

**В.А. МЕДИК, А.М. ОСИПОВ**

**ОБЩЕСТВЕННОЕ  
ЗДОРОВЬЕ  
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:  
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Москва  
ИНФРА-М  
РИОР

УДК 316:61  
ББК 51.1(2)  
М42

Рецензенты:

заслуженный деятель науки РФ, академик Российской академии медицинских наук, доктор медицинских наук, профессор **Ю.П. Лисицын**;  
член-корреспондент Российской академии наук, доктор философских наук, профессор **Ж.Т. Тощенко**

**М42 Медик В.А., Осипов А.М.**  
Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. — М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. — 358 с.

ISBN 978-5-369-00953-6 (РИОР)  
ISBN 978-5-16-005059-1 (ИНФРА-М)

В монографии рассматривается широкий спектр методологических и научно-практических вопросов медико-социологического изучения общественного здоровья и здравоохранения. Представлен анализ результатов медико-социологического мониторинга здоровья населения и здравоохранения, проведенного на основе методологии, утвержденной Минздравсоцразвития России и РАМН. Предложен комплекс научно обоснованных приоритетов и мер по оптимизации системы охраны здоровья граждан Российской Федерации, разработанный учеными Национального НИИ общественного здоровья РАМН и Новгородского научного центра СЗО РАМН.

Материалы исследования представлены в работе, удостоенной премии Правительства Российской Федерации 2009 года в области науки и техники.

Для специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, социологии медицины, медицинской психологии, политиков, широкого круга лиц, интересующихся проблемами здоровья населения и здравоохранения.

УДК 316:61  
ББК 51.1(2)

**АВТОРЫ**

**МЕДИК Валерий Алексеевич** — заслуженный врач РФ, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, член-корреспондент Российской академии медицинских наук, доктор медицинских наук, профессор, директор Новгородского научного центра Северо-западного отделения РАМН, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены института медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. Автор более 250 научных работ по актуальным проблемам общественного здоровья, экономики управления здравоохранения, медицинской статистики.

**ОСИПОВ Александр Михайлович** — доктор социологических наук, профессор Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. Автор более 100 работ по актуальным проблемам социологии образования, медицины.

ISBN 978-5-369-00953-6 (РИОР)  
ISBN 978-5-16-005059-1 (ИНФРА-М)

© В.А. Медик, А.М. Осипов, 2012

## ВВЕДЕНИЕ

Внимание современных исследователей общественного здоровья и здравоохранения к социологической науке связано с тем, что даже обобщенная информация, основанная на данных обращаемости населения за медицинской помощью, не способна в полной мере, детально охарактеризовать реальное состояние общественного здоровья и его детерминанты.

Теоретические и научно-методические средства социологической науки существенно расширяют спектр научного анализа общественного здоровья. Совершенно не случайно в этом плане формирование в корпусе современных социальных наук такой отрасли социологии, как социология медицины, с ее широким видением проблемного поля и межпредметным характером исследовательских подходов. Развитие социологии медицины, возобновившееся в России в 1960-е гг., дает надежду на полномасштабное социально-научное освещение разнообразных проблем общественного здоровья и здравоохранения. Но вместе с тем данный процесс неизбежно приводит ученых и практиков медицинской сферы к признанию гораздо большей, чем прежде, социальной ответственности за результаты своей деятельности, поскольку в этих результатах не только оценка сегодняшнего состояния общественного здоровья и здравоохранения, но и основа для формирования социальной модели системы охраны здоровья будущего. Последнее десятилетие XX в. отмечено в нашей стране всплеском интереса к этой отрасли, ее академическим признанием в качестве одного из необходимых направлений научных исследований и вузовской профессиональной подготовки<sup>1</sup>, формированием молодых научных школ.

Изучение общественного здоровья и здравоохранения сегодня вряд ли может обойтись без глубокого анализа взаимосвязи здравоохранения с другими подсистемами общества — экономикой, социальной структурой, культурой и политикой, а здесь нужны и совместимые социально-научные концепции, и единый категориальный аппарат, и универсальные методы исследования.

Общественное здоровье и здравоохранение выступают в качестве таких ценностей, доступ к которым в обществе оказывается далеко не одинаковым для разных групп и слоев населения. Он обусловлен положением индивидов и групп в конкретной социальной системе неравенства. Отсюда здоровье служит одним из оснований идентификации и самоидентификации людей в системе социального нера-

венства, а значит, и предпосылкой их социальных взаимодействий, социальной интеграции (сплоченности) или дезинтеграции и, кроме того, существенным фактором общественно-психологического климата в социальных группах и обществе в целом.

Всестороннее изучение общественного здоровья и здравоохранения предполагает не только овладение арсеналом современных методов социальной статистики (в дополнение к эффективно используемым методам медицинской статистики), но и постепенное формирование соответствующей отраслевой социологической концепции. Эти задачи решаются все еще недостаточно динамично как в сфере научных исследований и академической жизни, так и в сфере профессионального медицинского образования. Именно поэтому вклад, вносимый в развитие данной научно-практической области плеядой современных российских исследователей (О.П. Щепин, Ю.П. Лисицын, А.В. Решетников, Д.Д. Венедиктов, И.В. Журавлева и др.), является особенно важным и полезным.

Изучение общественного здоровья и здравоохранения с позиции социологии имеет значительный теоретический и научно-практический потенциал. С помощью медико-социологического анализа может быть вскрыта сложная система факторов общественного здоровья в масштабе региональных сообществ и отдельных групп населения, лучше поняты социальная обусловленность здоровья и функции здравоохранения.

В отечественных публикациях уже не первый год воспроизводится известное утверждение, что в совокупности факторов здоровья 50% из них относятся к образу жизни, а оставшиеся 50% в разных пропорциях относятся к факторам среды обитания, наследственности и влиянию здравоохранения<sup>1</sup>. Как эти пропорции складываются в условиях разных групп населения — студентов, селян, людей пожилого возраста, больных определенными заболеваниями или инвалидов? Как эти факторы реально распределяются в современных социально-экономических условиях общества? Для ответа на подобные вопросы как раз и требуется взаимодействие медицинской науки с целым рядом современных социальных наук, в первую очередь — социологией и прикладной социальной статистикой.

Теоретическим продуктом медико-социологического изучения общественного здоровья и здравоохранения в перспективе могут стать ценные разделы теории, в числе которых:

- изучение общественного здоровья и здравоохранения, его структуры, детерминации (управляемых переменных) и динамики на уровне общества, региона, локального сообщества и конкретных социальных групп;

<sup>1</sup> Решетников А.В. Социология медицины: Учебник. М., 2006.

<sup>1</sup> Лисицын Ю.П. Теории медицины XXI века. М.: Медицина, 1999. С. 79.

- определение роли здоровья и здравоохранения в функционировании общества и его отдельных сфер (экономической, политической, культурной, социально-правовой, рекреативной и др.);
- типология моделей поведения людей в сфере здоровья;
- уточнение функциональных взаимосвязей общественного здоровья и здравоохранения с другими подсистемами социума и их ответственности (СМИ, право и др.);
- конструирование социально ориентированной модели здравоохранения в условиях рыночной экономики.

Обозначенная перспектива предполагает длительную и многоплановую научно-исследовательскую деятельность, скоординированные усилия специалистов разных профилей, накопление обширных, разнообразных баз данных и разработку эффективного арсенала методик в области теории и практики проведения медико-социологических исследований общественного здоровья и здравоохранения.

В основу данной книги легли результаты исследований, выполненных Новгородским научным центром Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук и лабораторией социологии Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого в 1998–2009 гг. под руководством авторов.

Многие параметры предпринятого анализа являются новыми для социально-научных исследований здоровья в России. Поэтому они могут представлять интерес при сравнительном анализе социальной динамики различных аспектов и факторов общественного здоровья в межрегиональном плане, для последующего формирования более полного понимания детерминации общественного здоровья в масштабе страны.

Некоторые сюжеты предлагаемой книги носят характер самостоятельных теоретических очерков. Отчасти это связано с неравномерным развитием теоретических и комплексных эмпирических исследований. Опыт теоретического конструирования в общей социологии и отдельных отраслях современной социологической науки оказывается в подобной ситуации весьма полезным. Выдвижение некоторых гипотез и определение возможных концептуальных рамок для будущего изучения таких «белых пятен» в проблемном поле социологических исследований здоровья представляется нам совершенно необходимым. Такой подход может активизировать теоретическую дискуссию в отрасли и давать новые ориентиры эмпирических поисков в медико-социологическом изучении общественного здоровья и здравоохранения.

## Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

---

### 1.1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНЫХ НАУК

В основе методологии медико-социологического анализа лежит использование богатейшего арсенала методов медицинской, социальной статистики и современное понимание общественного здоровья как важнейшего явления общественной жизни, особой сферы воспроизводства социума. Социальный контекст общественного здоровья проявляется в любых обществах, на любых стадиях их развития. Не случайно то, что уже в Древнем мире, в частности в Античности, здоровье индивида оценивалось сквозь призму исторически конкретных представлений о совершенном физическом строении и развитии. Более того, физическое здоровье, воспринимаемое по внешним признакам, служило своеобразным эстетическим и социальным мерилем индивида — критерием его красоты, гражданской зрелости, духовного развития, готовности отдать свои силы служению сообществу. Этот критерий и нашел отражение в старинной народной мудрости «в здоровом теле — здоровый дух».

Метаморфозы той роли, которую те или иные социальные оценки здоровья играли и играют в жизни целых обществ или отдельных социальных групп, чрезвычайно разнообразны, сложны и нередко противоречивы. Несложно заметить, что в этих метаморфозах исторически параллельно присутствовали по крайней мере две взаимосвязанные линии.

Согласно первой, хорошее состояние здоровья во многих ситуациях служит своеобразным, даже юридически закрепленным цензом для успешного социального продвижения. Например, в профессиональном отборе, выборе брачных партнеров, наконец — просто в плане выживаемости в условиях биологической или физической конкуренции индивидов и групп.

Согласно второй линии, реальные или мнимые и имитируемые признаки плохого состояния здоровья могли раньше и сегодня служить основанием получения индивидами и группами некоторых социальных, экономических, юридических, культурных и других преимуществ (социальных льгот). Так, в истории России на протяжении многих веков имела ярко выраженный институциональ-

ный характер практика оправдания и социальной поддержки групп населения с видимыми нарушениями в состоянии здоровья, в частности — калек и «убогих»<sup>1</sup>.

В российской культуре, как и некоторых других европейских культурах, применительно к средневековому христианству, также известен феномен юродивых. Помимо общепризнаваемой духовной ориентации юродивых, их физические, психические недостатки или заболевания (наряду с другими свойствами: их невключенностью ни в какие оседлые или сословные общности, отсутствием в их владении какой-либо собственности и др.) служили одним из внешних атрибутов их априорных нравственных привилегий. В числе этих привилегий были, в частности, бесспорное и безнаказанное право юродивых выносить строгие морально-нравственные оценки в отношении действий любых других «нормальных» людей вплоть до высших иерархов церкви или царствующих особ, а также приписываемые юродивым выдающиеся интеллектуальные достоинства (проницательность, способность к пророчеству и т.п.).

В немалой степени эти привилегии были обусловлены именно видимыми признаками заболеваний. Известны и более современные прецеденты сознательного нанесения людьми себе увечий, демонстрации окружающим собственных физических недостатков ради получения тех или иных социальных преимуществ на основе формальных или неформальных (социально-правовых, этических и др.) норм, действующих в конкретном обществе.

Обе эти линии всем своим содержанием лишь подчеркивают укорененность проблемы общественного здоровья в истории и культуре человеческого общества, правда, с неодинаковой глубиной и силой в конкретных национальных или локальных сообществах. А это значит, что эти проблемы могут быть предметно исследованы только с применением социально-научных методов.

Социальный контекст общественного здоровья чрезвычайно важен для всех сообществ и государств современного мира. Он особенно актуален в современной России в связи с необходимостью выбора ею как собственной эффективной стратегии развития в противоречивых условиях глобализации, так и путей решения конкретных внутренних и внешних проблем в различных сферах жизни российского общества.

Постановка любой исследовательской проблемы в сфере общественного здоровья, тем более в медико-социологическом контексте, предполагает определение ее места и взаимосвязей в общем проблемном поле социально-научного познания.

Отмечая обширность и объективную сложность таких взаимосвязей, следует обозначить некоторые основные области социально-научных исследований общественного здоровья и здравоохранения. В первую очередь, общественное здоровье предстает как объективный фактор самореализации индивидов в обществе и, следовательно, один из параметров качества жизни индивидов, социальных групп, социума. Этот фактор самореализации проявляется не только в продолжительности жизни (точнее, в продолжительности активной, продуктивной жизнедеятельности человека или групп), но и во всех без исключения отдельных направлениях этой самореализации, во всех видах деятельности людей в современном обществе. В данном контексте социальная проблематика общественного здоровья входит в область интересов нескольких отраслей социологии: социологии личности, социологии малых групп, микросоциологии. Во взаимодействии с этими областями возможно и целесообразно исследование следующих вопросов:

- о месте и функциях индивидуального здоровья в процессах социализации и в совокупности социальных свойств личности;
- о характере процессов социальной идентификации, самоидентификации и стратификации индивидов по основанию к здоровью;
- о социально-ролевых моделях поведения и сознания индивидов и групп в сфере здоровья;
- о социальной типологии личности в связи с дифференциацией субъектов в сфере здоровья.

В данных областях социологический анализ проблем общественного здоровья, несомненно, может и должен сочетаться с психологическим и социально-психологическим анализом.

Одним из наиболее существенных отражений социальной значимости здоровья в его индивидуальном и общественном планах оказывается взаимосвязь здоровья с общественно-трудовыми потенциальными возможностями человека, с положением отдельных социальных групп в системе общественного производства. Признаками такой взаимосвязи являются те исторически обусловленные конкретные особенности инфраструктуры общественного производства и трудовой занятости населения, которые складываются и развиваются в соответствии с достигнутым уровнем здоровья населения и его общественной ценности.

Обозначенная выше проблематика указывает на необходимость взаимодействия социологии медицины с социологией экономической жизни и социологией труда. В таком взаимодействии может

<sup>1</sup> Москвина Н.Р. Нищенство как социальное явление. Тюмень: Изд-во ТГУ, 2005.

быть вскрыта роль общественного здоровья в целом ряде социально-экономических аспектов, например:

- мотивации экономической и трудовой деятельности;
- различных формах организации трудовой деятельности;
- динамике социально-экономической структуры населения;
- совокупности факторов производительности общественного труда и качества продукции.

Объектом в данном случае могут служить не столько ряды взаимосвязанных социально-экономических и медико-социальных явлений, сколько механизмы связей между ними.

Медико-социологический анализ в данном контексте смыкается с особенно популярными в современной социологии эмпирическими исследованиями и теориями социального неравенства и стратификации. Заслуживает внимания и сравнительно новый аспект стратификации, выраженный в медико-социальном статусе индивидов и групп. Под медико-социальным статусом мы понимаем качественно определенную позицию индивидов и групп в системе неравенства, обусловленную социально значимыми различиями в показателях их здоровья. В этом смысле правомерно выделение и рассмотрение в аналитических целях медико-социальной структуры общества в качестве особого среза социальной структуры населения. Основными элементами такой структуры выступают медико-социальные общности. Объективно существующая связь социальной структуры и общественного здоровья дает повод для постановки ряда сравнительно новых проблем о:

- типологии медико-социальных статусов, значимых для социальной идентификации и социальных отношений индивидов и групп;
- различиях в уровнях и особенностях социальной активности индивидов и групп, обусловленных их медико-социальными статусами;
- социальных отношениях и конфликтах, связанных с интересами медико-социальных общностей.

Общественное здоровье также предстает как весьма сложный объект права, требующий законодательного регулирования и юридического обеспечения. Здоровье, находясь во взаимосвязи с базовыми витальными потребностями и ценностями людей, предстает в качестве области жизненно важных естественных, неотъемлемых прав индивидов и групп. В этой области любая социальная система (группа, организация, социум в целом, любой общественный строй, в том числе государство) вырабатывает и реализует определенный

комплекс социально-правовых норм. На известном этапе социально-исторического развития данный комплекс может приобретать форму гражданско-правовых гарантий и обязанностей, закрепляясь в соответствующей области законодательства.

В приведенном выше контексте медико-социологическое исследование общественного здоровья предполагает смежные интересы с такими предметными областями, как социологии права, юридическая социология. В таком случае правомочно говорить о:

- взаимосвязи витальных потребностей и ценностей с процессами институционализации и легитимации новых социальных норм и правовых феноменов, которые выступают как признаваемые группами и обществом представления о правах и обязанностях субъектов в отношении здоровья и здравоохранения;
- дифференциации социальных групп с точки зрения восприятия ими прав и гарантий в сфере здоровья и здравоохранения и, соответственно, моделей правового поведения в сфере здоровья;
- социально-правовых и юридических конфликтах в сфере здоровья и особенностях их разрешения в обществе.

Общественно-политический аспект здоровья также заслуживает социологического анализа. Здоровье отдельных социальных групп и населения в конкретном обществе оказывается важным объектом общественного мнения, которое служит не только основанием оценки эффективности действующей системы власти, но и одной из предпосылок целеполагания в сфере социальной политики, проводимой государством на уровне регионов и страны в целом.

Признание приоритетности общественного здоровья в контексте его социальной обусловленности на уровне популяции, сообщества означает качественно иной масштаб ответственности социальных субъектов и ее отражение в области политической социологии. Во взаимосвязи с политической социологией в результате проведения медико-социологического анализа с полным основанием можно ставить актуальные вопросы о:

- социальных механизмах выработки политических решений в сфере общественного здоровья;
- типологии и эффективности деятельности различных политических систем (организаций, государств) в плане сохранения общественного здоровья;
- социальной и политической ответственности государства, ведущих субъектов политической жизни за сбережение и улучшение общественного здоровья;

- теоретической концепции эффективной социальной политики государства с точки зрения взаимосвязи отдельных направлений этой политики: здравоохранения, социальной защиты населения, образования и др.

Общественное здоровье, в силу отмеченной выше его социальной ценности, может становиться важным фактором и критерием для международных сравнений и при позитивной оценке — объектом национального и государственного престижа. Не случайно престиж отдельных стран или регионов в сфере общественного здоровья и здравоохранения превратился в один из решающих (наряду с занятостью, безопасностью) факторов массовых миграций населения.

В более широком плане можно утверждать, что такой престиж органически входит в современную совокупность детерминант социального поведения, обуславливает совершаемый людьми выбор места жительства, профессии, гражданства и т.д. Нередко этот компонент, например восприятие преимуществ и гарантий некоторых стран в плане охраны здоровья, служит фактором движения рабочей силы, идеологической борьбы, источником социальной напряженности. Все эти обстоятельства делают проблематику общественного здоровья достоянием целого ряда областей социальных наук и отраслей социологии, таких как социология миграций, социальная экситика и регионология, социология международных отношений, кросс-национальные социологические и геополитические исследования.

Массовые социальные практики в сфере здоровья должны быть исследованы в контексте культуры, понимаемой как исторически выработываемая относительно устойчивая совокупность ценностей, норм и образцов поведения. Культурное пространство общества, учитывая многообразие социальных субъектов, представляется как множество субкультур, носителями которых выступают отдельные социальные группы: гендерные, этнические, возрастные, профессиональные, поселенческие и др.

Продолжая традицию выделения и социально-научного изучения культуры в отдельных сферах жизнедеятельности общества (труда, быта, духовной жизни и т.д.), можно выделить понятие «культура здоровья», рассматриваемое как составная часть культуры данного социума. Следует также признать и тот факт, что в условиях многоплановой социальной дифференциации могут формироваться, воспроизводиться и взаимодействовать разные социальные типы культуры здоровья, значение которых велико в воспроизводстве ресурсов общественного здоровья. В область своих интересов медико-социологическое исследование включает следующие вопросы:

- об основных социальных типах культуры здоровья, их ключевых (идентификационных) признаках и свойствах, а также об их локализации в социальном пространстве общества или конкретного сообщества;

- о социальных механизмах воспроизводства доминантных типов культуры здоровья и роли отдельных институтов общества (СМИ, семьи, образования, здравоохранения и др.) в этом воспроизводстве;

- о целесообразности и возможности коррекции определенных типов культуры здоровья, о разработке целевых программ такой коррекции и необходимых ресурсах для их осуществления;

- о профессиональной медицинской культуре, ее стержневых ценностях и нормах, механизмах и факторах ее воспроизводства, о степени распространения этой культуры в разных квалификационных группах и слоях медицинского персонала.

Наконец, социальная значимость общественного здоровья проявляется в развитии и функционировании здравоохранения, которое само превратилось в многофункциональную профессиональную отрасль и социальную подсистему со сложной инфраструктурой. Свидетельством этой значимости служит множество примеров, когда состояние общественного здоровья становится поводом для оценки состояния национальной безопасности, весомым фактором международных отношений, серьезным основанием для принятия решений экономического или политического характера, а также для масштабных инвестиционных проектов.

