процессе самосоздания [2, с. 7].

Достаточно новой для социологии проблемой является анализ и разрешение коммуникационных сложностей, возникающих по поводу здоровья. Коммуникационное взаимодействие в сфере здоровья носит многоуровневый характер и может рассматриваться с разных точек зрения, например, общение врачей друг с другом, с руководством лечебных учреждений, со страховыми кампаниями, с разными категориями пациентов и т.п.

Исследование собственно здоровья и взаимодействий по поводу здоровья в социуме не может быть ограничено сферой и интересами здравоохранения. Медицина не может самостоятельно, без комплексного подхода, осуществить необходимое теоретико-прикладное исследование здоровья, превентивного поведения, трудового долголетия, а также предложить ряд мер для оптимизации воздействия на обозначенную область. Между социологией и медициной в силу различия языка и решаемых задач существуют проблемы в интеграции знания. Методы медицины не могут в нужном объеме отражать глубину изучаемых социальных явлений, их общественную природу. Это актуализирует междисциплинарный характер изучения вопросов здоровья. По причине того, что социология здоровья, здравоохранения, медицины стали достаточно объемными и по теоретико-методологическому опыту, и по количеству прикладных исследований, соответственно, их воздействие распространилось на многие другие области. Сегодня для исследователей продолжают представлять интерес такие темы, как медицина – инструмент социального контроля («омедицивание» жизни), гендер и здравоохранение, неравенство в обладании здоровьем и доступе к услугам здравоохранения (включая расовое, гендерное, а также классовое неравенство), социальное конструирование медицинского знания, образцы самопомощи и податливость им пациентов, изучение сексуального поведения с особым вниманием к болезням, передаваемым половым путем и СПИДу и многие другие темы [8, р. 261].

Итак, подведем некоторые промежуточные итоги. Во-первых, есть группы факторов, оказывающих влияние на здоровье. Социальные факторы связаны с природными и средовыми факторами, которые откладывают определенный отпечаток на здоровье и на формирование отношения к нему у различных групп населения. Во-вторых, есть факторы, участвующие непосредственно в формировании персонифицированного отношения к здоровью. Это такие факторы, как, например, образ жизни, уровень индивидуальной и общественной культуры, мотивация здорового образа жизни, установка (настройка) на долгую и здоровую жизнь, воспитание и обучение здоровью, двигательная активность и здо-

ровое питание, разумное использование лекарственных средств (в том числе и природных средств народной медицины). В-третьих, модели коммуникации играют важную роль в процессе формирования отношения индивидов к своему здоровью. Трансмиссия информации, касающейся здоровья населения, выступает одним из факторов воздействия социума, который определяет не только степень информированности индивидов по вопросам здоровья и превентивного поведения, но и влияет на характер взаимодействия между людьми в сферах жизнедеятельности, связанных со здоровьем и отношением к нему.

В современных условиях перед социологами стоят задачи более полного изучения имеющихся научных и обыденных представлений о роли здоровья в обществе, мотивации к его сохранению и укреплению, детерминантах здоровья индивидов, функциях здравоохранения, месте нетрадиционной медицины и ряд других смежных вопросов. Исследование обозначенной проблематики, а также разработка эффективных мер и практических рекомендаций может внести положительную динамику в наметившиеся достаточно неблагоприятные тенденции: снижение ожидаемой продолжительности жизни, особенно в мужской гендерной группе [6, с. 66-81] (также детерминированными рядом факторов, сегодня заметно проявляющийся фактор «динамика мужской идентичности» и др.), появление новых заболеваний, детерминированных как социальными, так и персонифицированными, природными и другими факторами и т.д.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамова Г.С.* Психология человеческой жизни. Исследования геронтологии. М.: Академия, 2004.
2. *Аликин И.А., Лукьянченко Н.В., Пахальян В.Э., Ядрышников Т.Л.* Отношение к здоровью учащихся и учителей как один из аспектов «Я-концепции» // Вестник практической психологии образования. 2008. № 4 (17).
3. *Парсонс Т.* О структуре социального действия. М.: Академический проект, 2000.
4. *Садыков Р.А.* Диссертационное исследование «Особенности социального положения и профессионализации врачей альтернативной медицины» // Социологический журнал. 2011. № 2.
5. *Садыков Р.А.* Статус гомеопатии в пространстве российского здравоохранения: автономия или интеграция? // Журнал исследований социальной политики. 2012. № 1.
6. *Сажина Л.В.* Динамика современных гендерных культур. Анализ российского и западного социумов. LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011.
7. Социологическая энциклопедия. М.: «Мысль», 2003. Т. 1.
8. *Jary David, Jary Julia.* Collins dictionary of sociology. Harper Collins Publishers, 1995.