

# СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 316.42  
ББК С561.6

## СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ПЕРСПЕКТИВНАЯ ОТРАСЛЬ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ<sup>1</sup>

Н. Л. Антонова

*Ключевые слова:* здоровье, социология здоровья, социальные изменения, неравенство в сфере здоровья, ценность здоровья.

*Резюме:* Статья раскрывает предметное поле одной из «молодых» для отечественной науки отраслей социологического знания – социологии здоровья. Автором представлен анализ основных направлений исследований в этой области, обозначен эвристический потенциал и перспективы дальнейшего развития социологии здоровья.

Социологию здоровья можно отнести к одной из активно развивающихся отраслей социологической науки. Последнее десятилетие в России актуализировались исследования, касающиеся здоровья населения, различных социальных групп. К числу предпосылок становления и развития научной дисциплины можно отнести изменение структуры заболеваемости и причин смертности во второй половине XX в., что предопределило выдвижение на первый план в качестве доминирующего фактора, определяющего здоровье, фактора образа жизни. Несмотря на то, что здоровье попадает в фокус исследовательского внимания многих наук, анализ его как социального феномена остается слабо разработанной областью.

Здоровье представляет собой один из интегральных показателей качества жизни, в нем отражаются демографические, социальные процессы общества, уровень социокультурного и экономического развития, качество функционирования системы здравоохранения. Традиционно показателем здоровья выступает система демографических индикаторов: заболеваемость, смертность, продолжительность жизни и др. Сегодня в русле социологии здоровья этот перечень расширяется. Так, в качестве ключевых социологи выделяют совокупность показателей субъективного толка, к числу которых можно отнести

---

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 04-03-83304а/У.

самооценку здоровья, ценность здоровья, механизмы заботы о здоровье и пр. Одним из перспективных направлений исследований становится формирование теоретико-методологических оснований оценки здоровья населения, различных социальных групп.

Долгое время здоровье и болезнь воспринимались как состояния организма индивида, детерминированные фактором наследственности. Вместе с тем, здоровье предстает социальным феноменом, анализ которого возможен с позиций социологической науки. Одним из первых к феномену здоровья обратился Э. Дюркгейм, представив анализ нормы и патологии в русле исследования самоубийств. Дальнейшее развитие проблематика здоровья получила в структурно-функциональном анализе Т. Парсонса, который ввел категории «роль больного» и «роль врача». Болезнь – это особый социальный статус, причем иногда желаемый; в этом случае у медицины появляется особая функция – социального контроля. Роль больного проявляется сквозь призму следующих характеристик: он освобожден от нормальных социальных обязанностей, не в состоянии о себе заботиться, как правило, желает возвратиться к нормальной жизни, обычно обращается за компетентной профессиональной помощью [1, с. 170].

Анализ феномена здоровья, особенностей взаимодействия врача и пациента, социальных представлений о болезни нашел отражение в работах И. Гоффмана, Э. Фрейдсона, И. Ильича, М. Фуко и других исследователей. В современном российском обществе сформирован своего рода социальный заказ на исследование социальных факторов, влияющих на здоровье индивида. Оформившаяся ранее социология медицины не способна решить поставленные задачи, поскольку ее предметом является медицина как социальный институт, «функционирование человека в медико-социальных системах,... их структура и эволюция развития, взаимодействие медико-социальных групп, закономерности развития, становления и распада медико-социальных организаций» [11, с. 75]. Как справедливо замечает Е. В. Дмитриева: «Индивид, его здоровье, представления, национальные и культурные традиции, отношение к здоровью, образу жизни, социальному окружению упоминаются, но не являются фокусом исследования» [2, с. 56]. Мы, поддерживая позицию Е. В. Дмитриевой, считаем, что социология медицины и социология здоровья имеют отличные друг от друга предметы и нельзя отождествлять одну отрасль социологического знания с другой. Однако мы не утверждаем, что социология медицины исчерпала себя как сфера научного знания, наоборот, реформы здравоохранения «подпитывают» ее новыми медико-социальными проблемами, требующими изучения, нового взгляда на феномен медицины. В этой связи в 2000 г. в Номенклатуру специальностей научных работников введен соответствующий шифр и наименование дисциплины 140052 – «Социология медици-

ны», отрасль науки, по которой присуждается ученая степень – медицинские, социологические науки. Курс «Социология медицины» сегодня активно вводится в качестве одного из основных компонентов гуманитарного цикла в медицинских вузах. С 2002 г. в издательстве «Медицина» выходит журнал «Социология медицины», целевой аудиторией которого становится и социологическая, и медицинская общественность.