При сосредоточении медико-социологического анализа на действующей системе здравоохранения исследователь имеет дело с предметной областью собственно медицинской социологии (социологии медицины), научные интересы которой оказываются также разнообразными.

Перечисленные выше стороны взаимосвязи общественного здоровья с различными сферами жизни человека, групп и общества не исчерпывают всей проблематики медико-социологических исследований. Но, так или иначе, они с новой силой указывают на многоплановость и всеобъемлющий социальный масштаб проблем общественного здоровья. Поэтому не вызывает сомнения тот факт, что данные вопросы, по мере развития медико-социологических исследований, должны прорабатываться одновременно в широком диапазоне аспектов жизни общества.

Современная структура социально-научных знаний является весьма дифференцированной. Она охватывает все перечисленные выше сферы детерминации и взаимосвязей общественного здоровья,

располагает теоретическим и научно-методическим потенциалом для исследования соответствующих проблем. В данном случае мы ограничиваемся рассмотрением указанной выше проблематики с позиции так называемой классической социологии. Наряду с классическими парадигмами в социологии, начиная с XX в., развиваются, обретая все большую значимость, неклассические направления, в рамках которых постановка и изучение проблем общественного здоровья заслуживает особого внимания. Примером того служит социологический витализм<sup>1</sup>.

Ниже, ориентируясь на эту структуру социально-научных знаний, попытаемся обозначить основные границы медико-социологического анализа. Выполнение такой задачи представляется особенно важным в связи с тем, что в самом начале формирования соответствующей области социологических исследований в отечественной литературе встречаются неоднозначные, недостаточно развитые и нередко спорные утверждения относительно ее методологических и теоретических характеристик. Приведем в качестве иллюстрации лишь несколько примеров, в которых обнаруживается опасность теоретической дезориентации медико-социологического изучения общественного здоровья и здравоохранения.

В базовом академическом издании по социологии встречается такая трактовка границ, направлений и структуры «социологии медицины», которая явно противоречит современному понятийному аппарату исследования общественного здоровья<sup>2</sup>. Незрелость подобных определений проявляется прежде всего в отождествлении двух близких, но не совпадающих по объему областей социально-научного знания: социологии медицины и социологии здоровья.

Отчасти это указывает на недостаточную для начала XXI в. теоретическую и научно-методическую интеграцию медицинских и социологических исследований. Но именно в 1990-х гг. в отечественных исследованиях с большей определенностью начало формироваться комплексное понятие «**общественное здоровье**». Более активно, чем прежде, разворачиваются медико-социологические исследования многих проблем общественного здоровья.

Понятие «общественное здоровье» сегодня выходит за привычные рамки медицины (как совокупности научных знаний — медицинской науки и практической деятельности — здравоохранения) и требует более широкого социально-научного осмысления. Здесь уместно привести его определение: «Общественное здоровье — важнейший экономический и социальный потенциал страны, обуслов-

<sup>1</sup> Григорьев С.И., Субетто А.И. Основы неклассической социологии. М.: Русаки, 2000.

<sup>2</sup> Российская социологическая энциклопедия. М., 1998. С. 507–508.

ленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни людей»<sup>1</sup>.

Таким образом, проблемы медицины, как профессиональной области, органично входят в рамки проблематики общественного здоровья, и на этом основании границы «**социологии общественного здоровья**» представляются более широкими в сравнении с границами «**социологии медицины**». Такое утверждение может казаться дискуссионным, но лишь на первый взгляд оно нарушает представление о складывающейся в последнее десятилетие новой междисциплинарной научной области «социология медицины», добившейся, кроме всего прочего, и признания в качестве научной специальности. Однако строгое следование границам и взаимосвязям научных понятий «общественное здоровье» и «медицина» так или иначе говорит в пользу сделанного нами утверждения.

Отмеченное противоречие в названиях близких по сути научных областей связано, во-первых, с относительной молодостью социологических исследований здоровья в России, а во-вторых, с недостаточным вниманием современной профессиональной социологии к проблемам общественного здоровья.

Со стороны академической медицинской науки сравнительно более настойчивое движение навстречу социологической теории отмечается с 1990-х гг. По инициативе, прежде всего, ее представителей происходит активное формирование в России социологии медицины: имеются в виду фундаментальные работы академика РАМН А.В. Решетникова, труды А.М. Изуткина, В.П. Петленко, Г.И. Царгородцева, И.В. Журавлевой, К.Н. Хабибуллина и др. Следует, однако, заметить, что на нынешнем этапе развития социологии медицины в России проявляется определенный перевес в сторону представителей медицинской науки и явно недостаточная включенность в него специалистов-социологов.

Другое дискуссионное положение касается статуса новой, развивающейся области социологических исследований общественного здоровья, равно как и «**социологии медицины**». Согласно высказанному в литературе мнению, социология медицины, будучи междисциплинарной областью, на стадии своего возникновения принадлежала к социологической науке и демонстрировала главным образом приложение социологической теории и социологических методов к изучению социальных проблем медицины. Вначале социология медицины была разделом социологии, а в дальнейшем сформирова-

<sup>1</sup> Данное определение принято участниками семинара заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения (Москва, 2000).

лась как самостоятельная научная дисциплина<sup>1</sup>. Эта мысль доводится до совсем уж спорного, на наш взгляд, утверждения о том, что новая научная дисциплина, возникающая на границе социологии, медицины и социальной гигиены имеет цели и задачи, явно отличающиеся от задач собственно социологии, медицины и социальной гигиены<sup>2</sup>.

Звучит и прямо противоположное мнение, согласно которому в ходе предметного самоопределения данная специальная социологическая теория становится все более независимой от медицины и приближенной к социологии<sup>3</sup>. Как замечает Е.В. Дмитриева (автор приведенной выше точки зрения), в России на сегодняшний день отношения социологии медицины и медицины нельзя назвать гладкими: первая ставит под сомнение некоторые устои второй и по своему поднимает вопросы качества медицинской помощи, эффективности здравоохранения и его ответственности перед обществом.

По нашему мнению, в условиях становления новой отрасли исследований сохраняется некоторая степень теоретической и научно-методической свободы, говорящая скорее об открытости, чем о напряженности отношений между двумя названными областями. Это, на наш взгляд, и подтверждается широким предметно-тематическим спектром публикаций в журнале «Социология медицины», а также разнообразием диссертационных работ по одноименной специальности. Их проблемное поле совершенно не ограничивается медициной как институциональной деятельностью в сфере здоровья. Но с логикопонятийной точки зрения следует согласиться с Е.В. Дмитриевой: предмет и название новой научной области точнее обозначается рамками «социологии здоровья», поскольку понятие «здоровье» вбирает в себя общественные, социетальные и надындивидуальные аспекты<sup>4</sup>, а медицина как феномен и как понятие имеет подчиненный по отношению к здоровью характер.

Целесообразно иметь в виду, что самостоятельность междисциплинарных научных областей, к числу которых, по общему признанию, принадлежит и социология медицины, как при зарождении, так и в пору их большей теоретической зрелости, оказывается всегда относительной. Эту самостоятельность не следует абсолютизировать

<sup>1</sup> Решетников А.В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины. 2002. № 1. С. 3.

<sup>2</sup> Она же. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М., 2002. С. 59.

<sup>3</sup> Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 9.

<sup>4</sup> Она же. От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 51–57.

и понимать как установление методологической и концептуальной независимости, как разрыв с «материнскими» научными областями. В случае с социологией медицины в качестве «материнских» областей, вне сомнения, выступают две науки — социология и медицина. Междисциплинарный характер вновь возникающей научной области вовсе не означает того, что ее цели и задачи расходятся с целями и задачами материнских научных областей. Ее специфика может выражаться в отнесении социологических теорий здоровья и медицины к известному классу «теорий среднего уровня», а также к частным социологическим теориям, подчиненным методологии общей социологии и социологической теории общества.

Социология общественного здоровья разделяет все цели и задачи социологической науки. Социологические исследования общественного здоровья и здравоохранения предполагают социальную обусловленность этих феноменов и социально-системный подход к их изучению. Причем эти исследования имеют особую ценность тогда, когда проводятся в комплексе с социально-гигиеническими исследованиями, с использованием методов медицинской статистики. В абсолютизации самостоятельности, в концептуальном или теоретическом отгораживании социологии медицины есть, по нашему мнению, не только проявление некоторой поспешности в предметном отграничении новой научной дисциплины от ее материнских областей, но и определенная методологическая опасность. Известная самостоятельность отрасли может проявляться в том, что внутри социологии медицины, как и внутри других отраслей социологии, в процессе формирования ее внутриотраслевых областей и направлений рано или поздно возникнет необходимость собственной теоретической интеграции, поддержания внутри данной отрасли более тесной связи между отдельными областями исследований. В противном случае в ее развитии будут утрачиваться необходимые свойства совместимости и конструктивности научного знания.

Есть признаки того, что внутри обширной проблематики социологических исследований общественного здоровья и здравоохранения уже начался процесс постепенного формирования внутриотраслевых областей. В их числе оказываются социология медицинской профессии (социология медицинских кадров), социология самосохранительного поведения, социология медицинского учреждения и др. В высокой степени востребованной, но пока еще не обозначенной основательно в структуре отрасли, является социология профилактической медицины.

Нетрудно заметить, что все эти формирующиеся области являются своеобразным отражением соответствующих отраслей и на-

правлений самой социологической науки — социологии профессий, социологии личности, социологии образа жизни, социологии организаций и т.п. Поэтому и в последующем развитии всей отрасли, даже при достижении известной теоретической зрелости указанных внутриотраслевых областей, вряд ли целесообразна и возможна их полная научная автономия.

Без теоретической и научно-методической интеграции дальнейшее развитие внутриотраслевых научных областей и направлений окажется сильно затрудненным, даже невозможным.

Но что же роднит социологию общественного здоровья с социологической наукой? Прежде всего, возможность и необходимость глубокого проникновения всем арсеналом ее теоретических, категориальных и научно-методических средств в социальную детерминацию здоровья, в социальную сущность и специфику медицинской деятельности. Рассуждая шире, следует говорить о необходимости серьезных исследований формального и неформального поведения людей и групп в сфере здоровья на всех уровнях социума — от индивида до учреждений здравоохранения и политики в сфере охраны здоровья населения.

Важным дополнительным признаком самостоятельности отрасли должна стать научная и профессиональная зрелость ее специалистов. В свою очередь, индикаторами такой зрелости могут служить:

- ответственное отношение к поддержанию предметной определенности и целостности отрасли, междисциплинарного баланса в характере ее основных парадигм, при обеспечении необходимой дифференциации исследований;
- стремление к прояснению структуры общего проблемного поля и формирование внутриотраслевых приоритетов;
- обеспечение непрерывного процесса взаимообогащения отдельных внутриотраслевых областей и направлений;
- установка на поступательное теоретическое развитие отрасли и достижение весомой научной и практической отдачи проводимых в ее рамках исследований.

Обсуждая проблему статуса социологических исследований общественного здоровья и здравоохранения как междисциплинарной научной отрасли, следует исходить, прежде всего, из структуры двух научных дисциплин — социологии и медицины. В основе такого обсуждения может лежать теоретическое признание общественного здоровья в качестве одной из сфер целостной общественной системы, а здравоохранения — в качестве одного из социальных институтов.

В научной литературе, в том числе в данной работе, употребляется в разных контекстах термин «**медико-социологическое**». Данный

термин призван обозначить, прежде всего, междисциплинарный предметный и научно-методический характер проводимых или обсуждаемых исследований. В таких медико-социологических исследованиях объектом выступает многофункциональная сфера общественного здоровья и здравоохранения, а способы сбора и анализа данных ориентированы на социальные индикаторы, с использованием методов медицинской и социальной статистики. Медико-социологический характер исследований не обязательно указывает на ограниченность проблемы рамками медицины, как отрасли институциональной, профессиональной деятельности, а указывает лишь на приложение социологических методов познания к тем или иным проблемам сферы здоровья, которые не сводятся только лишь к клиническим аспектам.

Общественное здоровье, имеющее триединую биопсихосоциальную природу, в научном плане может рассматриваться как неотъемлемый компонент популяционного потенциала общества (или любого конкретного сообщества), находящийся в функциональной взаимосвязи с другими исторически развивающимися структурами социетальной системы (общественным производством, системой распределения благ и социального неравенства, властью, культурой, информацией и т.п.). В данном случае мы не останавливаемся на теоретической дискуссии о сущности и категориальном определении здоровья, придерживаясь широко известного определения здоровья, принятого Всемирной организацией здравоохранения.

В медико-социологическом анализе проблем общественного здоровья преобладает макросоциальный контекст. В функциональном плане общественное здоровье выступает как предпосылка воспроизводственных процессов, наращивания популяционного потенциала социума. Здравоохранение же, как социальный институт, представляет собой внебиологически вырабатываемую совокупность норм (институционализированных практик), функционально направленных на обеспечение непрерывного возобновления этого потенциала.

В плане институционального анализа здравоохранения главный интерес связан с определением его функций. С точки зрения классической социологической теории, именно функции составляют основную характеристику модели социального института. Поиск функций не ограничивается академическими (теоретическими) интересами, а прямо выводит нас на чрезвычайно важную область научно-практических оценок в отношении следующих проблем:

- эффективности функционирования данного социального института в конкретном социальном сообществе с точки зрения сохранения потенциала общественного здоровья;

- обоснованности сложившейся функционально-организационной структуры системы здравоохранения в целом (как социального института) и отдельных медицинских учреждений, в частности.

Предмет социологии общественного здоровья и здравоохранения ориентирован на поиск социальной обусловленности общественного здоровья, закономерностей развития и взаимодействия здравоохранения с другими подсистемами общества, практических рекомендаций по совершенствованию управления здравоохранением и факторами общественного здоровья в масштабе общества и социальных сообществ.

Не претендуя на бесспорность, выскажем следующую точку зрения в отношении научного статуса и взаимосвязей развивающихся областей медико-социологических исследований: более широкими, на наш взгляд, оказываются предметные границы и проблемное поле той научной области, которую сегодня можно обозначить как **«социология общественного здоровья»**. Эта область охватывает как институциональные, социально регулируемые факторы массовых процессов в сфере здоровья, так и внеинституциональные факторы, проявляющиеся в объективной дифференциации и динамике потенциала общественного здоровья по отдельным социальным группам и элементам социальной структуры, а также во взаимодействии этого потенциала с другими подсистемами общества (экономикой, политикой, культурой и т.п.). Именно эти сложные, часто латентные, но оттого не менее объективные и значимые внеинституциональные факторы (которые обычно относят к совокупности неуправляемых переменных) представляют наибольшую сложность в исследовании общественного здоровья.

Что же касается **«социологии медицины»**, то она, следуя широкому пониманию медицины, как институциональной совокупности медицинских научных знаний и практической деятельности в сфере здоровья, может входить в «социологию общественного здоровья» в качестве ее важнейшей составной части. Именно к социологии медицины, на наш взгляд, применимо введенное Р.К. Мертоном понятие «теория среднего уровня», обозначающее особый тип социологических теорий, нацеленных на изучение крупных социальных явлений, выступающих в качестве элементов целостной общественной системы. Такие теории носят подчиненный характер в отношении социологической теории общества, нацеленной на развитие целостной социально-научной модели общества.

Социология медицины (как составная часть социологии общественного здоровья), в свою очередь, развивается в соответствии с так или иначе понимаемыми приоритетами институциональной

деятельности (прикладными задачами здравоохранения). Поэтому в социологии медицины, как показывает зарубежный и отечественный опыт, рано или поздно формируются и развиваются внутриотраслевые области по целому спектру конкретных прикладных медико-социологических проблем. В их числе:

- социальное воспроизводство медицинской профессии, с присущими ей особой профессиональной культурой и все более дифференцированной структурой специальностей и квалификаций занятых в ней работников, с внутренней социальной жизнью медицинских коллективов и медицинских учреждений как корпораций;
- социальное бытование и эффективность так называемой «народной медицины» как совокупности практикуемых на непрофессиональном уровне технологий здравоохранения, обычно противопоставляемых медицине профессиональной;
- социальные факторы функционирования и развития отдельных элементов общественной системы здравоохранения (профилактической медицины, медико-социальной реабилитации, управления, информационных технологий в медицине и т.п.);
- здоровье отдельных социальных групп населения (на стыке с геронтологией, педиатрией, военной медициной, прикладной медициной в отдельных отраслях хозяйства и группах населения и др.).

Состав внутриотраслевых проблем и научных областей, возникающих на стыке социологии и медицины, может в дальнейшем расширяться. Это и будет свидетельствовать о прогрессе данной исследовательской отрасли. Надеемся, что определение и уточнение предметных областей, границ и направлений дифференциации или интеграции сложной совокупности медико-социологических изысканий еще не раз станет поводом для научной дискуссии среди специалистов. Важно, чтобы в итоге дискуссии достигалась необходимая ясность не только базовых понятий научной теории, но и научных результатов, прежде всего в плоскости социально-практической задачи проводимых медико-социологических исследований.

## 1.2. КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Социологические исследования способны не только дать новую эмпирическую информацию, но и служить основой разработки теоретической концепции общественного здоровья и здравоохранения. Оценивая состояние научных разработок в этой области, приходится констатировать, что в целом они находятся в стадии становления, несмотря на растущий интерес и количество исследований.

Процесс становления и совершенствования медико-социологических исследований в России осложняют несколько взаимосвязанных обстоятельств:

- недостаточная упорядоченность проблемного поля и отсутствии четких приоритетов;
- недостаточная определенность базовых теоретических моделей изучаемых объектов, исследовательских концепций и понятийного аппарата;
- ограниченный масштаб и разрозненность эмпирических и теоретических исследований, что сдерживает накопление национальных баз данных и развитие соответствующих отраслевых теорий;
- слабая определенность долгосрочной стратегии государства в сфере социальной политики и политики здравоохранения (отсутствие четких приоритетов в сфере охраны здоровья населения, необходимых ресурсов для их достижения).

Каждое из этих обстоятельств заслуживает особого внимания. Исследователи общественного здоровья и здравоохранения должны отдавать себе отчет в том, что обретение данной научной отраслью надежной методологической базы возможно лишь в процессе целенаправленных и долгосрочных научно-исследовательских и внедренческих действий. Лишь при этом условии возможно успешное формирование современных социологических концепций общественного здоровья и здравоохранения, на базе которых могут осуществляться результативные эмпирические исследования и научная корректировка существующих подходов в управлении здравоохранением.

Судя по опыту других отраслей современной социологии, своеобразным тормозом в теоретическом и практическом развитии социологии общественного здоровья и здравоохранения являются слабость координирующей роли со стороны академического ядра науки и подчиненность «дочерним» теориям или определенным социально-политическим идеологиям. В результате этого некоторые разработки, как перспективные, так и уводящие теорию в тупик, могут не получать своевременной квалифицированной оценки. Однако в отношении социологического изучения общественного здоровья и здравоохранения можно также говорить и о потенциальных преимуществах «стартовой ситуации» в этой отрасли. Известная молодость социологии общественного здоровья в России и наличие «чужого опыта» других отраслей могут оказаться преимуществом, а сильное влияние академической медицинской науки, можно наде-

яться, удержит от нарастания отмеченных выше противоречий в развитии отрасли.

К другим потенциальным преимуществам социологии общественного здоровья на сегодняшний день следует отнести:

- наличие научно-организационной инфраструктуры российской медицинской науки (региональные центры РАМН, научно-исследовательские подразделения в клинических учреждениях, медицинских вузах и др.);
- возможности подготовки научных кадров, особенно в составе региональных университетов и в рамках проводимых междисциплинарных исследований общественного здоровья;
- весомый методологический опыт развития отраслевых социологических наук (других социологических теорий «среднего уровня»), учет которого необходим в становлении социологии общественного здоровья.

Признавая, что социологическое освещение общественного здоровья находится на ранней стадии своего развития, важно определиться с приоритетами этой проблематики. Результаты научной проработки категориального аппарата медико-социологических исследований общественного здоровья достаточно широко представлены в работах А.В. Решетникова, И.В. Журавлевой, К.Н. Хабибуллина, С.А. Ефименко, З.С. Шангареевой и др.

Сегодня требуется обогащение категориального аппарата в контексте проблем социально-экономических и политических преобразований российского общества и перспектив формирования общественной модели здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования. Социологической интерпретации требует ряд ключевых категорий: «**здоровье**», «**общественное здоровье**» и «**здравоохранение**» — их разработка связана с выбором исследовательских парадигм, базовых теоретических концепций. Здесь необходимо исходить прежде всего из значения социальных факторов в формировании здоровья населения. Социальные факторы среды обитания для здоровья человека признаются ведущими, определяющими в его развитии. Одним из основоположников этого подхода является академик РАМН Ю.П. Лисицын, в фундаментальных работах которого установлено, что здоровье индивидуума в 50% случаев обусловлено социальными факторами условий и образа жизни. На основополагающую роль социальных факторов в формировании здоровья населения авторы обращали внимание и в своих предыдущих работах, где социальная обусловленность общественного здоровья рассматривается «как комплекс факторов, влияющих на состояние и динамику общественного здоровья, охватывающих количественные и качествен-

ные характеристики социальной организации на уровне общества, локальных сообществ и социальной микросреды»<sup>1</sup>.

Таким образом, основываясь на этом подходе, здоровье можно определить как «состояние, обеспечивающее в полном объеме реализацию присущих индивидууму биологических и социальных функций». Однако, взяв это определение за основу, мы сталкиваемся с необходимостью ревизии устоявшегося в течение десятилетий определения здоровья, данного ВОЗ, когда оно рассматривается как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». То есть отсутствие болезней и физических дефектов по данному определению является обязательным условием отнесения индивида к категории здоровых. Соответственно, наличие болезней (даже в стадии стойкой ремиссии) и физических дефектов (не мешающих индивиду выполнять его биологические и социальные функции) априори относит его к категории больных. Вопрос достаточно сложный, не бесспорный и требующий дальнейшего всестороннего изучения.

В определенной мере ответ на этот вопрос дают предлагаемые нами новые методологические подходы в изучении общественного здоровья. Их научная актуальность состоит в открытии дополнительных возможностей для оценки функциональных резервов организма, донозологической диагностики заболеваний в соответствии со стадиями развития адаптационного синдрома и разработке на этой основе эффективных программ профилактики. Эти подходы предусматривают прежде всего углубленное изучение социальных аспектов здоровья людей (с приданием особого акцента в изучении здоровья здоровых), так как именно в их реализации заложен большой потенциал превентивной медицины.

Использование таких подходов позволяет по-иному взглянуть на грань между нормой и патологией в оценке здоровья индивида, делая акцент на изучении преморбидных состояний, которые являются «мостиком» между здоровьем и болезнью и статистическая регистрация которых сегодня затруднена. Большие возможности в диагностике таких состояний, а также в уточнении границ между нормой и патологией открывает внедрение в медицину нанотехнологий.

Эти методологические подходы потребуют разработки и использования нового статистического инструментария в оценке здоровья населения: показателей, характеризующих состояние вегетативной

нервной системы, обеспечивающей постоянство внутренней среды организма (гомеостаза), а также показателей, характеризующих иммунологические и биохимические параметры метаболизма и его регуляции. В этом видятся перспективы совместной работы специалистов общественного здоровья, спортивной медицины и лечебной физкультуры, иммунологов, клиницистов, социологов, математиков.

Частично эти подходы апробированы в ходе проведенного комплексного изучения здоровья населения Новгородской области.

Традиционным является логическое расчленение общественной жизни на сферы (подсистемы): политическую, экономическую, социальную, культурную. Развитие исследований общественного здоровья может внести существенные коррективы в системном видении общества и детерминант его развития. В пользу такой перспективы говорит дискуссия в социальной теории вокруг демографических тенденций и факторов. Несомненно, на очереди стоит и социальная проблематика общественного здоровья, игнорирование которой пагубно не только для медицинской науки, но и для социальных наук в целом. В этом смысле подтверждается существующая тенденция интеграции наук о человеке и обществе.

Представляется, что исходной (но не единственной) позицией в развитии социологической концепции общественного здоровья может стать институциональный подход, ориентированный на изучение функций общественного здоровья. Несмотря на долгую историю функционализма и его продолжателей в социальных теориях, потенциал категории «функция» видится нам далеко не исчерпанным, и значение этой категории в проблематике общественного здоровья и здравоохранения, по нашему мнению, возрастает. Функция понимается как объективная, универсальная в социально-историческом плане связь между общественным здоровьем и здравоохранением, с одной стороны, и обществом и его подсистемами — с другой.

Функция видится как необходимая связь, поскольку служит поддержанию целостности и динамизма общества как системы. Функции реализуются объективно, независимо от того, проходят ли они через общественное сознание и целеполагание индивидов или групп по отношению к здоровью и системе здравоохранения или нет. Теоретическое выделение функций возможно путем систематизации социальных факторов и социетальных связей общественного здоровья на основе следования его категориальным признакам. Разработка функциональной модели общественного здоровья и здравоохранения может стать концептуальной основой формирования эффективно работающей системы здравоохранения. Поэтому выде-

<sup>1</sup> Осипов А.М. Социальная статистика общественного здоровья: методологические проблемы // Сб. трудов Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН / Под ред. чл.-кор. РАМН В.А. Медика. М.: Медицина, 2006. Т. 5. С. 55–61.

ление функций должно завершаться в эмпирически операциональной форме разработкой набора статистических показателей для анализа состояния общественного здоровья и деятельности здравоохранения.

Развитие функциональной модели общественного здоровья и здравоохранения позволит также перевести целеполагание в социальной политике и здравоохранении из области спонтанных социальных взаимодействий и ведомственных споров в плоскость научного анализа. Это крайне важно как для общенаучного определения сущности общественного здоровья и категориального аппарата его изучения разными областями наук, так и для выработки наиболее универсальной системы эмпирически измеряемых параметров развития системы здравоохранения. Вслед за этим предстоит пересмотреть привычные оценки того, насколько существующие в здравоохранении внутренние структуры отвечают характеру функций и задачам всей системы. Примером может служить принципиальный пересмотр роли и места профилактической медицины и первичной медико-санитарной помощи в сложившейся системе здравоохранения.

Весьма содержательные и конструктивные обзоры состояния медико-социологических исследований в зарубежной и отечественной науке, с точки зрения определения их надежности, актуальности и перспективности, излагаются в работах А.В. Решетникова, К.Н. Хабибуллина и Е.В. Дмитриевой<sup>1</sup>.

Не вызывает возражения то, что состояние этих исследований в России в целом пока существенно уступает зарубежному опыту как по тематическому разнообразию и теоретической основательности, так и по своей социально-практической отдаче — внедрению в управление здравоохранением и в систему медицинского образования. Однако из этих обзоров далеко не всегда вытекают сравнительные оценки теоретической ценности или релевантности отдельных, даже ведущих в своих тематических направлениях научных разработок, а также целесообразности их применения в российской науке.

Из сказанного следует вывод, что в России для специалистов в области социологии общественного здоровья и здравоохранения одной из приоритетных задач ближайшего времени должно стать интенсивное освоение зарубежного исследовательского опыта, во всем богатстве его теоретических, концептуальных, научно-методи-

ческих и социально-практических аспектов. Этот справедливый в целом вывод предполагает, что в ближайшие годы следует стремиться к более широкой доступности для отечественных специалистов (в особенности для молодых ученых) лучших зарубежных теоретических публикаций и лекционных курсов по медико-социологическим проблемам.

Так же бесспорно, что в ближайшее время целесообразны усилия по переводу и изданию на русском языке основных классических и современных зарубежных трудов по социологии медицины, чтобы начинающие специалисты этой научной отрасли могли в неискаженном интерпретациями виде осваивать ее теоретические источники. Крайне желательно возвращение российскому читателю лучших отечественных трудов прошлого, тем более, что их ценность и сегодня признается ведущими специалистами.

Однако движение лишь в заданном извне фарватере зарубежного научного опыта вряд ли обеспечит живое, творческое развитие медико-социологических исследований в нашей стране. Более детальный анализ зарубежной литературы по социологии медицины предполагает проведение собственных медико-социологических исследований и издание на их основе специальных монографических работ, теоретическая отдача которых в России проявится постепенно. Но уже сегодня желательна, насколько возможно, большая определенность в тематических приоритетах эмпирических исследований и их координация.

Поводом к такому выводу является предпринятый авторами анализ проблематики показательного во многих отношениях массива из 312 отраслевых публикаций, увидевших свет в России за период 2002–2007 гг. Данный массив ограничен рамками публикаций двух специализированных журналов: «Социология медицины» и «Социологические исследования» (рубрика «Социология здоровья»), а также изданием тезисов выступлений на всероссийских социологических конгрессах и всероссийских научных конференциях «Сорокинские чтения» (2003–2007 гг., секция «Социология здоровья»). Монографические работы и сборники научных статей не включены в данный обзор, отчасти ввиду малого тиража и недоступности. В каждом из этих типов публикаций проявилась своя методологическая и тематическая специфика, заслуживающая внимания.

Исследованный массив работ, возможно, охватывает наибольшую часть отраслевых публикаций в России за описываемые годы. Каково же пропорциональное соотношение основных проблем в рассматриваемом массиве публикаций? Представление об этом дает следующая табл. 1.

<sup>1</sup> Решетников А.В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины. 2002. № 1; Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002; Хабибуллин К.Н. Медицинская социология: Учебник для студентов вузов. СПб.: СПбГУ, 2000.

Таблица 1

**Тематическая структура публикаций 2002–2007 гг.  
по социологическим проблемам медицины и здоровья**

№ п/п	Тематическая область	Доля, %
1	Социальные и психологические аспекты самочувствия и поведения пациентов в связи с определенными видами заболеваний	24
2	Социальные и социологические аспекты отдельных отраслей медицины (катастроф, фармации, реабилитации, курортов, педиатрии и т.п.)	17
3	Медико-статистические исследования отдельных социальных групп (пенсионеры, студенты и т.п.) медико-социологические мониторинги	14
4	Международные национальные и региональные тенденции заболеваемости населения	11
5	Маркетинг, экономическая эффективность здравоохранения	6
6	Социальные аспекты деятельности учреждений здравоохранения (в том числе социальные отношения в медицинских трудовых коллективах)	5
7	Социальные проблемы профессионального медицинского образования	4
8	Социальные аспекты качества среды и жизни (потребления) как фактора состояния здоровья и заболеваемости	4
9	Эффективность отдельных направлений государственных программ в сфере охраны здоровья населения	4
10	История, теория, методология социологии здоровья, медицины, здравоохранения (в том числе обзоры зарубежных исследований)	3
11	Социальные аспекты профилактической медицины	3
12	Социально-философские аспекты болезни и здоровья	2

От трети до половины всего массива публикаций имеет комбинированный (политематический) характер, включая в себя элементы как теоретических, так и эмпирических исследований.

Даже учитывая случайный характер предпринятой нами выборки материалов, их тематической идентификации и классификации, следует признать, что в современных отечественных медико-социологических исследованиях заметен крен в сторону описательных и аналитических работ эмпирического характера, посвященных вопросам заболеваемости и лечения отдельных групп пациентов. Иными словами, акценты делаются на вопросах, относящихся к преодолению

последствий, а не причин заболеваемости. В то же время в большинстве исследований, как и в проводимой государством политике здравоохранения, к большому сожалению, проблемы здоровья здоровых людей, социальные технологии сохранения и воспроизводства здоровья вообще не затрагиваются или пока остаются в тени<sup>1</sup>.

С узостью этого спектра исследований, возможно, и связана сравнительная малочисленность попыток анализа эффективности государственной политики в области здравоохранения или ее отдельных программ, наряду с явной недостаточностью конструктивных социально-практических разработок по итогам исследований.

При таком подходе к медико-социологическим исследованиям в России вряд ли удастся переломить ситуацию, в которой политики и менеджеры здравоохранения недооценивают роль профилактической медицины, а львиная доля всех государственных ресурсов направляется не на профилактику и устранение факторов риска возникновения заболеваний (прежде всего социально значимых), а на лечение болезней и их последствий. Последнее обстоятельство оказывается зачастую в стократ затратнее, чем усилия по предупреждению потерь здоровья и его сохранению. К сожалению, эта истина пока не подкреплена приоритетами государственной политики в сфере охраны здоровья граждан. Однако именно на путях развития профилактической медицины реализуются масштабные стратегические программы здравоохранения в передовых государствах мира.

Из сделанных замечаний возникает необходимость большей настойчивости в проведении медико-социальных исследований и доведения их результатов до органов государственной власти и органов местного самоуправления. Не умаляя важности отдельных тематических разработок, следует подчеркнуть приоритетный характер комплексных исследований общественного здоровья и здравоохранения с опорой на систему современных количественных и качественных методов. Подобные исследования требуют значительных ресурсов, долговременных усилий больших научных коллективов, сложной организации, но в конечном итоге служат основой выработки эффективной социальной политики в сфере охраны здоровья населения.

Наряду с координацией научных исследований крайне желательна целенаправленная поддержка формирующихся научных школ в современной социологии общественного здоровья. Важную роль в их воспроизводстве сыграет широкое распространение дисциплин медико-социологического профиля в системе профессионального медицинского образования в России.

<sup>1</sup> Журавлева И.В. Основные направления социальной политики в сфере общественного здоровья // Тезисы докладов III Всерос. науч. конференции «Сорокинские чтения». Т. 5. М.: КДУ, 2007. С. 119.

### 1.3. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СОЦИАЛЬНО-СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ

#### 1.3.1. Социально-системный взгляд на здравоохранение

Здравоохранение предстает как один из основных социальных институтов современного общества, включающий в себя совокупность формальных и неформальных организаций и практик, специализированных в сфере охраны здоровья населения, а также социально-типичных нормативных комплексов поведения индивидов и групп в этой сфере.

Сфера здравоохранения — область и продукт взаимодействия различных субъектов (организаций и групп), которые представляют разные уровни социальной организации, занимают определенные позиции в социальной структуре общества, руководствуются подчас разными социальными стратегиями, располагают неодинаковыми ресурсами воздействия на систему здравоохранения.

В общенаучном плане здравоохранение можно определить как сферу целенаправленного, институционального воспроизводства общественного здоровья. В свою очередь, эта сфера условно делится на две взаимосвязанные области, граница между которыми определяется критериями формализации профессиональной деятельности и юридической ответственности.

В первом случае мы имеем дело с более ранней в социально-историческом контексте и преимущественно непрофессиональной деятельностью людей по поддержанию и воспроизводству собственного здоровья в неформальных, например домашних, условиях. Такая деятельность могла принимать разнообразные, в том числе устойчивые институциональные формы (обрядовые, связанные с практикуемыми культами). Во втором — с упорядоченной, выступающей в форме услуги (товара) деятельностью в рамках формальных организаций (медицинских работников). Такая деятельность, как правило, характеризуется неким набором лицензионных требований и юридической ответственностью работников перед получателями соответствующих услуг. Причем изучение этих и других аспектов здравоохранения требует системного анализа.

Системный подход предполагает изучение здравоохранения во всей его многогранности, целостности, внутренней структуры и всего комплекса внешних связей, а кроме того, в непрерывном развитии. Категория «**система**» в данном случае используется для описания организационных и ролевых структур, коммуникативных процессов, социальных отношений, а также для обозначения более широкого социетального контекста проблем здравоохранения.

Структура системы здравоохранения отражает устойчивую совокупность элементов, взаимодействие которых обеспечивает выполнение институциональных функций здравоохранения в обществе как целостной социальной системе. Структурная модель системы здравоохранения, следовательно, дает развернутое представление о здравоохранении как объекте социального, медико-социологического исследования.

В отечественной литературе в качестве преобладающей укоренилась точка зрения, отождествляющая систему здравоохранения с совокупностью медицинских учреждений. Преодоление такой позиции, возможно, является исходным моментом в развитии сильной теории и практики здравоохранения. Отождествлять здравоохранение с формальной системой медицинских учреждений означает то же, что и сводить понятие права как социального феномена к совокупности лишь действующих законодательных норм.

Обращение к социологическому анализу лишь учрежденческих структур ограничивает возможности постановки и достижения стратегических целей в сохранении и улучшении общественного здоровья, в частности в области профилактики заболеваний и факторов риска, формирования здорового образа жизни, сохранения общественных гарантий защиты здоровья граждан и др. С этим выводом, возможно, связан новый этап осмысления национальной политики в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации на фоне глобальных структурных (экономических, экологических и социокультурных) процессов в мире.

Социология общественного здоровья вовсе не отказывается от анализа системы медицинских учреждений, созданной обществом и государством и по-прежнему составляющей колоссальное национальное достояние и источник сохранения здоровья граждан. Но замечание о том, что система здравоохранения не сводится к совокупности ее учреждений, остается принципиально важным в выработке медико-социологического подхода к изучению проблем общественного здоровья и здравоохранения.

Здравоохранение, являясь одной из адаптивных подсистем социума, выполняет адаптивные функции так же, как и другие социальные институты общества: культура, образование, право, общественное производство, власть, семья и др.

В то же время здравоохранение выполняет ряд общих функций: воспроизводственную, социального контроля, нормативную (функцию легитимации). В каждой из этих функций здравоохранение обладает спецификой, обусловленной прежде всего той сферой общественной жизни, которую оно «обслуживает» и применительно

к которой обеспечивает легитимацию норм, образцов деятельности, а также комплекса социальных отношений.

Темп изменчивости условий и явлений, соотносимых в общественном и историческом пространстве со сферой здоровья, как известно, отмечен неравномерностью и имеет общую тенденцию к нарастанию. В такой ситуации социальные субъекты вынуждены приводить свой ресурс здоровья или использовать его в соответствии с технико-технологическими условиями общественного производства, политической, правовой и культурной средой, сложившимися в конкретном сообществе.

Исторически более типичным способом реализации данного ресурса до последнего времени было его принципиальное подчинение целям и интересам других подсистем социума, прежде всего — экономики и власти. Этот способ постепенно закреплялся на протяжении веков и даже тысячелетий в социокультурных и правовых нормах большинства обществ. В связи с этим представляет научный интерес историко-социологический анализ феноменов ценности здоровья и культа здоровья, равно как и противоположные социально-политические феномены, выразившиеся в уничтожении ресурса здоровья, в принесении здоровья в жертву иным направлениям воспроизводства социальной системы общества.

По мере социализации общества (признания самоценности социального субъекта и, соответственно, ценности его здоровья) постепенно институционализировались самосохранительные практики на уровне индивида и социума. Последнее обстоятельство и привело к становлению медицинской профессии, внутри которой произошли и продолжают активные процессы дифференциации и специализации.

Таким образом, одним из оснований названных выше феноменов является неформальный (непубличный) или формальный (публичный) характер медицинской деятельности. Состояние и деятельность формальной системы здравоохранения полагается в качестве одной из управляемых переменных в совокупности факторов общественного здоровья. Возможно, именно в соотношении формального и неформального здравоохранения лежит ключ к адекватному пониманию проблем современного состояния здравоохранения и дискуссии о путях его реформирования.

Особое звучание проблеме соотношения формального и неформального здравоохранения придает разрастание коммерческих медицинских организаций и лавинообразный рост платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Не последнюю роль в этом играют социально-информационные тех-

нологии в сфере здравоохранения и появившиеся возможности манипулирования общественным сознанием или мнением отдельных групп в данной сфере.

Одновременно в отношении системы здравоохранения справедливо утверждение, что она является не только инструментом коррекции и воспроизводства общественного здоровья, но и адаптации социальных субъектов к изменившимся условиям жизни. Здравоохранение в его широком понимании — одна из важнейших сфер общества и одно из наиболее значительных средств самореализации личности, социальных групп и общества. Здравоохранение — это разновидность социума, имеющая самоцельную и самоценную направленность. Такое восприятие системы здравоохранения позволит более эффективно решать социальные и профессиональные задачи здравоохранения как социального института.

В приведенных выше схемах общественная система здравоохранения может быть структурирована по масштабу (от национальной системы до отдельных учреждений здравоохранения) и по уровням сложности (от учреждений первичного звена до высокотехнологичных медицинских центров). Эти схемы оказываются полезными для решения некоторых проблем управления здравоохранением и общественным здоровьем и отражения его взаимосвязи с социально-стратификационной системой общества. В социально-практическом плане динамика индивидуального, группового и общественного здоровья является, как известно, существенным обстоятельством, детерминирующим содержание процессов социализации и социально-культурной идентификации, а также определяющим конкретные социальные статусы субъектов.

Но достаточно ли соответствуют предложенные уровневые схемы пониманию общественного здоровья как ресурса и здравоохранения как института целенаправленного воспроизводства биопсихосоциального потенциала общества? Создают ли они такое представление о здравоохранении как социальной системе, которое может служить ориентиром в ее полноценном медико-социологическом изучении?

Ответить на этот вопрос утвердительно можно лишь отчасти, поскольку за рамками подобных схем могут остаться неформальные и не подпадающие под понятие медицинского учреждения (но от этого не менее влиятельные) другие виды деятельности по воспроизводству общественного здоровья. Например, вряд ли можно в совокупности факторов общественного здоровья недооценивать роль современных электронных СМИ (например, коммерческого телевидения). Их деятельность является целенаправленной в формирова-

нии определенного стиля жизни, ориентированного скорее на ценности потребления (консьюмеризм). СМИ нередко насаждают, вопреки интересам общественного здоровья, коммерческую выгоду и заслоняют видение жизненно важных перспектив и проблем ярким калейдоскопом текущих событий.