Возвращаясь к фокусу нашего исследовательского внимания, уточним предметное поле социологии здоровья. Как считает И. В. Журавлева, социология призвана постичь «механизмы социальной обусловленности здоровья, его места в системе социокультурных ценностей, регулирующих отношение человека к здоровью» [5, с. 486]. Социологи исследуют потребности, мотивы, установки в сфере здоровья, влияние на них всего комплекса экономических, культурных, социальных факторов.

Выделим основные направления исследований в области социологии здоровья. Прежде всего, это исследования влияния образа жизни и качества жизни на здоровье. Объектами изучения становятся различные социальные группы: подростки, молодежь, пенсионеры [3, 5, 10, 14]. Одной из актуальных проблем исследования в данном контексте становится анализ неравенства в сфере здоровья, прежде всего, неравенства в доступности и качестве медицинского обслуживания населения. Выделим социально-статусный аспект неравенства. В эпоху развитого социализма охрана здоровья населения имела узковедомственный подход. Медицинские услуги высокого качества получала политическая элита, лучшие врачи-специалисты «работали» на них, лечебно-профилактические учреждения для «верхушки» были оснащены самой современной диагностической аппаратурой. Для значительной части населения подобного рода услуги были недоступны. Расслоение современного российского общества, растущая поляризация по уровню дохода усиливают социальную напряженность в сфере здоровья. Опираясь на исследования, Т. М. Максимова заключает, что основной массе больных абсолютно недоступны такие медицинские услуги, как консультации специалистов, платные операции, обследования; около 40% населения, оплачивая услуги, ограничивают себя и членов семьи в питании, покупке необходимых вещей [7, с. 109]. Уровень доходов оказывает значительное влияние на качество жизни: качество питания, качество жилищных условий и пр.; существует прямая зависимость этого показателя и состояния здоровья индивида.

Следующий аспект неравенства в сфере здоровья можно обозначить как территориально-пространственное – географическое – размещение. Географическая доступность предполагает распределение медицинских услуг на территории страны, отдельных регионов и типов поселения (город–село). Оснащен-

ность медицинских учреждений, кадровые ресурсы различных территориальных образований также выступают показателем неравенства в сфере здоровья. Сегодня очень остро стоит вопрос о функционировании института врачей общей практики, особенно в поселениях сельского типа. Врач общей практики, или семейный врач, – это специалист, прошедший специальную многопрофильную подготовку для проведения первичной медицинской и социальной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста. Развитие института семейных врачей, на наш взгляд, может выступить одним из механизмов решения заявленной проблемы.

Территория проживания, а точнее экологическое благополучие, также является показателем неравенства в сфере здоровья. Концентрация вредных веществ в городах, высокий уровень химического и бактериального загрязнения питьевой воды оказывают непосредственное влияние на заболеваемость населения во многих регионах страны. Кроме того, высокая плотность городского населения, информационные и интеллектуальные перегрузки приводят к психоэмоциональным стрессам, что, в свою очередь, способствует развитию сердечно-сосудистых, эндокринных, невротических заболеваний. Жители села представляют собой своего рода зону риска за счет роста числа девиаций, особенно включения в образ жизни злоупотребления алкогольной продукцией.

Можно выделить еще один аспект неравенства в сфере здоровья – это гендерное неравенство. Гендер применительно к здоровью представляет собой сложное переплетение проблем, связанных не только с биологическими и физиологическими различиями полов, но и с социальной составляющей неравенства между мужчинами и женщинами. Гендерные исследования показывают, что характер женского труда непосредственно связан с проблемой здоровья. Затраты времени, связанные с домашней работой, уходом за детьми, приводят к снижению ценности здоровья для самой женщины. Акцентируя внимание на «домашнее» предназначение женщины, общество в целом, ближайшее социальное окружение тем самым «приводят» к социальной изоляции женщины. Крайним вариантом неравенства можно считать гендерное насилие; это нарушение прав, использование ресурсов женщины для достижения каких-либо целей, реализации амбиций и пр. Эти аспекты имеют свои последствия, касающиеся, прежде всего, физического, психического, социального здоровья женщины.