Без осмысления этих социальных по своей сущности форм и механизмов жизни людей понять соотношение разноплановых и противоречивых процессов воспроизводства общественного здоровья сегодня вряд ли удастся. А это значит, что вряд ли удастся выработать адекватные решения в области эффективной политики охраны здоровья населения, ограничивая внимание лишь совокупностью действующих учреждений здравоохранения.

Наряду с уровневый подходом к системе здравоохранения можно сформулировать и другие, связанные, например, с типологией социальных субъектов в сфере общественного здоровья.

Активная и системообразующая роль в сфере здравоохранения может принадлежать разным субъектам — обществу, государству, социальным группам, самой личности. Но не только общество целиком (используя для этого государственный аппарат и медицинскую отрасль), но и определенные социальные общности (например, элитные слои, профессиональные и этнические группы, противоправные группировки и т. п.) иногда стремятся к созданию своих особых здоровьесберегающих систем, действующих в интересах корпоративно-го воспроизводства и коррекции потенциала здоровья их участников.

Индивид или группа, если они в результате социализации (в данном случае можно говорить о медицинской социализации) осваивают определенные способы самосохранительной, здоровьесберегающей деятельности и по каким-то причинам не вписываются в общественную систему здравоохранения, могут самостоятельно выбирать пути и средства воспроизводства и коррекции индивидуального здоровья. В последнем случае речь идет об автономных (индивидуальных или групповых) системах здоровьесбережения (частные клиники, личные врачи, клубные оздоровительные центры и др.).

Каждый из приведенных примеров, в которых системообразующая роль в сфере здоровья принадлежит обществу, государству, социальным общностям или личности, заслуживает пристального изучения в социологии общественного здоровья. В практическом плане социологическое изучение общественного здоровья помогает объяснить его место в образе жизни разных групп населения, место здравоохранения в структуре социума и, следовательно, служит серьезным основанием как для разработки организационно-право-

вых форм здравоохранения, так и для повышения его эффективности.

В перспективе можно ожидать полезной отдачи в таких важных для общественного здравоохранения вопросах, как:

- уточнение приоритетов, обоснование организационных форм и социальных технологий здравоохранения;
- диагностика социально-медицинских проблем и разработка целевых программ здравоохранения;
- совершенствование социально-научной подготовки профессиональных кадров здравоохранения;
- оптимизация социальных взаимодействий в здравоохранении по направлениям: здравоохранение — социум и его социальные институты; медицинское учреждение — социальные группы; врач — пациент и др.;
- совершенствование организационной структуры здравоохранения и системы управления качеством медицинской помощи.

Важная область исследования возникает в связи с рассмотрением общественного здоровья и здравоохранения в качестве социальных систем. В такой системе могут выделяться некоторые новые для социальных наук и медицины понятия (рис. 1).

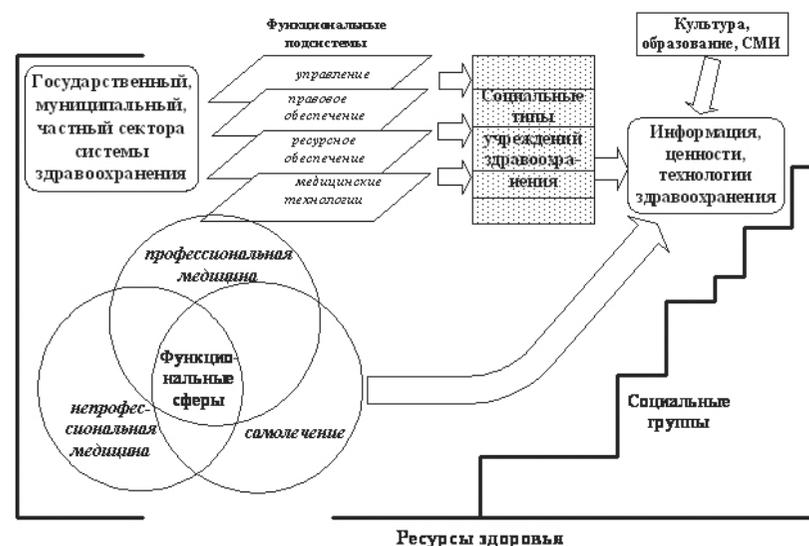


Рис. 1. Здравоохранение как социальная система

Социально-системный анализ общественного здоровья и здравоохранения позволяет выделить:

- особые типы социальных общностей, возникающие по отношению к ресурсам здоровья и, соответственно, особые срезы социальной структуры и стратификации;
- функциональные подсистемы здравоохранения;
- социальные типы учреждений в системе здравоохранения, дифференцированные по ряду признаков (ведомственной принадлежности, иерархическому уровню, виду деятельности и др.);
- информационную, ценностную и технологическую структуру здравоохранения.

Каждый из выделенных выше элементов здравоохранения как социальной системы заслуживает пристального социологического изучения, а в совокупности они позволят сконструировать более полную социально-научную концепцию общественного здоровья и здравоохранения. Ниже эти вопросы будут рассмотрены подробнее.

### 1.3.2. Социальные ожидания, заказы, задачи и функции здравоохранения

Проблема управления здравоохранением является одной из центральных в отраслевой социологической теории. Она напрямую связана с поиском методологических подходов к оценке общественной эффективности здравоохранения. Возросшая значимость этой проблемы обусловлена целым рядом обстоятельств.

Первое обстоятельство состоит в том, что здравоохранение в начале XXI в. в современном обществе фактически превратилось в крупнейшую открытую формальную организацию, тесно связанную с властью и всеми социальными институтами (производством, семьей, образованием, СМИ, вероисповеданиями и т.п.), с социально-экономическими группами и слоями, а также с многочисленными профессиональными и культурными общностями.

Второе обстоятельство — в том, что медицинские услуги, оказываемые здравоохранением, сегодня составляют весьма важный пакет гарантированных государством социальных благ, предоставляемых населению.

Третье обстоятельство выражается в том, что на развитие системы здравоохранения отдельными обществами (США, Великобритания, Швейцария, Франция, Германия, Япония, Скандинавские страны и др.) выделяются большие ресурсы, сопоставимые с основными стратегическими статьями государственных бюджетов. Поэтому

столь же велики и социальные ожидания групп населения в обществе по поводу отдачи от вложения государственных и частных средств в систему здравоохранения, критерии эффективности которой остаются весьма противоречивыми.

Если исходить из концепции здравоохранения как социального института, то научной предпосылкой эффективного управления им является адекватное понимание природы данной подсистемы, т.е. ее функций, внутренней структуры, комплекса объективных связей с другими подсистемами общества<sup>1</sup>. Что же в действительности служит основанием выработки и принятия управленческих решений на практике? Для ответа на этот вопрос необходимо обратиться к анализу тех социальных феноменов, которые присутствуют в системе управления здравоохранением.

Обоснования реформ в здравоохранении должны быть всегда связаны с оценками соответствия его функций и структуры тем целям и задачам, которые на определенном этапе развития общества получают статус социальных приоритетов и формируются в рамках социальной стратегии государства. На самом деле политики, руководители органов управления здравоохранением сосредоточивают свои усилия, как правило, на формально-организационных сторонах деятельности отрасли. В центре их внимания — стандарты профессиональной деятельности в различных областях медицины, ресурсное обеспечение организации здравоохранения, нормативы гарантированных видов медицинской помощи, квалификационный состав персонала учреждений здравоохранения, их техническая оснащенность и т.п.

Как следствие, структура управления здравоохранением выстраивается в соответствии с названными выше критериями и по правилам, присущим большим корпорациям. При этом она не охватывает целый ряд факторов, характеризующих общественное здоровье: качество окружающей среды (за исключением санитарно-эпидемиологического надзора), безопасность людей в сфере производства, образ жизни и т.п.

В западной социологии эта проблема отражена понятием «смещения целей» в социальных институтах и организациях, а в данном случае — в общественной системе здравоохранения. Ее суть в том, что бюрократический характер управления здравоохранением может своеобразно интерпретировать и даже исказить реальные цели системы здравоохранения как социального института.

Так случилось, по нашему мнению, при принятии и реализации в России известного федерального закона о «монетизации» социаль-

<sup>1</sup> Социология / Под ред. акад. Г.В. Осипова. М.: Мысль, 1990.

ных льгот (ФЗ от 22 августа 2004 г. № 122). По известному выражению, «хотели как лучше, а получилось — как всегда». Реализация этого закона привела к обратным результатам. Вместо получения жизненно важных лекарств часть малоимущего населения тратила выделяемые по этому закону деньги на другие немедицинские цели. Существенно увеличились временные затраты пациентов и медицинского персонала, возросла массовая неудовлетворенность населения работой здравоохранения.

В социально-научном понятийном аппарате, создаваемом для описания процессов и факторов управления здравоохранением, мы сталкиваемся прежде всего с такими категориями, как: социальные ожидания, социальные заказы, задачи и функции здравоохранения и др. Их разграничение имеет принципиальное значение для анализа и понимания социальных отношений в управлении современным здравоохранением.

За прошедшее столетие здравоохранение России продемонстрировало масштабные изменения, в которых со всей очевидностью просматривается его реакция как социального института на различные процессы в обществе — от формирования государственной идеологии до реализации потребностей отдельных социальных групп в сфере охраны здоровья. Провозглашение здоровье гражданина в качестве высшей ценности общества и государственного приоритета вылилось в создание грандиозной по своим масштабам сети учреждений здравоохранения, оказывающих бесплатную медицинскую помощь. Была создана система среднего, высшего, послевузовского медицинского образования, инфраструктура подготовки научных кадров в рамках Академии медицинских наук и др.

В период становления нового социалистического государства акцент делался на преодоление последствий массовых эпидемий, на профилактику социально значимых заболеваний. Тогда сформировалась значительная по размерам сеть учреждений первичной и специализированной медицинской помощи, охватившая практически все территории огромной страны. Тогда же закладывался и фундамент медицинской грамотности населения, в том числе через программы ГТО («Готов к труду и обороне»), гражданской обороны и начальную военную подготовку учащейся молодежи.

В период индустриализации страны медицина пришла на производство. Здравпункты, комнаты женской гигиены в заводских цехах и на фермах стали неотъемлемыми элементами инфраструктуры социалистического общественного производства.

Период экономических и социальных трансформаций в современной России на рубеже XX—XXI вв. охарактеризовался смещени-

ем ответственности за сохранение здоровья населения с государственного уровня на самих граждан. Государство сняло существовавшие правовые и организационные барьеры в оказании платных медицинских услуг, развитии частного сектора здравоохранения. В значительной мере были сокращены объемы бесплатных и льготных видов помощи в стоматологии, санаторно-курортном лечении, лекарственном обеспечении, а также при оказании высокотехнологических (дорогостоящих) видов медицинской помощи. Начало 90-х гг. XX в. было временем обвального дефицита финансирования учреждений здравоохранения. Недостаток средств восполнялся бартерными (на основе взаимозачетов) схем обеспечения лечебно-профилактических учреждений лекарствами, продуктами питания, медицинским оборудованием. Объяснение феномена того, что в этот период в здравоохранении не произошли системные, необратимые сбои, следует, вероятно, искать в огромном запасе прочности, который она унаследовала от советской системы здравоохранения.

Итак, система здравоохранения, как и другие институты, демонстрируя социальную динамику, подвержена целенаправленным и подчас резким правовым и организационно-структурным изменениям. Многие требования к ее устойчивому функционированию и динамическому развитию предписываются законом (совокупностью юридических актов), но и они не всегда выполняются, а рано или поздно пересматриваются. В связи с этим встает вопрос: на чем же кроме законодательной базы основываются надежные механизмы управления системой здравоохранения?

Исходя из концепции социального института, эффективное управление системой здравоохранения достигается благодаря приведению управленческой деятельности (ее структуры и способов принятия управленческих решений) в соответствие с задачами и общественными функциями здравоохранения, а также с комплексом его объективных связей с другими подсистемами общества. Здравоохранение как социальный институт характеризуется особым набором функций, ориентированных на определенные общественные потребности. Выполнение этих функций способствует поддержанию целостности и воспроизводству общества, а также развитию самого института здравоохранения.

Социальные потребности граждан в сфере охраны здоровья должны стать основой формирования социальной стратегии государства, которая, в свою очередь, трансформируется в социальные ожидания и реализуется через социальный заказ групп и ведущий заказ общества к здравоохранению.

Социальные ожидания в сфере здравоохранения заслуживают особого изучения, поскольку в социально-психологическом плане именно им принадлежит системообразующая роль во взаимодействиях и поведении групп или организаций в сфере общественного здоровья. Социальные ожидания лежат в основе процессов институционализации, а также механизмов социальной деятельности. Изучение социальных ожиданий в отношении здравоохранения может усилить и обогатить теоретический и практический потенциал исследований общественного здоровья и самосохранительного поведения.

Категория «**социальные ожидания**» занимает свое место в ряду взаимосвязанных категорий, в числе которых «**социальные потребности и интересы**», «**социальный заказ общества (группы) к системе здравоохранения**», «**задачи и функции здравоохранения**». В общем виде взаимосвязь этих категорий представлена на рис. 2.

Схема условно показывает лишь одну фазу циклического по своему характеру социального взаимодействия субъектов (групп населения) с системой здравоохранения. Она отображает это взаимодействие лишь в одном направлении — от субъекта (в данном случае — лишь одной социальной группы) к системе здравоохранения. Отдельные блоки схемы в силу ограниченного объема несколько упрощены. Так, социальная стратегия группы, конечно же, складывается не автоматически под воздействием комплекса условий жизни, потребностей и интересов. Она может также быть восприимчива и к внешним институциональным, ценностным воздействиям со стороны религиозных, национальных, политических идеологий, доминантной культуры, системы права и т.п. Но все-таки совокупность потребностей и интересов в сфере здоровья выступает наиболее важным социальным идентификатором группы.

Общим условием описываемого социального взаимодействия является функционирующая система здравоохранения. В данном случае следует иметь в виду, что здравоохранение предстает как совокупность формальных и неформальных организаций, которые могут попадать в сферу социальных заказов конкретного субъекта или же выпадать из нее в силу его положения в социальной структуре.

В качестве продолжения этой схематической взаимосвязи (ее очередного цикла) на основе уже удовлетворенной потребности в медицинских услугах и оправдавшихся социальных ожиданий может возникнуть процесс возвышения потребностей субъекта, формирование у него более развитой стратегии и, соответственно, формулирование более сложного заказа к системе здравоохранения.



Рис. 2. Взаимосвязь социальных потребностей, ожиданий, социальных заказов с задачами и институциональными функциями здравоохранения

Возможны и иные варианты, в том числе и противоположный — неудовлетворенная потребность ведет к уменьшению ожиданий, когда в стратегии намечается более или менее осознанный отказ субъекта от помощи со стороны системы здравоохранения или ее определенных подразделений (например, местных учреждений). При этом возможны сценарии, когда социальный субъект ориентируется на альтернативные подсистемы здравоохранения. Например, может формироваться массовая ориентация взрослых пациентов на самолечение, особенно в условиях широкой коммерческой рекламы и доступности лекар-

ственных средств через аптечную сеть. Подчас индивиды и группы обособляются в своем заказе к системе здравоохранения от других субъектов (так возникают ведомственные сети диагностических и лечебно-профилактических учреждений) или, напротив, кооперируются с ними (например, в рамках локального сообщества), добиваясь консолидации ресурсов, направляемых на охрану здоровья, и усиления социального заказа к системе здравоохранения.

Социальная стратегия субъекта есть обобщенная до масштабов группы или общества концепция социальной жизни. В стратегии основными элементами, наряду с социальными ожиданиями, выступают конкретные общие цели и средства их достижения.

Каждый социальный субъект, как правило, обладает более или менее отчетливо сформулированной стратегией в отношении собственного здоровья и имеющихся в его окружении ресурсов здравоохранения. В этой стратегии цели обращения к здравоохранению формулируются, как более или менее определенный, необходимый перечень социальных благ, обусловленных состоянием здоровья и потребностью в определенных видах медицинской помощи.

Социальные ожидания составляют личностно значимые звенья в социальной стратегии субъекта и обеспечивают ее целостность с точки зрения согласования потребностей, интересов, жизненных целей и средств их достижения в масштабе индивидуальной или социально-групповой картины социального мира. Они формируются по поводу конкретных социальных институтов общества и продуктов их деятельности (предмета их ответственности), указывают на особенности восприятия индивидом (группой) этих продуктов как общественных благ. Содержание социальных ожиданий составляет субъективную основу мотивации и социальных взаимодействий субъектов в сфере здоровья.

Социальные ожидания в отношении здравоохранения базируются на потребностях группы, общества. Они обусловлены социальным сознанием и мировоззрением субъектов и подвержены институциональным воздействиям со стороны социального и формального права, религии, политической идеологии и т.п. Ожидания могут отражать потребности в нескольких сферах жизни, в том числе духовной, трудовой, репродуктивной и досуговой.

Социальные ожидания в отношении здравоохранения — субъективно и обобщенно воспринимаемые социально значимые результаты самосохранительной и медицинской деятельности. Они являются звеньями относительно целостной социальной стратегии любой группы в сфере охраны здоровья. Социальные ожидания могут не совпадать и взаимно противоречить в ситуации социальных взаимо-

действий в сфере здоровья. Но они также могут служить важными характеристиками неформальной социальной организации, возникающей в здравоохранении. Социальные ожидания в отношении здравоохранения обычно представлены в конкретной предметной форме путем описания ожидаемых последствий обращения человека к здравоохранению. Эти результаты субъективно соотносятся с ценностным ядром как устойчивой культурной характеристикой социального субъекта.

Социальные ожидания индивидов в отношении здравоохранения могут быть реалистичными, ложными (иллюзорными), осуществимыми или невыполнимыми. Так, обращение платежеспособной части пациентов к услугам платной медицины отнюдь не всегда обеспечивает лучшее качество лечения в сравнении с медициной бесплатной. Столь же типичным иллюзорным является ожидание, согласно которому прохождение медицинского курса лечения социально значимых заболеваний избавляет пациента от необходимости целенаправленного изменения своих условий и образа жизни.

В конфигурации социальных ожиданий в отношении здравоохранения реализуется специфика конкретного локального (регионального) сообщества и функционирующих в его пространстве учреждений здравоохранения. Эта специфика может обладать устойчивостью, выступать фактором развития локальной системы здравоохранения, а ее глубокое понимание может полнее объяснить особенности этого развития.

Социальные ожидания в отношении здравоохранения служат предпосылкой соответствующего социального заказа. В отличие от социальных ожиданий, социальный заказ к здравоохранению максимально приближен к конкретным условиям, характеристикам (параметрам, структурным элементам) действующей локальной системы здравоохранения. Он основывается на наличных (подконтрольных данному субъекту) ресурсах и приобретает форму более конкретного требования (например: «пусть врач придет сам, мне — некогда...», «выпишете мне лекарство подешевле ...», «направьте меня к специалисту ...» и т.д.).

Таким образом, социальный заказ — реальный инструмент определения задач общественной системы здравоохранения. В социальном заказе формулируются в прямой или опосредованной форме потребности групп или организаций в отношении здравоохранения. А в задачах эти потребности обретают легитимность и переходят в форму разделяемых и документированных требований, выдвигаемых к системе здравоохранения (законы о здравоохранении, положение о медицинском учреждении, инструкции по применению

лекарственных препаратов, регламент лечебно-диагностических процедур, стандарты медицинских технологий, некие значения статистических показателей общественного здоровья и деятельности здравоохранения и др.).

Особенностью социально-научного осмысления развития отечественного здравоохранения в предыдущие годы было то, что авторы вольно или невольно ограничивали спектр анализируемых социальных факторов. Можно предположить, что это было связано в том числе и с неразвитостью категориального аппарата анализа. Так или иначе в исследовательских интерпретациях социальные ожидания, задачи и функции здравоохранения нередко подменялись идеологическими штампами в рамках господствующего социального заказа. Такими штампами нередко оказывались лозунги: «охрана здоровья народа — важнейшая задача социалистического строительства»; «социалистическое государство — единственное государство, которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения»<sup>1</sup>, «здоровье всех членов общества является общественным достоянием, на страже которого стоит государство» и т.п. В этих лозунгах, по сути, игнорировалась множественность и нетождественность социальных ожиданий разных социальных групп и организаций. При этом упускалась из виду сложность социальной реальности внутри и вокруг самой сферы здравоохранения.

Другая эвристическая грань категории «социальные ожидания» связана с раскрытием совпадений и расхождений социальных ожиданий субъектов, взаимодействующих в сфере здравоохранения. Расхождения могут обнаруживаться как на одном и том же уровне, так и между субъектами разных уровней социальной организации. В любом случае совпадения и расхождения социальных ожиданий отражаются в мотивационной сфере субъектов и заслуживают внимания с позиции мотивационного компонента в системе управления здравоохранением.

Раскрытая выше природа социальных ожиданий и социальных заказов в здравоохранении указывает на то, что источниками их распознавания могут служить различные документы, общественное мнение, экспертные оценки в отношении значимых направлений и проблем развития здравоохранения. Подобная информация в формализованном или неформализованном виде доводится до руководителей органов управления и учреждений здравоохранения и воспринимается как выражение социального заказа.

<sup>1</sup> Программа Коммунистической партии Советского Союза // Материалы XXVII съезда КПСС. М.: Политиздат, 1986. С. 153.

Однако не все социальные заказы могут быть поддержаны большинством членов общества или доминантной группой и приобрести статус задач, часть их может оставаться неразделенной. Например, обнаруживается заинтересованность некоторых социальных групп в упрощении стандартов медицинской помощи или сокращении некоторых ее видов, в переходе к преимущественно платной медицине, в сокращении льготных категорий граждан и др.

Социальные заказы в отношении здравоохранения многоплановы, как и спектр социальных интересов и источников таких заказов. Но в этом многообразии выделяется **ведущий социальный заказ общества**, выражающий либо интегральный интерес, либо интерес доминантных групп. Именно ведущий заказ, сформулированный в понятиях данных групп, служит ориентиром для политиков, руководителей органов управления и учреждений здравоохранения в выборе приоритетов развития системы здравоохранения и механизмов их реализации.

Представляет интерес социальная динамика ведущего заказа. Эта динамика обусловлена не только влиятельностью доминантных групп или жесткостью правового обеспечения медицинской помощи. Важным обстоятельством в раскрытии внутренней структуры ведущего заказа является уровень развития системы здравоохранения, на котором реально сталкиваются, перекрещиваются социальные заказы, исходящие от разных групп социально-медицинского сообщества.

Возможны ситуации, когда роль ведущего заказа смещается от государственного или иного формального, предписанного законом, источника к конкретным исполнителям — коллективам практикующих врачей или научных работников. Последние не являются механическими исполнителями «предписаний сверху», а ощущают себя в определенной степени субъектом предоставления медицинских услуг. Эти группы могут существенно влиять на ценностную и технологическую структуру системы здравоохранения.

В вертикальной управленческой структуре и в социальной организации системы здравоохранения могут возникать определенные социальные барьеры и фильтры, через которые своеобразно соотносятся и соподчиняются конкретные социальные заказы, выдвинутые различными субъектами социально-медицинского сообщества. Таким образом, например, на федеральном уровне детерминируется общая структура региональных или локальных систем здравоохранения, приоритетность отдельных программ медицинской помощи и, говоря шире, весь комплекс социальных отношений в ней. На региональном уровне могут действовать коллегиальные органы, определя-

ющие специфику региональных приоритетов и вырабатывающие рекомендации по развитию местных систем здравоохранения. Вряд ли можно игнорировать эти конкретные социальные механизмы при научном осмыслении эффективности здравоохранения и детерминации общественного здоровья.

Ведущий заказ, под выполнение которого готовится каждая очередная реформа здравоохранения, имеет определенную цикличность и меняется, как правило, один раз в 15–20 лет. Однако продолжительность этого цикла, судя по историческому опыту развития систем здравоохранения в странах Евросоюза во второй половине XX в., уменьшается<sup>1</sup>. Столь же часто меняются публичные задачи и правовые нормы, законодательно вводимые в системе здравоохранения, если они привязаны к интересам групп власти. А характерной чертой этих интересов в России в последнее десятилетие было сокращение расходов на здравоохранение, медицинскую науку и переход на рыночные механизмы управления и финансирования здравоохранения.

Переход к рыночным децентрализованным принципам управления здравоохранением остается дискуссионным в плане экономической целесообразности. Согласно макроэкономическим расчетам, при одинаковых объемах и качестве предоставляемых медицинских услуг страховые децентрализованные модели оказываются значительно дороже централизованных бюджетно-страховых, что подтверждается и данными зарубежной литературы. Именно эта экономическая целесообразность заставила ряд западных государств выводить общественные системы здравоохранения из децентрализованной, рыночной зоны страховой медицины и переводить их в зону прямого бюджетного финансирования и государственного управления.

Секрет более высокой затратности страховой медицины прост: между медицинским учреждением и пациентом встраиваются посредники — страховые компании, которые присваивают до  $\frac{1}{4}$  проходящих через них финансовых средств в качестве своей прибыли. Так в совокупность социальных заказов к здравоохранению вклинивается сугубо рыночный субъект, который занимает финансирующую и контролирующую позицию. То, как воспринимается врачом-клиницистом позиция медицинской страховой организации, показывает фрагмент одного из глубинных интервью<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Шейман И.М. Проблемы реформы управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, 1998.

<sup>2</sup> Здесь и далее в интервью сохранена оригинальная лексика.

Бывший врач детской областной клинической больницы, мужчина, 29 лет, кандидат медицинских наук, ныне — директор собственной IT-фирмы.

«Этот правильный шаг был — система обязательного медицинского страхования. Но в итоге, что мы имеем? Страховщики играют на своей волне — их цель получение просто денег, они просто не хотят их давать больницам. Плюс, оно, это страхование, вообще недополучает деньги, и в итоге хорошая идея превратилась в полную свою противоположность».

Справедливости ради надо отметить, что введение обязательного медицинского страхования спасло систему здравоохранения России от развала в период социально-экономических реформ начала 90-х гг. прошлого столетия. Другое дело, внедрение принципов ОМС не имело логического продолжения с учетом реалий социально-экономической ситуации в стране.

К сожалению, особенностью ведущего заказа к здравоохранению в современной России остается то, что он почти всецело ориентирован на клиническую, а меньше — на профилактическую деятельность.

Если ведущий заказ не связан с научным, комплексным видением института здравоохранения как подсистемы общества, то он не воспроизводит и в принципе не может воспроизвести весь спектр функций здравоохранения. Потому в большинстве своем, как показывает история, ведущие заказы рано или поздно пересматриваются. Сказанное не означает, что ведущий заказ обязательно противоречит потребностям общества в сфере здоровья. Но на разных уровнях и в разных секторах здравоохранения, как правило, складываются разные конфигурации ведущего заказа и, таким образом, функции отдельных лечебно-профилактических учреждений оказываются в пересечении интересов разных социальных субъектов.

Поскольку разные социальные субъекты по-разному определяют для себя функциональность здравоохранения, отдельные лечебно-профилактические учреждения и даже работники здравоохранения могут попадать в противоречивую ситуацию. Ведущему заказу может противоречить конфигурация других заказов, поскольку функции этих учреждений или работников оказываются в пересечении интересов разных субъектов — государства, работодателей, родственников пациентов и т.п. Органы управления здравоохранением доводят до лечебно-профилактических учреждений государственный заказ (муниципальное задание). Одновременно свой заказ здравоохранению предъявляет население. Особый заказ диктуют группы, способные платить за медицинскую помощь, покупать дополнительные

сервисные и медицинские услуги: палаты повышенной комфортности, индивидуальное лечебное питание, санаторно-курортное лечение, консультации ведущих специалистов, внеочередной доступ к высокотехнологичным диагностическим и клиническим программам и т.д.

Итак, с помощью предложенной выше категориальной схемы (см. рис. 2) удается социологически анализировать некоторые проблемы политики здравоохранения, а также взаимосвязь и трансформацию социальных потребностей и интересов, социальных ожиданий и социальных заказов, их соотношение с задачами и функциями здравоохранения в социальной системе. В ряду этих проблем — социальные механизмы «продвижения» ведущего социального заказа, в том числе своеобразный социально-медицинский абсентизм — сознательный уход некоторых социальных групп из самосохранительной деятельности, отказ от профессиональной медицинской помощи и др.

Ведущий социальный заказ к системе здравоохранения обычно тесно связан с господствующей политической идеологией, с общими направлениями в социальном развитии общества. В конкретный социально-исторический период смена доминантной группы или слабая выраженность ведущей социальной и политической идеологии может сопровождаться недостаточной определенностью ведущего социального заказа к общественной системе здравоохранения.

Не только общество в лице государства или органов управления здравоохранением, но в существенной степени сами коллективы лечебно-профилактического учреждения выступали и выступают субъектами формирования социального заказа. Именно поэтому так важно развитие полноценного социального и профессионального сознания персонала медицинских учреждений.

Управление здравоохранением, как уже говорилось выше, нацелено на решение определенных задач и достижение конкретных медицинских и экономических показателей (моделей конечных результатов деятельности системы здравоохранения, отдельных медицинских учреждений). Это вытекает из бюрократического понимания функций здравоохранения. Из сферы управления общественным здоровьем, вопреки декларациям, нередко выпадает стратегическая задача формирования здорового образа жизни населения, развитого ценностного отношения к здоровью и заинтересованного участия в его сохранении, а также формирования системы широкого социального партнерства вокруг проблемы сохранения здоровья в локальном сообществе. Тем самым лишний раз подтверждается факт определенного «смещения целей» и бюрократическая трансформация задач

института здравоохранения, при увеличении дистанции между общественными потребностями и задачами здравоохранения. На сегодняшний день это характерно не только для федеральных органов управления здравоохранением, но и для ведущих политических партий, руководителей органов государственной власти и местного самоуправления.

Какие же проблемы здравоохранения должны оставаться в центре внимания всегда, а не только в период очередной реформы? Этот вопрос относится к теоретическому ядру социологии медицины. В последние годы он приобретает особую значимость на фоне все более популярной проблематики качества медицинской помощи. Характерно то, что под влиянием различных прикладных версий «теории управления качеством»<sup>1</sup>, распространенных в управлении бизнесом, в практике управления системой здравоохранения утверждаются подходы, игнорирующие институциональную природу самого здравоохранения.

Не отвергая определенную прикладную полезность подобных подходов и практики *TQM*, подчеркнем, что единственным залогом высокой социальной эффективности управления качеством медицинской помощи в подобных разработках остаются инструменты контроля внутрикорпоративных связей и взаимодействий.

Однако в сложившейся практике выработки и принятия управленческих решений субъективно избираемые цели — публичные задачи здравоохранения специально не обсуждаются и не исследуются. Эти цели принимаются как должное, предписанное, в частности, нормативными правовыми актами и должностными инструкциями. Сугубо медико-социальных исследований оказывается недостаточно для анализа правильности таких задач. Их оценка всецело должна лежать в русле комплексного институционального (значит — функционального) анализа конкретной системы. Именно в функциональном определении этих задач и кроется исходная предпосылка эффективности системы здравоохранения.

Исследование функций здравоохранения как социального института следует рассматривать как концептуальную основу анализа качества здравоохранения в теоретическом и прикладном отношении. Эффективность здравоохранения в наиболее полном, не усеченном бюрократическими интересами или технологиями смысле и должна прежде всего определяться выполнением социальных функций отрасли. Социологии медицины, анализирующей функции здравоохранения, в этом плане принадлежит колоссальная методо-

<sup>1</sup> Имеются в виду концепции *Total Quality Management* и некоторые версии корпоративного управления качеством (ИСО 9000).

логическая роль. Недооценка этой роли общей проблематики функций здравоохранения может вызвать цепь серьезных научных и практических ошибок.

### 1.3.3. Структура здравоохранения как социальной системы

Социально-научное представление о структуре системы здравоохранения, как говорилось выше, дает необходимые ориентиры при проведении медико-социологических исследований, анализе основных объектов и их системных взаимосвязей.

Для концептуального воссоздания такой структуры целесообразно признать, что сфера здравоохранения устойчивым образом охватывает группы разнородных элементов. Наличие таких элементов необходимо учитывать при осмыслении большинства медико-социальных ситуаций. Логически каждая из этих групп, в свою очередь, также образует своеобразную структуру, а вместе они формируют целостную систему здравоохранения данного общества (локального или группового сообщества).

Социологическое конструирование и изучение этой структуры подразумевает, что выделяемые группы элементов и их количественные и качественные характеристики могут быть измерены эмпирически, а все они по совокупности в достаточно полном объеме охватывают сферу здравоохранения, как формального, так и неформального.

В начале структурного анализа системы здравоохранения обычно выделяют ее наиболее зримые элементы в виде комплекса функционирующих учреждений. Медицинские учреждения, действительно, составляют одну из формальных внутренних структур в системе здравоохранения. Но начать медико-социологический анализ системы здравоохранения все же целесообразно с тех подсистем, которые сами являются первичными по отношению к его формально-организационной (учрежденческой) структуре.

**Функциональные подсистемы.** В здравоохранении логически можно выделить следующие функциональные подсистемы:

- система управления на разных уровнях функционирования здравоохранения (администрация медицинского учреждения, территориальные органы управления здравоохранением, Министерство здравоохранения и социального развития РФ);
- система ресурсного обеспечения (включающая капитальное строительство, обеспечение учреждений здравоохранения финансовыми ресурсами, медицинским оборудованием, лекарственными средствами, лечебным питанием и др.);

- система, отвечающая за разработку и внедрение научных достижений (отраслевые НИИ, кафедры, диссертационные и экспертные советы, методические объединения врачей, профессиональные периодические издания и издательства, библиотеки медицинской литературы и т.п.);

- система профессиональной подготовки и переподготовки кадров для учреждений здравоохранения (медицинские колледжи, вузы, учреждения системы послевузовского профессионального образования врачей и др.);

- система обеспечения профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощью (оборудованные палаты для пациентов, клинические отделения, диагностические лаборатории, отделения восстановительного лечения, школы больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, и др.);

- система социально-культурного развития и рекреации (ведомственные музеи истории медицины, социально-бытовые и рекреационные зоны внутри медицинских учреждений и др.);

- общественные (формальные и иные) объединения, участвующие в развитии системы здравоохранения (профессиональные союзы медицинских работников, попечительские советы и т.п.).

Важность социологического изучения этих подсистем обусловлена тем, что именно в них зачастую вырабатываются стандарты медицинской деятельности и сосредоточены функции контроля за нею. Многие из названных подсистем специфическим образом связывают здравоохранение с внешними институтами и сферами общества (экономикой, техносферой, идеологией, политической культурой, доминантной культурой общества и его субкультурами и т.д.), обеспечивая проникновение в систему здравоохранения ценностей и отношений всех внешних институтов. Именно поэтому медицинская деятельность, поведение и отношения людей в сфере здоровья несут на себе характерный отпечаток внешних сил и стереотипов, например стереотипов бюрократии, культуры быта, идеалов социальной справедливости, гигиены труда и отдыха, гендерной этики и психологии и т.п.

Выделенные выше подсистемы в большинстве своем носят характер формальных организаций. Они имеют, как правило, фиксированные границы, внутренние вертикальные и горизонтальные связи, а в совокупности образуют широкую сеть медицинских учреждений или подразделений внутри этих учреждений.

**Системы медицинских учреждений.** Относительно самостоятельную инфраструктуру в системе здравоохранения образуют медицин-

ские учреждения. Но и они, в свою очередь, структурируются по нескольким основаниям:

- по форме собственности — государственные, муниципальные, частные и имеющие статус иных форм собственности;
- по территориально-административной подчиненности — федеральные, субъектов Федерации, муниципальные;
- по ведомственной принадлежности: системы Министерства здравоохранения и социального развития, Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства юстиции, Российской академии медицинских наук и др.;
- по месту расположения учреждений — городские и сельские;
- по организационно-функциональной структуре — объединенные и необъединенные;
- по специализации — многопрофильные и специализированные;
- по возрастному признаку — детские, взрослые, гериатрические и др.;
- по степени интенсивности лечения — интенсивное, восстановительное, паллиативное и др.

Можно выделить и другие характеристики, по которым разделяются организации здравоохранения, однако каждая из них, как правило, включает в себя несколько признаков, соотносясь (с учетом решаемых задач) с той или иной номенклатурной группой учреждений здравоохранения.

Многообразие типов медицинских учреждений не ограничивается лишь уровнем и отраслевым делением, которые обычно принимались во внимание социологами.

Приведенный выше перечень определенно указывает на то, что типы медицинских учреждений косвенным образом не только характеризуют положение конкретных групп населения и их представителей в социально-правовой и социально-экономической системе общества, но и отражают всю внутреннюю социальную организацию медицинской помощи. Поэтому социальная типология медицинских учреждений объективно является важным элементом структуры системы здравоохранения и заслуживает особого социологического изучения.

**Функциональные сферы.** В отличие от двух приведенных выше структурных схем, где представлены формальные организации или учреждения, для системы здравоохранения в целом также характерны особые явления деятельного и процессуального характера, которые имеют существенное социальное значение, часто взаимопроникают, а также могут наблюдаться в синтезе друг с другом.

Именно поэтому их можно обозначить в рабочем порядке как функциональные сферы. Самостоятельность этих сфер подчас относительна. Они могут не иметь статуса учреждения или каких-либо обособленных организационных форм деятельности (например, формы профилактической или клинической помощи, совмещаемые в деятельности медицинского работника). Но в целенаправленной деятельности они так или иначе логически выделяются, используются и сочетаются в зависимости от условий и целеполагания конкретных субъектов, действующих в сфере охраны здоровья.

К числу функциональных сфер здравоохранения относятся:

- профессиональная медицинская помощь (организуемая медицинскими специалистами, учреждениями, системой здравоохранения) и самолечение (осуществляемое и контролируемое преимущественно самим индивидом);
- групповые и индивидуальные формы медицинской помощи;
- общие и специализированные виды медицинской помощи;
- платные и бесплатные виды помощи;
- плановые и экстренные виды медицинской помощи.

В задачу медико-социологического исследования может входить изучение социальной обусловленности этих сфер, их обеспеченность необходимыми ресурсами, их роль и место в инфраструктуре и политике здравоохранения, их соответствие передовым медицинским технологиям и реальное соотношение этих сфер в медицинской практике. Так, для социологии общественного здоровья могут оказаться актуальными вопросы реального соотношения: индивидуальных и групповых форм оказания медицинской помощи; самолечения и профессиональной медицинской помощи; общих и специализированных видов медицинской помощи, оказываемых разным социально-экономическим слоям и группам населения (элитарным группам, городским и сельским жителям, социально незащищенным слоям населения и др.).

**Социально-медицинские общности.** В системе здравоохранения индивиды и группы оказываются, как правило, дифференцированными в связи с их функциональными (ролевыми), биологическими (наследственными) и социальными (экономическими, демографическими, культурными и правовыми) различиями в данном обществе и, соответственно, в конкретной системе здравоохранения. Дифференциация выражается в формировании особого типа общностей — социально-медицинских общностей, которые могут основываться на сходном ценностном отношении к здоровью, на характерных моделях поведения в сфере здоровья, на особых организационно-ролевых (функциональных) позициях в системе здравоохранения.

Выделение в данной работе социально-медицинских общностей в качестве одной из категорий медико-социологического анализа представлено впервые в отечественной литературе. Но оно принципиально повторяет категориальную разработку других отраслей современной социологии и, в частности, опыт выделения социальных общностей в определенных срезах социальной структуры населения, каковыми являются социально-профессиональные, социально-образовательные, социально-этнические и другие подобные типы общностей.

Необходимость научной постановки вопроса о данном типе социальных общностей назрела в отечественных медико-социологических исследованиях. Только при таком условии можно в социально-научном плане рассматривать проблемы социального неравенства, социальных отношений, групповых конфликтов, субкультур в сфере общественного здоровья и здравоохранения. Совершенно не случайно то, что при отсутствии в медицинском и социологическом понятийном аппарате такой категории, как «социально-медицинские общности», медико-социологические исследования обходили стороной многие перечисленные выше научно-теоретические и социально-практические проблемы здравоохранения.

Социально-медицинские общности выступают в качестве важнейших субъектов сферы здравоохранения и возникающих в ней социальных отношений. Индивиды, в свою очередь, ведут себя как представители таких общностей, разделяя их позиции, интересы, а также во многом и присущие конкретным общностям социально-ролевые модели.

Роль социально-медицинских общностей объективно возрастает по мере развития и усложнения инфраструктуры и технологий здравоохранения, в связи с усилением инновационного характера собственно профессиональной медицинской деятельности.

Недооценивать субъектный характер социально-медицинских общностей — значило бы упускать из виду наиболее мощную группу факторов развития общественного здоровья и функционирования здравоохранения. Так, становится все более очевидной несостоятельность изображения профессиональной группы работников здравоохранения (например, врачей) как сравнительно однородной, монолитной общности. Проведенные нами исследования говорят о том, что корпоративная структура персонала медицинского учреждения является сложной и неоднородной. В ней выделяются разнородные слои, проявляющие далеко не одинаковую заинтересованность и несущие далеко неодинаковую ответственность в процессах функционирования и развития конкретного медицинского учреждения.