Было бы несправедливо в русле гендерного неравенства в сфере здоровья «забыть» о мужской общности. В России разница в средней продолжительности жизни мужчин и женщин составляет около 12 лет. На продолжительность жизни мужчины негативное влияние оказывают как биологические, так и социальные факторы. Мужской организм имеет ряд особенностей и ограничений, следствием которых и выступают высокие показатели смертности

в пренатальном и неонатальном периоде, в детском возрасте организм мальчика более уязвим, чем девочки. Далее мужская сверхсмертность увеличивается за счет роста смертности в трудоспособных возрастах, причем, показатели смертности мужчин в рабочих возрастах в 3–4 раза выше, чем у женщин. Наиболее частыми причинами, приводящими к смертности у мужчин, являются онкологические заболевания желудочно-кишечного тракта, смерть в результате ДТП, убийства и преднамеренные повреждения, туберкулез, острые респираторные инфекции, отравления алкоголем [9, с. 90]. Невнимательное отношение со стороны мужчин к состоянию здоровья, переоценка своих возможностей, склонность к рискам приводят к тому, что мужчины гораздо чаще, чем женщины, умирают «на ходу», в трудоспособном возрасте.

Следующее направление – это изучение самосохранительного поведения. Самосохранительное поведение как система действий и отношений индивида к своему здоровью позволяет охарактеризовать ценностно-мотивационную структуру личности и ценность здоровья в ней. Ценность здоровья складывается из экономических, социокультурных, этнонациональных и пр. факторов; в разных социальных общностях есть свои представления и традиции о самосохранительном поведении. Индивидуальные и общественные нормы поддержания здоровья, распределение баланса ответственности за состояние здоровья между государством и индивидом заметно отстают от большинства западных государств. Бесплатное медицинское обслуживание, к которому «привыкло» население России, сегодня становится все менее доступным, что приводит к кризисной ситуации в сфере здоровья. Укрепившиеся представления населения о том, что за здоровье несет ответственность Министерство здравоохранения, нейтрализуют позицию собственной активности личности в области здоровья.

Ценность здоровья имеет парадоксальный характер: занимая высокие позиции в структуре жизненных ценностей личности, различных социальных групп, оно (здоровье) на поведенческом уровне оказывается одним из главных ресурсов достижения других, более значимых, целей. Причем, такой парадокс фиксировался демографами и социологами как в дореформенный период, так и в эпоху становления и развития рыночных отношений в России. Результаты наших исследований<sup>1</sup> (2001–2003 гг.) значимости здоровья в структуре ценностей студентов Российского государственного профессионально-педагогического университета (г. Екатеринбург) свидетельствуют, что здоровье для молодежи является практически единственным ресурсом реализации собственных амбиций и потребностей, тем инструментом, эксплуатация которого позволит успешно стартовать в «большое плавание».

---

<sup>1</sup> Исследования проведены студентами Института социологии РГППУ под руководством автора.

Одним из индикаторов самосохранительного поведения выступает оценка состояния здоровья. Как оценивают состояние собственного здоровья студенты (табл. 1)?

Таблица 1

Самооценка студентов состояния здоровья за последний год  
(% к числу опрошенных)

Самооценка здоровья	2001	2003
Осталось без изменений	57	65
Ухудшилось	33	18
Улучшилось	10	17
Итого	100	100

Табличные данные показывают, что самооценка здоровья респондентов повышается; если в 2001 г. каждый третий опрошенный обозначил ухудшение своего здоровья, то в 2003 г. доля таких респондентов уменьшилась практически в два раза. Самооценка здоровья обусловлена совокупностью объективных и субъективных факторов, к числу последних можно отнести включение в систему самосохранительного поведения механизмов «заботы о здоровье». Так, увеличилась доля респондентов, занимающихся спортивно-оздоровительной деятельностью в свободное время. Посещение спортклубов, спортивных залов, стадионов, площадок становится атрибутом современной активной жизни студента. Большая часть опрошенных, испытывая различного рода недомогания, предпочитает обратиться к специалистам-врачам соответствующего профиля, что также свидетельствует о позитивной тенденции в сфере самосохранительного поведения молодежи. Однако студенты явно недооценивают роль санаторно-курортного лечения как инструмента профилактики, лишь каждый десятый опрошенный выразил необходимость в услугах такого рода.