Одним из ведущих критериев для формирования и логического выделения социально-медицинских общностей выступают определенные виды деятельности в сфере охраны здоровья и соответствующие им социальные статусы в системе здравоохранения. С точки зрения этого критерия в самом общем виде в социально-медицинских общностях можно выделить две группы: пациенты и медицинские работники. Но и это деление на две группы всегда было пластичным, а в последнее время в связи с развитием поведенческих стратегий населения, ориентированных на самолечение, а также при игнорировании медицинской помощи во время болезней оно становится еще менее однозначным.

В современном обществе пациент сам все в большей степени становится субъектом медицинской деятельности, осуществляя в отдельных клинических случаях персональную диагностику и самолечение. Изменяющиеся правовые основы оказания медицинской помощи, новейшие технологии здравоохранения, а также возросший образовательный уровень населения с неизбежностью ведут к тому, что пациенты все активнее вовлекаются в обсуждение вопросов здоровья, заболеваний и проблем здравоохранения, консультируют других по вопросам диагностики и лечения, выступают с критикой профессиональной медицины и т.п. Взаимоотношения медицинского работника и пациента все в большей степени опосредованы социальными, инфраструктурными и техническими факторами: информационными сетями, открытыми диагностическими ресурсами, обширными социальными связями индивидов, в кругу которых оказываются носители определенных медицинских компетенций, и т.п.

Дихотомическое деление социально-медицинских общностей, условно сводящее всех индивидов к одной из двух категорий: «медработники» и «пациенты», — для глубокого и детального медико-социологического исследования явно недостаточно. Сегодня это особенно очевидно с учетом современных процессов развития системы здравоохранения, расширения ее институциональных связей и вовлечения в ее деятельность других субъектов, не относящихся формально ни к пациентам, ни к медработникам. В сфере охраны здоровья все более заметную роль играют менеджеры медицинских корпораций, субъекты в сфере законодательной деятельности, политические лидеры на уровне страны и регионов.

Особая роль обнаруживается у религиозных организаций, — это видно на примере церкви «Свидетелей Иеговы», установки которой запрещают переливание крови в медицинских целях. Вряд ли следует недооценивать и позицию крупных бизнесменов, руководителей предприятий и работодателей, так или иначе вырабатывающих со-

циальные (корпоративные) нормы. Эти нормы действуют в сфере здоровья в зоне ответственности определенного сектора бизнеса и так или иначе влияют на достижение экономического результата.

Таким образом, с очевидностью назревает необходимость выделения новой социально-научной категории в понятийном и проблемном поле современного медико-социологического анализа, указывающей на относительно устойчивую совокупность социально-медицинских общностей — «социально-медицинское сообщество».

Обозначенная совокупность охватывает не только пациентов и медработников, но и все заинтересованные социальные группы, так или иначе (прямо или опосредованно, положительно или негативно) влияющие на функционирование и развитие системы здравоохранения в социуме. Среди этих групп заслуживают изучения:

- лидеры общественного мнения;
- представители определенных профессиональных групп, практически связанных с воспроизводством потенциала общественного здоровья (учителя физической культуры, организаторы спорта, персонал экологических организаций и т.п.);
- семейные группы, родственники, проявляющие то или иное (пассивное или заинтересованное) отношение к здоровью пациентов;
- попечительские советы и бизнес-сообщества;
- местные общественные организации, в том числе религиозные общины;
- средства массовой информации, освещающие проблемы здравоохранения и доносящие их до общественного мнения, и др.

Однако, признавая сложный состав социально-медицинского сообщества, социология при изучении общественного здоровья и здравоохранения чаще имеет дело с взаимодействующими в ней социально-демографическими и социально-профессиональными общностями. Более устойчивую статусную структуру образуют профессиональные общности медицинских работников, которые давно и с разных сторон изучаются зарубежной социологией профессий и социологией медицины.

Профессиональные общности в здравоохранении могут дифференцироваться по ряду взаимосвязанных оснований:

- по должностным позициям (начальники — подчиненные, основной — вспомогательный персонал и др.);
- по медицинским специальностям (терапевты, хирурги, психиатры, педиатры и др.);
- по уровням квалификации (квалификационные категории персонала в лечебно-профилактических или научных учреждениях);

- по положению работников в отраслевой и уровневой структуре системы здравоохранения (включенности в медицинские учреждения различных социальных типов).

Социально-демографические признаки также служат важным основанием формирования социально-медицинских общностей. Чтобы убедиться в этом, достаточно отметить несколько фактов:

- объективную зависимость уровней заболеваемости и смертности от возраста индивидов и популяции;
- зависимость профессионально-должностного статуса медицинских работников от возраста и пола;
- устойчивость тенденции феминизации медицинских кадров и др.

**Ценностная структура здравоохранения** дает представление о реальном содержании интеллектуальных, профессиональных и социальных ценностей, транслируемых или развиваемых в медицинской деятельности. Аксиологический анализ должен осветить также и место самой ценности индивидуального и общественного здоровья в ценностных системах и образе жизни социальных групп и общества.

Прочный гуманитарно-ценностный стержень, закрепленный в известной «клятве Гиппократова», существенно отличает медицинскую профессию от других. Однако ценностная структура сферы здоровья и здравоохранения не ограничивается традиционно выделяемыми витальными и гуманитарными ценностями. В медицинской профессии и в системе здравоохранения в целом, в условиях рыночной экономики и глубокого социального неравенства реализуются конкретные экономические и социально-политические ценности. Эти ценности могут иметь узковедомственный, корпоративный, групповой, даже корыстный характер и проявляться в явных и латентных формах.

Социология общественного здоровья должна обратить внимание на реальное состояние и динамику ценностной структуры, которые могут не соответствовать декларативному лозунгу: «здоровье человека — богатство общества». С действительным ценностным содержанием связано реальное целеполагание социальных субъектов в сфере здоровья, характер выдвигаемых ими ближайших и перспективных целей и, соответственно, осуществляемой деятельности.

Таким образом, аксиологический анализ сферы здоровья и здравоохранения служит необходимой предпосылкой медико-социологического изучения детерминант и эффективности социального поведения населения в сфере здоровья и профессиональной деятельности медицинских работников в системе здравоохранения. Объектами аксиологического анализа могут и должны стать повседневные

поведенческие модели индивидов, а также групп в сфере здоровья, кроме того — профессиональная деятельность медицинских работников, документы управленческой и законотворческой деятельности в системе охраны здоровья населения.

Реальное ценностное содержание профессиональной деятельности в здравоохранении, в силу ряда объективных и субъективных причин, может выходить за рамки установленных стандартов, не совпадать и даже противоречить им. К числу постоянно действующих причин или обстоятельств подобного несоответствия относятся глубокая специализация и функциональная расчлененность современной профессиональной медицины (как в традиционных, так и в высокотехнологических областях), индивидуально-личностный характер социальных взаимодействий между пациентом и медицинским работником, зачастую низкий уровень обобществления медицинской деятельности и социального контроля над ней в силу ее эзотеричности. Это положение следует учитывать в медико-социологическом анализе соотношений формального и неформального (публичного и непубличного) здравоохранения, в прогнозировании результатов деятельности системы здравоохранения.

Социально-научный анализ ценностного содержания сферы общественного здоровья даст возможность идентифицировать социально-культурные типы, воспроизводимые в этой сфере и в системе здравоохранения. Данная проблематика получила довольно основательное развитие в зарубежной социологии медицины в связи с установлением того факта, что различия в качестве (эффективности) здравоохранения обусловлены не только и не столько уровнем финансирования медицинских учреждений, но также характером культурной среды и социальной организации здравоохранения.

**Технологическая структура здравоохранения.** Она охватывает совокупность используемых в медицине технологий — конкретных методических подходов, специальных методик, технических средств и социально-организационных форм осуществления медицинской помощи. Причем речь идет не только о профессиональной медицине, но и о других реальных областях здравоохранения.

Медико-социологический анализ этой структуры, являющейся неотъемлемым компонентом системы здравоохранения, нацелен на социальный аспект медицинских технологий.

Социальный аспект этих технологий проявляется, во-первых, в том, что выбор и применение той или иной медицинской технологии (методики диагностики или лечения) обусловлены не только фиксированными стандартами профессиональной деятельности (рекомендациями, инструкциями и т.п.), но и социальными условиями,

например: социальным (в том числе гражданским, правовым, этническим, экономическим) статусом пациента, транспортной, финансовой доступностью тех или иных видов медицинской помощи, а также сложившейся организационной моделью оказания медицинской помощи в конкретном сообществе или учреждении.

Так, известно, что получение той или иной квалифицированной медицинской помощи может быть обусловлено наличием у пациента соответствующих статусных документов (например, паспорта, полиса ОМС).

Социальная обусловленность вида медицинской помощи или технологии лечения, избираемой медицинским работником для пациента, может в реальности проявляться, например, в том, насколько внешний вид пациента отвечает общепринятым представлениям. Такова, по данным специальных исследований, основная предпосылка существенного снижения объема оказываемой помощи или даже отказа в ней представителям «придонного» слоя бездомных, даже имеющим регистрацию по месту жительства<sup>1</sup>.

Во-вторых, социальный аспект реализуемых медицинских технологий проявляется в содержании тех социальных связей и отношений, которыми могут быть насыщены эти технологии. Например, перевод пациента на домашнее долечивание предполагает существенное ослабление профессионального медицинского и социального контроля над пациентом, возможное усиление негативных для результата лечения социальных связей. Напротив, пребывание пациента в условиях медицинского стационара может исключить внешние негативные социальные воздействия, обеспечить более существенное позитивное взаимодействие с медицинским персоналом, строгое выполнение больничного режима, дозированных физических нагрузок, соблюдение режима и лечебного питания.

В социологии общественного здоровья обращение к анализу технологической структуры здравоохранения актуально, особенно в контексте сравнительного изучения эффективности разных типов медицинских учреждений, например муниципальных (типовых и вариативных), частных (элитных), альтернативных, а также их дифференциации в плане используемых технологий.

Итак, с социологической точки зрения структура системы здравоохранения определяется соотношением функциональных под-

<sup>1</sup> Рыжов Р.О. Медико-социологический анализ положения бездомных // Здоровье населения — основа процветания России: Сб. материалов региональной научно-практической конференции и трудов ННЦ СЗО РАМН / Под ред. чл.-корр. РАМН В.А. Медика. М.: Медицина, 2008; Социальные и правовые аспекты проблемы бездомности в России. СПб., 2007. С. 55–57, 64–65.

систем и сфер здравоохранения, взаимосвязанной сетью медицинских учреждений и программ, характером и взаимодействием социально-медицинских общностей, а также ценностным содержанием и реальными технологиями здравоохранения.

Многие обозначенные выше аспекты медико-социологического анализа общественного здоровья и здравоохранения являются новыми для специалистов социологии медицины. Известно, что более разработанными являются статистические индикаторы движения и взаимодействия социально-демографических групп в сфере охраны здоровья населения. Больше внимания в последнее время уделяется социологическому осмыслению отдельных подсистем здравоохранения (реабилитационной медицины, семейной медицины и др.).

В гораздо меньшей степени осмыслены социологами другие структуры и компоненты здравоохранения как социальной системы, в частности состав и взаимоотношения должностных и профессионально-квалификационных групп, их положение во властной структуре медицинских учреждений.

В отечественной социологии пока недостаточно внимания уделяется каналам и механизмам влияния, оказываемого на здравоохранение (его содержание и структуру) «внешними» и «внутренними» по отношению к нему группами общества.

Значительны эвристические возможности исследований, нацеленных на пересечение выделенных выше групп элементов. Так, в последнее время социологи приближаются к осмыслению учреждения здравоохранения как корпорации. Признание и раскрытие корпоративного характера таких учреждений позволяет понять расхождение интересов учреждения как социальной организации, с одной стороны, и общества, в котором она действует, с другой стороны. Кроме того, удастся вскрыть слоевую структуру корпоративного персонала, ценностное ядро и факторы поведения различных слоев и подразделений корпорации на фоне ее единых задач в конкурентной среде, что особенно актуально в условиях продолжающейся коммерциализации сферы здравоохранения.

Социально-научное структурирование системы здравоохранения позволяет точнее изучать потенциал и динамику инноваций и социальных движений в сфере общественного здоровья. Иногда из-за недостаточности именно социально-аналитических данных создается не вполне адекватное впечатление, будто источником динамики в системе здравоохранения являются лишь вышестоящие органы управления здравоохранением. Если это не вполне так, то возникает вопрос: кто, какие группы людей способны быть инициаторами или проводниками социального заказа в системе здравоохранения?

Представляют несомненный научный и практический интерес и другие вопросы, решение которых возможно лишь с учетом анализа структуры здравоохранения как социальной системы:

- какова социальная природа и социальные технологии неформального здравоохранения (самолечения, домашней и народной медицины, массовых, осуществляемых с помощью СМИ воздействий на поведение людей в сфере здоровья)?
- каковы каналы и механизмы реализации социальных заказов в сфере здравоохранения?
- кто и под влиянием каких социальных интересов определяет приоритеты федерального или регионального компонентов содержания медицинской помощи?
- насколько осознаны и приняты социально-медицинскими общностями конкретные инновации в здравоохранении?

На эти и другие вопросы, традиционные для западной социологии здоровья, предстоит искать ответы отечественным социологам, изучающим проблематику общественного здоровья и здравоохранения. Лишь после этого удастся понять, какие именно политические и социальные силы и в каких векторах направляют развитие системы здравоохранения, предопределяя состояние и динамику общественного здоровья.

## Глава 2. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

---

---

При изучении проблем общественного здоровья и здравоохранения одним из решающих обстоятельств обращения к социологии и развитым в ней научно-методическим средствам является то, что данные выборочных медико-социальных исследований и государственной медицинской статистики не всегда способны с должной полнотой охарактеризовать действительные детерминанты и состояние общественного здоровья. Весьма показательно, что первыми из всех медицинских дисциплин к теории и методам социологии обратились специалисты, занимающиеся проблемами общественного здоровья и здравоохранения.

Понятийный аппарат и специфические методы, выработанные в современной социологической науке, давно применяются при изучении общественного здоровья в процессе сбора и анализа данных государственной статистики и изредка проводимых социологических исследований. Но этим социально-статистическим, по сути, подходом не ограничивается научно-методический потенциал современной социологии. Значительно большую, чем прежде, роль в изучении проблем общественного здоровья и здравоохранения призваны сыграть и качественные методы, которые, в противовес и в дополнение к количественным методам, помогают глубже понять социальную логику поведения людей в сфере здоровья, а также их мотивацию, без чего вряд ли возможно полноценное изучение факторов, формирующих общественное здоровье.

В социологическом обращении к проблематике общественного здоровья и здравоохранения изначально выделяются два исследовательских аспекта: методологический и методический. Первый означает признание социальной обусловленности общественного здоровья и предполагает построение такой концептуальной модели исследования, которая достаточно полно учитывает социальные факторы здоровья и социальной эффективности здравоохранения.

В методическом аспекте сам процесс сбора информации об общественном здоровье видится как социальное взаимодействие и предполагает разработку и использование специальной методики его изучения, обеспечивающей надежность и репрезентативность информации о здоровье населения и социальных факторах, его фор-

мирующих. Это позволяет экстраполировать выводы, полученные в результате выборочных исследований здоровья отдельных социальных групп, на уровень общественного здоровья целых популяций.

Стремление к всестороннему изучению общественного здоровья предполагает не только овладение современной социологической культурой, опору на социологические парадигмы, методы и понятийный аппарат, но и постепенное формирование соответствующей отраслевой социологической концепции, отображающей модель изучаемого объекта (общественное здоровье и здравоохранение). Эти задачи решаются все еще недостаточно динамично как в сфере научных исследований, так и в сфере профессионального медицинского образования, а поэтому заслуживает первостепенного внимания разработка соответствующих научно-методических подходов, с использованием широкого арсенала математико-статистических и социологических методов.

### 2.1. НЕКОТОРЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЙ

Социологическое исследование способно не только дать новую эмпирическую информацию для исследователей, но и служить основой разработки теоретической концепции общественного здоровья и здравоохранения для руководителей органов управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях.

Оценивая состояние теоретических разработок в социологической проблематике общественного здоровья и здравоохранения, приходится констатировать, что такие разработки находятся в стадии становления, несмотря на растущий интерес и общее количество обращений к данной проблематике. Препятствиями на данном направлении являются:

- сохраняющаяся противоречивость в интерпретациях ключевых понятий общественного здоровья и здравоохранения;
- разрозненность эмпирических и теоретических исследований;
- недостаточная определенность в выборе базовых (парадигмальных) теоретических концепций, что затрудняет систематизацию и верификацию результатов различных научных исследований.

Кроме того, важно уточнить приоритеты проблемного поля социологических исследований общественного здоровья и здравоохранения. В нем должен быть выделен круг стержневых вопросов, ответы на которые имеют решающее значение для формирования социологической концепции общественного здоровья и здравоохранения, а также для выработки и корректировки методических подходов к принятию управленческих решений в системе здравоохранения.

Судя по опыту некоторых других отраслевых социологических дисциплин, существенным тормозом в их теоретическом и практическом развитии является недостаток координирующей роли со стороны академического ядра науки. В результате этого многие научные разработки, как перспективные, так и иные, уводящие теорию в тупик, не получают своевременной и квалифицированной оценки. Известная молодость социологии общественного здоровья в России может в этом отношении оказаться преимуществом, а сильное влияние академической медицинской науки удержит развитие данной социологической дисциплины от нарастания отмеченных выше противоречий.

Формирование категориального аппарата социологических исследований общественного здоровья получило свое начало в ряде фундаментальных работ<sup>1</sup>, но требуется его постоянное обогащение в тех направлениях, которые определяются векторами социально-экономических преобразований российского общества и потребностями социально-адресного развития здравоохранения. Ниже выделим лишь некоторые ключевые проблемы в этой области, от решения которых зависит эффективность эмпирических и теоретических научных разработок.

Требуют более детального рассмотрения такие категории, как «**здоровье**», «**общественное здоровье**», «**индивидуальное здоровье**» и «**здравоохранение**». Их разработка методологически связана с выбором исследовательских парадигм — базовых теоретических концепций в социологических исследованиях. Следует на данном этапе согласиться с широкой трактовкой понятия здоровья, принятой в большинстве современных работ и закреплённой в глоссарии Всемирной организации здравоохранения.

Производными от него категориями являются «общественное здоровье» и «индивидуальное здоровье». Одним из оснований, дифференцирующих оба эти взаимосвязанные научные понятия, оказывается уровень соответствующих им объектов в социальной системе (социуме). В первом случае изучение охватывает относительно крупные устойчивые социальные проявления здоровья и его факторы, действующие в масштабе целого общества и его подсистем (социальных институтов, крупных организаций, общественного производства, власти, культуры), что требует использования макросоциологического подхода. Во втором случае изучение сосредоточено на микросоциологической проблематике здоровья — в масштабе конкрет-

<sup>1</sup> Работы А.В. Решетникова, Е.В. Дмитриевой, И.В. Журавлевой, К.Н. Хабибуллина, З.С. Шангареевой и др.

ной социальной микросреды — индивида и иных субъектов в их социальном окружении.

С целью сохранения и воспроизводства индивидуального и общественного здоровья сформировалось и развивается здравоохранение в качестве одной из подсистем общества. Оно является крупной многоуровневой специализированной социальной организацией, масштаб которой соотносим с масштабом самого общества.

Разработка функциональной модели общественного здоровья и здравоохранения может стать концептуальной основой оценки эффективности (медицинской, социальной, экономической) системы здравоохранения, а потому выделение и определение функций должно завершаться в эмпирически операциональной форме, позволяющей перевести теоретическое исследование в область эмпирических измерений.

Развитие функциональной модели общественного здоровья и здравоохранения позволит перевести целеполагание в социальной политике и политике здравоохранения из области спонтанных социальных взаимодействий (столкновения и конкуренции социальных заказов) и ведомственных споров в плоскость научного анализа и принятия востребованных обществом управленческих решений. Оно крайне важно для общенаучного определения сущности общественного здоровья и категориального аппарата его исследования разными областями наук, а также для выработки наиболее универсальной системы эмпирически измеряемых параметров развития системы здравоохранения. Вслед за этим, возможно, предстоит рассмотреть и вопрос о том, насколько исторически сложившиеся в ней внутренние структуры отвечают составу и характеру ее функций и задач.

Примером служит происходящий в последнее время пересмотр значения профилактической медицины и инфраструктуры социально-медицинской информации. Этот пересмотр сопровождается формированием принципиально новых теоретических доктрин названных секторов здравоохранения. Они постепенно превращаются из вспомогательных, второстепенных в недавнем прошлом отраслей медицины в такие функциональные сегменты современной общественной системы здравоохранения, фундаментальная роль которых непрерывно усиливается. Именно они все больше предопределяют состояние общественного здоровья, общую эффективность здравоохранения и, таким образом, выходят в состав стратегических аспектов государственной политики.

Другая теоретически важная область исследования возникает в связи с рассмотрением здравоохранения в качестве социальной

подсистемы. Можно заметить, что в СССР и в России социально-системный взгляд на медицинскую проблематику длительное время не был востребован. Пока в 1960–1980-х гг. действие отечественной системы здравоохранения в целом устраивало политиков, управленцев и теоретиков, они фокусировали свое внимание на процессах и результатах деятельности здравоохранения. Вероятно, признаки системного кризиса российского общества, усилившиеся в начале 1990-х гг., организационно-правовая диверсификация здравоохранения и дифференциация групп и слоев населения в плане доступности медицинской помощи послужили дополнительными поводами для выработки наиболее емкого социально-системного взгляда на здравоохранение.

В определенном смысле история становления социологического взгляда на здравоохранение повторяет историю становления предметных областей и социально-теоретической проблематики других отраслей современной социологической науки — социологии культуры, социологии семьи, социологии образования и др. Так, социологический взгляд на систему образования исходит из признания того, что современные ключевые проблемы образования — его эффективности, престижа — связаны не столько с ответами на вопросы чему и как учить, а с социальной организацией современной системы образования (ролевыми отношениями индивидов и социальных групп в образовании), а, кроме того — с положением этой системы в обществе и взаимодействием ее с другими подсистемами социума: экономикой, властью, СМИ и т.д.

Приложение социально-системного подхода, развитого в ряде отраслевых социологических теорий в России, к осмыслению современного здравоохранения позволяет существенно конкретизировать основные объекты медико-социологических исследований. В таком случае могут выделяться новые для социальных наук и академической медицины понятия. В частности, предстоит выделить:

- социальные общности, через идентификацию и взаимодействие которых вырабатываются социальные заказы к системе здравоохранения;
- функциональные сферы и подсистемы в здравоохранении, обеспечивающие в них отдельные виды и технологии деятельности;
- систему учреждений здравоохранения, социальные типы и структура которых позволяет осуществить социологический анализ их деятельности и взаимодействий в контексте складывающихся управленческих и конкурентных отношений, а также с позиции

таких социологических категорий, как «управление», «бюрократия», «корпорация», «корпорационизм» и др.;

- ценностную структуру здравоохранения, которая отражает определенную организацию информационных процессов и ценностных ориентаций, сопровождающих и обеспечивающих как целенаправленную профессиональную медицинскую деятельность, так и повседневное поведение людей в сфере здоровья;

- технологическую структуру здравоохранения, выделение основных элементов которой и их неравномерное распределение в качестве ресурсов здоровья в разных социальных группах позволит ставить, а затем анализировать проблему доступности и социального равенства групп и слоев общества в сфере здоровья.

Реализация этих социально-теоретических подходов позволяет более четко определить соотношение и значения таких важных феноменов и понятий, как «**функции здравоохранения**», «**задачи здравоохранения**», «**социальные заказы общества (групп) к здравоохранению**». Следуя известной теореме Р. Мертона, «социальные функции организации помогают определить структуру ..., точно так же, как структура помогает определить эффективность, с которой выполняются эти функции»<sup>1</sup>.

Иными словами, именно социально-функциональный анализ структуры системы здравоохранения позволяет с наибольшей полнотой установить, в каких именно ее элементах есть признаки дисфункции и в каких ее сегментах требуется приложение целенаправленных корректирующих усилий субъекта социального управления.

Описанные центральные теоретические подходы в социологическом изучении здравоохранения не умаляют роли других, в том числе междисциплинарных подходов, с позиции которых могут рассматриваться многие общие и частные социальные проблемы здоровья. В числе таких подходов можно выделить:

- культурологический, позволяющий определять особенности профессиональной и бытовой культуры в сфере здоровья;
- социально-психологический, в рамках которого представляется возможным анализировать формирование и динамику социальных стереотипов, установок, психологических моделей поведения, конфликтов в сфере здоровья и здравоохранения;
- экономико-социологический, предметом которого становится широкий круг проблем, связанных с местом здоровья в структуре бюджета времени и финансового бюджета индивидов.

<sup>1</sup> Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006. С. 82.

Несомненно то, что по мере развития социальных исследований в нашей стране будут выделяться все новые внутриотраслевые и межотраслевые подходы к изучению проблематики здравоохранения, реализация которых послужит дальнейшему развитию теории и практики общественного здоровья и здравоохранения.

## 2.2. ВИДЫ И МЕТОДЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В изучении общественного здоровья применимы все основные виды социологического исследования, традиционно выделяемые как по уровню сложности решаемых задач (разведывательные, описательные, аналитические), так и по основным методам организации сбора и анализа первичной информации.

Разведывательные исследования проводятся, как правило, в сжатые сроки с ограниченным набором статистических показателей. Они используются для получения предварительных данных, уточнения гипотез будущего более обстоятельного исследования, выяснения степени доступности искомой информации. Разветвленная сеть учреждений здравоохранения и систематически проводимые медицинские осмотры населения делают этот вид исследования весьма информативным и не слишком трудоемким.

Комплексный характер общественного здоровья и здравоохранения как научной проблемы требует максимально точной разведывательной проработки многих вопросов в рамках конкретного научного проекта, предшествующей массовым полевым стандартизированным процедурам сбора данных. Особым объектом разведывательного исследования могут становиться не только разнообразные аспекты доступности релевантной социальной информации о здоровье населения и здравоохранении, но и социальные особенности отдельных групп и слоев общества в контексте проблемы здоровья. В этом смысле цели и задачи разведывательного медико-социологического исследования, по сути, совпадают с таковыми любого другого пилотажного исследования.

Разведывательный характер некоторых исследовательских действий при изучении общественного здоровья и здравоохранения в отдельных ситуациях перерастает в самостоятельное исследование, в котором при необходимости расширяются спектр, сложность задач и количество эмпирических индикаторов. Так, одним из видов разведывательных исследований, который предшествовал широко-масштабному медико-социологическому обследованию населения Новгородской области в 2005–2007 гг., было изучение такого важно-

го понятия, как «самооценка индивидами своего здоровья». Верификация и уточнение самооценки как эмпирического индикатора (на уровне семантики, типологии, построения шкал) проводились последовательно на протяжении 2002–2005 гг. на каждом этапе ежегодного медико-социологического мониторинга здоровья населения и здравоохранения Новгородской области. Эта разведывательная разработка проблемы самооценки здоровья не только вылилась в научно-методические рекомендации, но и постепенно приобрела теоретическую значимость<sup>1</sup>.

Другие важные аспекты разведывательного исследования касались отбора оптимальных процедур формирования мотивации респондентов, достижения репрезентативной выборки медицинского обследования и стандартизированного социологического опроса, категориальной совместимости различных источников формирования персонифицированной базы данных общественного здоровья в регионе.

Более сложные виды исследований — описательное и аналитическое могут дать целостную развернутую социальную картину общественного здоровья, которая особенно важна в масштабе конкретного поселения или региона. Такая картина, основанная на анализе обширных баз данных государственной медицинской статистики и социологических исследований, не только покажет состояние на определенный момент времени, но и выявит динамику общественного здоровья в целом в основных срезах социальной структуры населения, а также особенности их взаимодействия с системой здравоохранения. Аналитическое исследование укажет на конкретные группы факторов риска для здоровья населения, позволит судить о месте здоровья в социальных системах ценностей, образе жизни групп и т.п. Такое исследование — надежная основа построения социологической концепции общественного здоровья и здравоохранения и разработки долгосрочных социально ориентированных программ в сфере охраны здоровья населения.

Постановка столь емких задач, свойственных аналитическому исследованию, предполагает разработку и включение ряда социальных индикаторов в структуру первичных документов, на основе которых собирается стандартная медицинская информация о пациентах. Это позволит в будущем сформировать региональные социально-медицинские базы данных для анализа факторов общественного здоровья, для более детальной оценки социальной и экономической

<sup>1</sup> Медицинский академический журнал. 2004. Т. 4. № 1.

эффективности здравоохранения, а также выработки управленческих подходов и практических решений.

Для формирования таких баз данных оказывается недостаточным традиционный набор видов учитываемой социальной информации о пациенте (возраст, пол, случай заболевания, наличие инвалидности, факт смерти), применяемой в медицинской статистике. Потребуются более разнообразные социальные индикаторы, описывающие условия и характер труда, профессию, семейное положение, тип поселения, уровень благосостояния, образование и др. Без анализа и учета таких данных разработка и реализация профилактических мероприятий или целевых медико-социальных программ (например, борьба с социально значимыми заболеваниями) вряд ли будут достаточно эффективными.

В динамическом и сравнительном изучении общественного здоровья особую роль играют трендовые и панельные исследования, позволяющие выявить тенденции общественного здоровья в их взаимосвязи с социальной структурой населения. Эти виды исследования предполагают серийный сбор данных по единой (или принципиально совместимой) методике, проводимый с некоторыми интервалами во времени. Такие временные интервалы должны быть значимыми для возникновения и статистической регистрации существенных изменений в состоянии общественного здоровья, что обычно проявляется по истечении нескольких лет.

В трендовых исследованиях обеспечивается репрезентативный характер совокупности обследуемых единиц (групп, индивидов), что дает возможность проанализировать динамику ее характеристик и связей с факторами внешней среды. Так, представляет несомненный интерес динамика ценностного отношения к здоровью и определяющим его факторам риска внутри группы, состав которой неизменен. Трендовое исследование с интервалом, скажем, в три года, показывает динамику в структуре этой совокупности и то, как она в целом и ее элементы в отдельности реагировали на разнообразные внешние изменения: состояние экологической среды, интенсивность факторов риска развития заболеваний, доступность медицинских услуг, характер социальной рекламы и т.п.

В панельных исследованиях предполагается более строгий, неизменный состав обследуемых совокупностей — «панелей». Такими панелями могут являться трудовые коллективы, профессиональные группы, студенчество, военнослужащие, а также группы, сформированные по определенным заболеваниям. Состав совокупности должен быть стабильным за определенный период времени, а по-

вторные обследования зафиксируют динамику в социально-экономической структуре панели, в ее медицинских и медико-социологических характеристиках и связях с элементами внешней среды (состояние здоровья, самосохранительные ориентации, степень доверия медицинским работникам или народным врачевателям, отношение к рекламе лекарственных средств и т.д.).

Практика показывает, что темпы изменений в общественном здоровье по отдельным социальным группам, что, например, характерно в отношении ЗППП, могут многократно превышать фоновые значения и давать веские основания для разработки целевых медико-социальных программ, ориентированных на более эффективное устранение негативных тенденций.

С учетом процессуального характера заболеваний особенно продуктивными оказываются лонгитюдные (когортные) исследования, ориентированные на непрерывное углубленное изучение и выявление динамики социальных факторов здоровья на одном и том же контингенте людей. Но оно предполагает скоординированную многолетнюю работу научного коллектива, в котором специалисты-медики взаимодействуют с социологами и математиками. Однако лонгитюдные исследования, классические образцы которых есть в социологии, пока не нашли должного применения в медико-социологическом изучении общественного здоровья в России.

В настоящее время в медицинской науке все большее внимание стало уделяться изучению качества жизни, что позволило глубже вникнуть в проблему отношения больного к своему здоровью. Появился даже специальный термин **«качество жизни, связанное со здоровьем»**, под которым подразумевают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанную на его субъективном восприятии.

Современная концепция изучения качества жизни, связанного со здоровьем, базируется на трех составляющих:

1. Многомерность. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивается характеристиками, как ассоциированными так и не ассоциированными с заболеванием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

2. Изменяемость во времени. Качество жизни, связанное со здоровьем, меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

3. Участие больного в оценке своего состояния. Эта составляющая является особенно важной. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, является ценным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным врачебным заключением, позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения.

Методология исследования качества жизни, связанного со здоровьем, включает в себя те же этапы, что и любое медико-социальное исследование. Как правило, объективность результатов исследования зависит от точности выбора метода. Наиболее эффективным методом оценки качества жизни в настоящее время является социологический опрос населения путем получения стандартных ответов на стандартные вопросы, которые сформулированы в специальных опросниках. Опросники бывают общие, применяемые для оценки качества жизни, связанного со здоровьем населения в целом, независимо от патологии, и специальные, используемые при конкретных заболеваниях. К опросникам, используемым для этих целей, предъявляются определенные требования. Они должны быть:

- универсальными (охватывать все параметры качества жизни, связанного со здоровьем);
- надежными (фиксировать индивидуальные особенности качества жизни, связанного со здоровьем, у каждого респондента);
- чувствительными (отмечать любые значимые изменения здоровья каждого респондента);
- воспроизводимыми (тест — ретест);
- простыми в использовании;
- стандартизованными (предлагать единый вариант стандартных вопросов и ответов для всех групп респондентов);
- оценочными (давать количественную оценку параметров качества жизни, связанного со здоровьем).

Корректное, с точки зрения получения достоверной информации, исследование качества жизни, связанного со здоровьем, возможно только при использовании опросников, прошедших валидацию, т.е. получивших подтверждение того, что предъявляемые к ним требования соответствуют поставленным задачам.

Преимуществом общих опросников является то, что их валидность установлена для различных нозологий, что позволяет проводить сравнительную оценку влияния различных медико-социальных программ на качество жизни, больных, страдающих как отдельными заболеваниями, так и относящихся к различным классам болезней.

В то же время недостатком таких статистических инструментов является их низкая чувствительность к изменениям состояния здоровья, с учетом отдельно взятого заболевания. Поэтому общие опросники целесообразно применять при проведении эпидемиологических исследований для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, отдельных социальных групп населения, популяции в целом.

Примерами общих опросников могут служить опросник *SIP (Sickness Impact Profile)* и опросник *SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey)*. Опросник *SF-36* является одним из наиболее популярных. Это связано с тем, что он, являясь общим, позволяет оценивать качество жизни больных с различными заболеваниями и сравнивать этот показатель с таковым у здоровой популяции. Кроме того, *SF-36* позволяет охватывать респондентов от 14 лет и старше, в отличие от других опросников для взрослых, в которых минимальным порогом является возраст 17 лет. Преимуществом данного опросника является краткость (содержит всего 36 вопросов), что делает его применение достаточно удобным.

Специальные опросники применяются для оценки качества жизни больных с тем или иным заболеванием, эффективности их лечения. Они позволяют уловить изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени (обычно за 2–4 недели). Специальные опросники применяются для оценки эффективности схем лечения конкретного заболевания. В частности, их используют при клинических испытаниях фармакологических препаратов. Существует много специальных опросников, например *AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire)* и *AQ-20 (20-Item Asthma Questionnaire)* для бронхиальной астмы, *QLMI (Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire)* для больных острым инфарктом миокарда и т.д.

Координацию работ по разработке опросников и их адаптации к различным языковым и экономическим формациям ведет международная некоммерческая организация по изучению качества жизни — Институт *MAPI* (Франция).

Единых критериев и стандартных норм качества жизни, связанного со здоровьем, не существует. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценок. Для отдельных социальных групп населения, проживающих в различных административных территориях, странах, можно определить условную норму качества жизни больных и в дальнейшем проводить сравнение с ней.

Все большее распространение методик изучения качества жизни, связанного со здоровьем, ставит ряд вопросов и указывает на типичные ошибки, которые допускают исследователи.

Прежде всего возникает вопрос: уместно ли говорить о качестве жизни в стране, где многие люди живут за чертой бедности, государственная система здравоохранения финансируется не в полном объеме, а цены на медикаменты в аптеках недоступны для большинства больных? Скорее всего, нет. Потому что доступность медицинской помощи рассматривается ВОЗ как важный фактор, влияющий на качество жизни больных.

Второй вопрос, который возникает при изучении качества жизни: обязательно ли проводить опрос самого больного или можно опросить его родственников? При изучении качества жизни, связанного со здоровьем, необходимо учитывать то обстоятельство, что имеются значительные несоответствия между показателями качества жизни, оцененными самими пациентами и «сторонними наблюдателями», например родственниками, друзьями. В первом случае, когда родные и близкие излишне драматизируют ситуацию, срывает так называемый «синдром телохранителя». Во втором случае проявляется «синдром благодетеля», когда они завышают реальный уровень качества жизни у больного. Поэтому в большинстве случаев только сам пациент может определить, что хорошо, а что плохо в оценке своего состояния. Исключения составляют некоторые опросники, применяемые в педиатрической практике.

Распространенной ошибкой является отношение к качеству жизни как к критерию степени тяжести заболевания. Нельзя строить заключения о влиянии какого-либо метода лечения на качество жизни больного, основываясь на динамике клинических показателей. Важно помнить, что качество жизни оценивает не тяжесть течения процесса, а то, как пациент переносит свое заболевание. Так, при длительно текущей болезни некоторые больные привыкают к своему состоянию и перестают обращать на него внимание. У таких пациентов можно наблюдать повышение уровня качества жизни, что, однако, не будет означать ремиссию заболевания.

Большое количество программ клинических исследований направлено на выбор оптимальных алгоритмов лечения различных заболеваний. При этом качество жизни рассматривается как важный интегральный критерий эффективности лечения. Например, он может использоваться для сравнительной оценки качества жизни больных, страдающих стабильной стенокардией напряжения, прошедших курс консервативного лечения и подвергшихся операции чрезкож-

ной транслюминальной коронарной ангиопластики, до и после лечения. Этот показатель также может быть использован при разработке реабилитационных программ для больных, перенесших тяжелые заболевания и операции.

Доказано значение оценки качества жизни, связанного со здоровьем, как прогностического фактора. Данные о качестве жизни, полученные до лечения, могут быть использованы для прогноза развития заболевания, его исхода и, таким образом, помочь врачу в выборе наиболее эффективной программы лечения. Оценка качества жизни как прогностического фактора может быть полезна при стратификации больных в клинических исследованиях и при выборе стратегии индивидуального лечения больного.

Важную роль играют исследования качества жизни больных в контроле качества оказываемой населению медицинской помощи. Эти исследования являются дополнительным инструментом оценки эффективности системы организации медицинской помощи на основе мнения главного его потребителя — больного.

Таким образом, исследование качества жизни, связанного со здоровьем, является новым и эффективным инструментом оценки состояния больного до, в ходе и после лечения. Большой международный опыт изучения качества жизни больных показывает его перспективность во всех разделах медицины.

Сложный характер многих видов медико-социологических исследований подводит к мысли о том, что потребуются наработка методического опыта, формирование междисциплинарного партнерства медицинской науки, социологии, математики, разработка соответствующих теоретических моделей. В этом плане очень перспективным является организация «**медико-социологического мониторинга общественного здоровья и здравоохранения**» в масштабе отдельных регионов страны и Российской Федерации в целом (рис. 3).

Конкретные методы сбора и обработки информации медико-социологических исследований в целом лежат в русле развивающегося научно-методического опыта современной медицины и социологии. Здесь мы не останавливаемся подробно на их описании, имея в виду, что специфика применения этих методов в исследовании общественного здоровья подробнее рассмотрена в целом ряде работ авторов<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М., 2003. С. 412–430. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-кор. РАМН, проф. В.А. Медика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

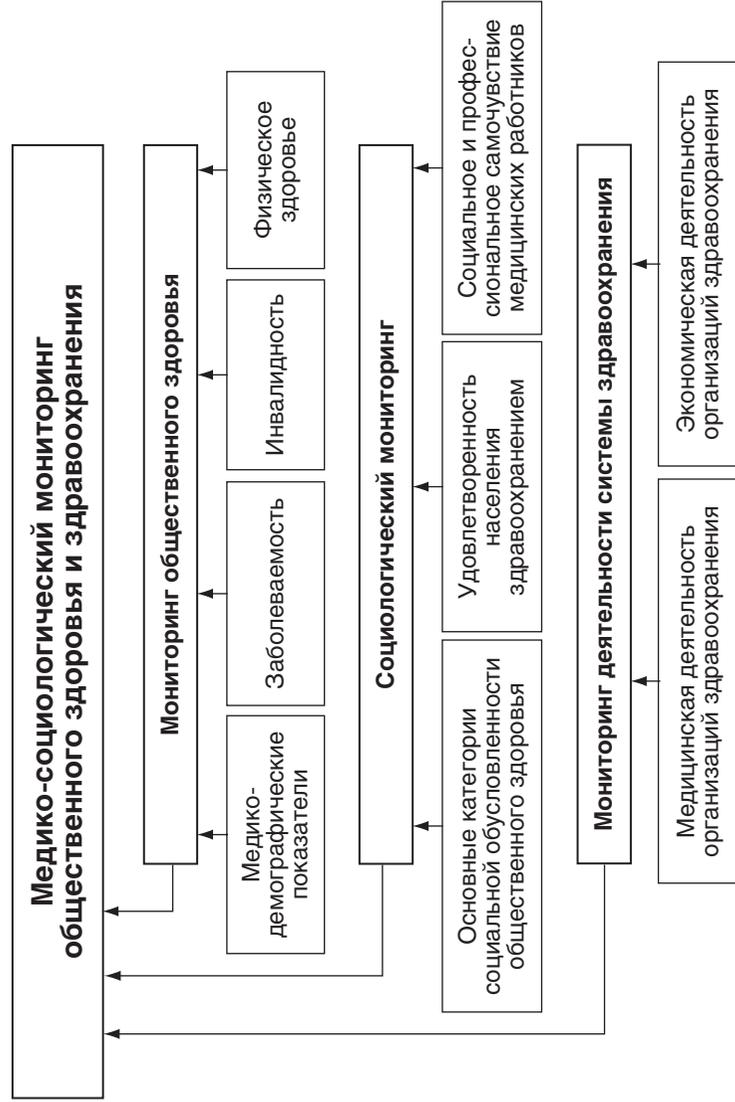


Рис. 3. Блок-схема медико-социологического мониторинга общественного здоровья и здравоохранения региона

### 2.3. РЕАЛИЗАЦИЯ ВЫБОРОЧНОГО МЕТОДА

Известно, что объект исследования теоретически предопределяется характером изучаемой проблемы, целями и задачами научного исследования. В научно-методическом плане объект реализуется в конкретной совокупности обследуемых источников или носителей информации (респондентов, документов, процессов). При изучении здоровья в масштабе региональной и тем более национальной системы охраны здоровья населения решающее значение приобретают выборочные исследования. В данной работе мы не останавливаемся на общих проблемах методологии выборочного метода, применение которого подробно изложено в соответствующих учебных пособиях<sup>1</sup>. Поэтому обозначим особенности реализации выборочного метода в медико-социологических исследованиях.