В сфере интересов социологов оказались исследования здоровья женщины, в частности, репродуктивное здоровье. На II Всероссийском социологическом конгрессе, прошедшем в 2003 г. в г. Москве, была специально организована работа круглого стола «Репродуктивное здоровье», на котором был рассмотрен широкий спектр медико-социальных проблем в этой области [13, с. 786–802].

В современной социологической науке активно развиваются качественные исследования социальных явлений и процессов. В этом русле появляются интересные работы в сфере социологии здоровья, основным инструментом изучения становится методология качественного исследования. Такой подход позволяет глубже проникнуть в суть изучаемого феномена, «посмотреть» на него с различных позиций, выявить причинно-следственные связи, раскрыть

пространство символических репрезентаций. Американские социологи А. Старрус и Дж. Корбин – создатели обоснованной теории (grounded theory) – процедуры и техники разработанной теоретико-методологической конструкции раскрывают на ярких примерах, касающихся в той или иной степени здоровья индивида: переживание боли и облегчение боли [12, с. 65–68], хронические заболевания беременных женщин и риски, с ними связанные [12, с. 105–116]. В целом, реализация качественных стратегий исследования в социологии здоровья имеет большой эвристический потенциал, который, расширяя предметное поле науки, позволит дать целостное глубокое представление о социальном феномене здоровья.

Сегодня предметная область социологии здоровья расширяется, включая в себя исследовательский анализ функционирования институтов, деятельность которых направлена на сохранение и развитие здоровья. Мы имеем в виду, прежде всего, институт здравоохранения, целевые установки которого направлены на диагностику, лечение и профилактику различного рода заболеваний. Одной из главных особенностей здравоохранения выступает его ориентация на больных людей, именно им предназначены все медицинские и социальные ресурсы. Вслед за рядом исследователей констатируя ухудшение здоровья населения, институт здравоохранения в предметно-целевое поле должен включить и ряд новых направлений, связанных с формированием санитарно-гигиенической культуры, норм самосохранительного поведения; стать центральным звеном в процессе взаимодействия личности и социальных институтов (семьи, образования, отдыха и т. п.) в сфере здоровья. Отсюда приоритетной должна стать ориентация на здоровье здоровых людей.

К числу перспективных направлений исследований следует отнести и социологический анализ функционирования и развития системы обязательного медицинского страхования, одной из базовых задач которой выступает обеспечение качества медицинской помощи; особенностей социального взаимодействия субъектов системы и реализация правовых интересов пациентов.

В целом, социология здоровья, активно развиваясь и обогащая предметное пространство, становится междисциплинарной отраслью научного знания, поскольку исследовательское поле феномена здоровья включает идеи, взгляды, представления не только социологов, но и медиков, демографов, педагогов, психологов, философов.

### **Литература**

1. Джери Д., Джери Дж. Большой толковый социологический словарь. М., ВЕЧЕ-АСТ, 1999.
2. Дмитриева Е. В. От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. 2003. № 11.

3. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / Под ред. Н. М. Римашевской. М., Изд-во ИСЭПН, 2001. С. 224–252.
4. Журавлева И. В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество/Под ред. В. А. Ядова. М., Изд-во «Канон-пресс-Ц», 2001.
5. Журавлева И. В. Здоровье населения как междисциплинарная проблема. Становление социологии здоровья // Социология в России. М., 1998.
6. Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики/Отв. ред. Л. С. Шилова, Л. В. Ясная. М., Изд-во Ин-та социологии РАН, 2000.
7. Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., ПЭР СЭ, 2002.
8. Назарова И. Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11.
9. Мещеркина Е. Ю. Социологические исследования маскулинности: мужской пол в публичности и приватности // Гендерное равенство: поиски решения старых проблем. М., 2003.
10. Отношение населения к здоровью/Под ред. В. А. Ядова. М., Изд-во Ин-та социологии РАН, 1993.
11. Решетников А. В. Социология медицины (Введение в научную дисциплину): Руководство. М., Медицина, 2002.
12. Страусс А., Корбин Дж. Основы качественного исследования: обоснованная теория, процедуры и техники. М., Эдиториал УРСС, 2001.
13. Тезисы докладов и выступлений на II Всероссийском конгрессе «Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы»: В 3 т. М., Альфа-М, 2003. Т. 3.
14. Шилова Л. С. Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5.