Выборочный метод на примере изучения заболеваемости требует рассмотрения в качестве выборочной совокупности не только пациентов, обратившихся за медицинской помощью, но и совокупное население (популяцию) или представляющие его социальные группы (городское, сельское, женское, студенты, военнослужащие и т.д.).

При организации системы регионального мониторинга заболеваемости с использованием социологических показателей и методов математической статистики встает задача формирования такой выборочной совокупности, которая обладала бы должной репрезентативностью и позволяла экстраполировать полученные результаты на всю генеральную совокупность (население региона). В этом отношении исследование заболеваемости населения в частности или общественного здоровья в целом может опираться на модели выборок, разрабатываемых социологами для целей различных социально-экономических исследований и опросов общественного мнения. Так, например, в Новгородской области в ряде социально-экономических и медико-социологических исследований в 1993–1998 гг. была отработана репрезентативная многофункциональная выборка взрослого населения региона<sup>2</sup>. Впоследствии эта модель выборки корректировалась с учетом объективных процессов в демографической и экономической системе региона.

**Многоступенчатая выборка.** Модель построения выборки в комплексном исследовании общественного здоровья в Новгородской области включала несколько последовательных этапов. На первом этапе отбора в отношении административных районов Новгородской

<sup>1</sup> Медик В.А., Токмачев М.С. Математическая статистика в медицине: Учеб. пособие. М.: Финансы и статистика, 2007. С. 203–274; Медик В.А., Токмачев М.С. Статистика здоровья населения и здравоохранения: Учеб. пособие. М.: Финансы и статистика, 2009. С. 51–76.

<sup>2</sup> Молодежь страны и региона на пороге XXI века. Великий Новгород, 2001. С. 127–129.

области были определены четыре основные экономико-географические зоны (условно «Центр», «Север-Запад», «Восток», «Юг»), каждая из которых представляет собой не только совокупность близкорасположенных территорий со схожей природно-климатической ситуацией, исторически сложившейся структурой расселения и движения населения, но и относительно целостную транспортно-хозяйственную группу районов с общей сетью транспортных коммуникаций.

На втором этапе формирования выборки внутри каждой зоны был отобран один район, отмеченный средними в своей зоне величинами следующих показателей:

- плотность населения;
- соотношение городского и сельского населения;
- соотношения аграрного и индустриального населения.

На третьем этапе внутри каждого района выяснена типология поселений, в соответствии с которой проведен их отбор, пропорционально представляющий каждый тип поселений по плотности населения (малые города, поселки городского типа, поселки сельского типа, крупные села, деревни). При этом отборе учтены географическое положение населенных пунктов, их хозяйственно-отраслевая направленность, людность, место в системе транспортных коммуникаций района и области, средние величины расстояний до административных центров. Выборка охватила 15 населенных пунктов в 4 районах области, где в дальнейшем осуществлялся случайный механический отбор респондентов по базам данных ФОМС. Объем выборки составил около 1000 человек. Представляется, что многофункциональный характер такой выборки делает модель ее построения приемлемой и для целей изучения общественного здоровья в масштабе региона.

Целесообразно построение подобных моделей выборки для изучения заболеваемости и в отношении отдельных групп населения. Так, например, в муниципальной системе образования Великого Новгорода, насчитывающей свыше 30 школ, удалось построить многоступенчатую репрезентативную выборку на основе 12 учреждений, с учетом зонирования территории города, рейтинга и организационно-правовых видов школ. Внутри выборки возможна организация изучения заболеваемости школьников с последующим механическим отбором по спискам классов. Объем такой выборки школьников Великого Новгорода составил около 10%. Однако, принимая во внимание взаимосвязь заболеваемости с социально-экономическим статусом учащихся и их семей, отбор школ должен в последующем

корректироваться в связи с текущими изменениями в статусе и рейтинге отдельных учреждений муниципальной системы образования.

Одной из промежуточных целей социологического изучения общественного здоровья является создание социально-медицинского портрета отдельных групп населения, аккумулирующего относительно устойчивый перечень их социальных характеристик, значимых в плане здоровья. Для этой цели и в отношении больших совокупностей, главные параметры которых хорошо известны, удобен метод механической выборки. Ее принцип заключается в том, что все элементы генеральной совокупности сводятся в единый список и из него через равные интервалы (шаг выборки) отбирается соответствующее число респондентов. В качестве списков для отбора применяются учетные карточки отдела кадров, списки избирателей или записи в домовых книгах и т.п.

Механическая выборка была использована нами в исследовании образа жизни и здоровья студентов в Новгородском государственном университете в 2001 г., когда более чем из 12 тысяч студентов дневной формы обучения была сформирована выборка в 990 человек для последующего стандартизированного опроса.

Социально-медицинский портрет дает ценную возможность сравнительного анализа в отношении отдельных групп населения и может стать основой разработки адресных социальных технологий в системе охраны здоровья населения. Но в таком случае из множества методов формирования выборочной совокупности наиболее релевантными оказываются методы гнездовой и квотной выборки, используемые и в собственно медицинско-социальных исследованиях.

**Гнездовая выборка** предполагает обоснованный отбор в качестве единиц исследования не отдельных респондентов, а групп (гнезд), с последующим сплошным или выборочным опросом в отобранных группах. Гнездовая выборка применима для сбора данных, характеризующих, например, крупные отраслевые (корпоративные) группы работающих или учащихся. В медико-социологическом исследовании гнездовая выборка была бы полезной (или единственно приемлемой) для сбора социальной информации о группах пациентов, объединяющим признаком которых могут быть, например, отдельные нозологические формы. Такая выборка отвечает целям последующего сравнительного анализа характеристик этих социальных групп и социологического обобщения результатов.

**Квотная выборка** формируется в тех случаях, когда исследователям заранее известны статистические данные о контрольных при-

знаках (квоты) элементов генеральной совокупности. Данный метод выборки, будучи наиболее точным, состоит в отборе респондентов по конкретным параметрам в соответствии с заранее заданными пропорциями, известными на основе статистики контрольных признаков генеральной совокупности, например: уровень и структура заболеваемости населения. Данный метод формирования выборочной совокупности обычно отвечает задачам репрезентативности и позволяет экстраполировать аналитические выводы на генеральную совокупность.

Проблема выборки не сводится лишь к определению принципов и способа формирования изучаемой совокупности, соответствующей целям исследования, и приемлемой величины погрешности. В практической реализации выборочного метода не менее важно, особенно в крупных исследованиях, добиться корректного осуществления всех необходимых процедур, касающихся как расчета, так и достижимости необходимого числа единиц наблюдения. В противном случае есть опасность нарушения заданных пропорций выборки, ее репрезентативности и, соответственно, возникает необходимость последующего «ремонта выборки» с потерей части первичных данных. Отмеченная проблема решается посредством подготовки (инструктажа, тренинга, отбора) персонала, принимающего участие в полевом исследовании, использования резерва выборки, а также посредством научно-методического контроля со стороны организаторов исследования.

В качестве иллюстрации того, как в репрезентативном исследовании реализована многоступенчатая выборка из популяции взрослого населения, приведем алгоритм ее формирования в комплексном изучении здоровья населения Новгородской области. Его основой послужил реестр лиц, застрахованных в страховых медицинских организациях, охватывающий 98% населения региона. Этот реестр дал представление о характеристиках генеральной совокупности при формировании выборки.

В процессе подготовки исследования были установлены желательные пределы ошибки выборки  $\Delta$  и приблизительные характеристики распределения исследуемого показателя. Для этого была принята не величина абсолютной ошибки  $\Delta$ , а величина относительной погрешности  $\Delta_{\text{отн}}$ , выраженная в процентах. Выбрано уравнение, связывающее число наблюдений  $n$  (объем выборки) с желательным уровнем точности ожидаемых результатов (при надежности  $\gamma$ ) и величиной предельной ошибки выборки  $\Delta$  (или  $\Delta_{\text{отн}}$ ). Этот объем  $n$  рассчитывался по следующему алгоритму:

1. Выбраны желаемые значения относительной погрешности  $\Delta_{\text{отн}}$  и надежности  $\gamma$ . Рекомендуемые значения:  $\gamma = 0,95$ ,  $\Delta_{\text{отн}} = 1\%$ .

2. Рассчитаны дисперсия генеральной совокупности  $\sigma^2$ . В этой задаче вместо  $\sigma^2$  принята исправленная выборочная дисперсия  $s^2$ :

$$\sigma^2 \approx s^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2.$$

3. При оценке доли изучаемого признака (заболеваемости) по частоте  $\omega$  появления в генеральной совокупности рассчитана величина дисперсии доли  $\omega(1-\omega)$ . Оценивать  $\omega$  ( $0 < \omega < 1$ ) следует так, чтобы произведение  $\omega(1-\omega)$  принимало наибольшее значение. Если частность даже приблизительно не известна, можно провести примерный расчет  $n$ , вводя максимальную величину дисперсии доли, равную 0,25 (при  $\omega = 0,5$ ). В случаях, когда  $\omega$  меньше 0,5, значение  $\omega(1-\omega)$  можно уменьшить, тем самым уменьшится необходимый объем выборки.

Вслед за этим определяются значения доверительного коэффициента  $t$  (по таблице распределения Стьюдента) при разных значениях  $\gamma$  и  $n$ .

Рассчитываются значения оценки  $s$  или  $\omega$ :

- по пробной выборке объема  $n_1$ , меньшего предполагаемого;
- по данным предыдущих исследований;
- согласно каким-либо предположениям о структуре совокупности.

Объем выборки для заданной надежности  $\gamma$ , гарантирующий определяемую заранее точность, определяется следующим образом:

$$n = \frac{\left(\frac{ts}{\Delta}\right)^2}{1 + \frac{1}{N}\left(\frac{ts}{\Delta}\right)^2},$$

где  $N$  — объем генеральной совокупности.

При достаточно больших  $N$ :

$$n = \left(\frac{ts}{\Delta}\right)^2.$$

Объем выборки  $n$  по частоте  $\omega$  (при оценке доли определенного признака в генеральной совокупности) вычисляется в соответ-

ствии с п. 3. В этом случае выборочная дисперсия  $s^2$  представлена выражением  $\omega(1-\omega)$ . Объем выборки  $n$  вычисляется по формуле

$$n = \frac{t^2 \omega(1-\omega)}{\Delta^2 + \frac{1}{N} t^2 \omega(1-\omega)}$$

При достаточно больших  $N$  (тогда  $\frac{1}{N} \approx 0$ ):

$$n = \frac{t^2 \omega(1-\omega)}{\Delta^2}$$

При максимальной величине дисперсии доли, равной  $\omega(1-\omega) = 0,25$  (при  $\omega = 0,5$ ), при заданной величине предельной ошибки  $\Delta_{\text{относ}}$  объем выборки представлен в табл. 2.

Таблица 2

**Динамика объема выборки при заданной величине предельной ошибки**

$\gamma$	$\Delta_{\text{относ}}, \%$					
	1	2	2,5	5	7,5	10
0,90	6763	1681	1076	270	120	67
0,95	9604	2401	1537	474	171	96
0,975	12 544	3136	2007	502	223	125
0,99	16 641	4160	2663	666	296	166

Пример по Новгородской области.

Генеральная совокупность 1 — жители Новгородской области. Объем генеральной совокупности  $N1 = 640\ 000$ . Охват обязательным медицинским страхованием населения области составляет 98%. Объем генеральной совокупности 2 будет  $N = N1 \cdot 0,98 = 640\ 000 \cdot 0,98 = 627\ 200$ . Расчет выборочной дисперсии  $s^2$  по пробной выборке объема  $n_1$ , меньшего предполагаемого или по данным предыдущих исследований затруднителен ввиду отсутствия информации. Поэтому дальнейший расчет ведется по частоте  $\omega$ , характеризующей долю общей заболеваемости по обращаемости по данным государственной статистики.

В общем случае рассчитывается объем выборки, для чего вводится максимальная величина дисперсии доли, равная 0,25. Задается величина предельной ошибки  $\Delta_{\text{относ}} = 1\%$ , т.е. величина абсолютной

предельной ошибки выборки будет  $\Delta = 0,01$ . Предполагая, что  $n > 120$  и задавая надежность  $\gamma = 0,95$ , получаем коэффициент доверия  $t = 1,96$  (табличная величина). Так как  $\frac{1}{N} \approx 0$ , то объем выборки  $n$  равен

$$n \cong \frac{t^2 \omega(1-\omega)}{\Delta^2} = \frac{1,96^2 \cdot 0,25}{0,01^2} = 9604.$$

С резервом 5% итоговый объем выборки будет равен 10 850. При других значениях  $\Delta_{\text{относ}}$  и  $\gamma$  объем выборки показан в табл. 2.

С использованием многолетних данных о заболеваемости по обращаемости из госстатистики (1991–2004 гг.) была определена доля заболевших в классе «новообразования» во всех возрастах  $\omega \approx 0,0033$ ; 0,0037; 0,0039; 0,0041; 0,0044; 0,0051; 0,0049; 0,0046; 0,0044; 0,0043; 0,0049; 0,005; 0,0046. Заболевания этого класса относятся к группе социально значимых. Оценим величину  $\omega$ , зная, что  $\omega < 0,06$ . Тогда  $\omega(1-\omega) < 0,057$ . Объем необходимой выборки  $n$  представлен в табл. 3.

Таблица 3

**Объем выборки при заданной величине предельной ошибки для заболевших в классе «новообразования» ( $\omega < 0,06$ )**

$\gamma$	$\Delta_{\text{относ}}, \%$					
	1	2	2,5	5	7,5	10
0,90	1533	383	245	61	27	15
0,95	2190	547	350	88	39	22
0,975	2860	715	458	114	51	29
0,99	3794	949	607	152	67	38

Необходимый объем выборки уменьшился более чем в четыре раза.

Важно формирование случайной выборки не только по количеству, но и по качеству. Для этого используются методы серийного, многоступенчатого и случайного (механического) отбора. Репрезентативность выборки обеспечивалась следующей последовательностью обоснования ступеней отбора:

1. Экономико-географическое зонирование области (север, юг, запад, восток). С учетом географического расположения и характера внутриобластных транспортных сетей (основные железнодорожные и автотранспортные магистрали) выделяются близкие по площади

зоны с равным количеством районов. В Новгородской области на этом основании были выделены:

- зона «А» (север, северо-запад), 7 районов: Батецкий, Вологовский, Маловишерский, Новгородский, Солецкий, Чудовский, Шимский;

- зона «Б» (юг), 7 районов: Демянский, Валдайский, Маревский, Парфинский, Поддорский, Старорусский, Холмский;

- зона «В» (восток, юго-восток), 7 районов: Боровичский, Крестецкий, Любытинский, Мошенской, Окуловский, Пестовский, Хвойнинский.

2. Внутри каждой зоны отбирается по одному району с наиболее близкими показателями к средним в своей зоне по:

- численности сельского населения;
- средней плотности сельского населения;
- соотношению численности населения, занятого в индустриальном и аграрном секторах экономики.

Так, в Новгородской области были выбраны:

- из зоны «А» Маловишерский район;
- из зоны «Б» Валдайский район;
- из зоны «В» Хвойнинский район.

3. Далее проводится внутрирайонный отбор поселений, которые станут основными точками организации выборочного исследования:

3.1. По каждому району в выборке составляется список территориальных администраций и входящих в них поселений. Каждая администрация имеет свою поселенческую сеть и формально отличается от других тремя признаками: числом населенных пунктов, численностью населения, средней людностью одного населенного пункта.

3.2. В каждом районе выделены администрации с наиболее близкими значениями к средним в районе по указанным трем признакам. Все районные центры и областной центр также включаются в выборку.

3.4. Внутри района рассчитываются пропорции населения по населенным пунктам разной величины. Затем в избранных территориальных администрациях определяются поселения, пропорционально представляющие поселенческую структуру территории. В выборку включаются также (если окажутся внутри территориальной администрации) поселения особого отраслевого профиля (поселки лесопромышленного комплекса и поселки при железнодорожных станциях, животноводческие и полеводческие хозяйства и др.). Их представительство пропорционально их доле в поселенческой и отраслевой структуре взрослого населения в районе. Так, в Новгородской об-

ласти в выборку были отнесены 14 поселений: в Хвойнинском р-не: пос. Хвойная, села Минцы и Звягино, станция Бугры, деревни Левоча и Горка, станция Кабожа; в Маловишерском р-не: г. Малая Вишера, пос. Большая Вишера, село Бурга; в Валдайском р-не: г. Валдай, деревни Любница, Наволок, Лутовенка. В выборку дополнительно включены также Великий Новгород и города Боровичи и Старая Русса, что необходимо для поддержания в ней пропорций разных типов городских поселений (большой, средний и малый города).

4. В отобранных населенных пунктах по спискам населения (либо реестрам застрахованных в МСО) обобщаются данные о населении в возрасте 15–80 лет. Лица, попавшие в выборку, позже должны быть идентифицированы по базе данных заболеваемости МСО. В противном случае единица отбора возвращается в генеральную совокупность и выбирается следующий респондент (в соответствии с алгоритмом выборки). Для исключения из выборки умерших производится сверка с соответствующим регистром бюро ЗАГС.

В соответствии с объемом выборки  $n$ , рассчитанным на первом этапе, по этим спискам механическим способом отбираются граждане, в совокупности пропорционально представляющие все группы возрастно-половой структуры. Таким образом, сформированная выборка будет репрезентативна в отношении демографической и социально-экономической структуры населения региона. Полученная выборочная совокупность (в виде персонифицированной электронной базы данных) затем используется для проведения медицинских осмотров, анкетного опроса, анализа уровня и структуры исчерпанной заболеваемости, изучения физического здоровья и других характеристик общественного здоровья.

#### 2.4. МЕТОДЫ СБОРА ПЕРВИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

В медико-социологическом изучении общественного здоровья применимы все основные группы количественных и качественных методов сбора данных. Их эффективность проанализирована на основе материалов медико-социологических публикаций и проводимого Новгородским научным центром СЗО РАМН комплексного регионального исследования общественного здоровья.

**Опрос** как метод сбора информации используется в большинстве социальных и гуманитарных наук, в том числе медицине.

Сам сбор медицинских данных (в рамках выполнения клинического минимума) в значительной степени опирается на метод опроса. С этой точки зрения врачебный опрос — крайне важный фактор кор-

ректности статистики общественного здоровья, поскольку на ее основе в том числе выявляются долгосрочные тенденции и факторы возникновения и развития заболеваний в отдельных группах населения. Врачи в повседневной практике относятся к такому опросу как почти механическому способу получения информации: вопрос — ответ, анализ полученных сведений, запись в медицинской карте и установление диагноза. При этом часто игнорируется важное обстоятельство: опрос — это сложное межличностное и социальное взаимодействие. Выделим несколько факторов, требующих внимания в организации, интерпретации результатов опроса и профессиональной подготовке медицинского персонала.

Ситуация врачебного опроса является асимметричной: в ней врач и пациент обладают неравными социальными статусами, и это неравенство оказывается, как правило, не в пользу пациента. Врачу принадлежит право задавать вопросы и принимать решение. Врач в проблематике здоровья априорно обладает большей компетенцией и авторитетом. Неравенство усиливается принадлежностью врача к престижной социальной группе, обладающей высшим образованием, в то время как большая часть пациентов обладает сравнительно более низким уровнем формального образования.

В такой ситуации, если внешнее неравенство статусов остается не преодоленным, пациент может вести себя по нескольким неадекватным ролевым сценариям, широко известным из социальной практики:

- стремление доставить как можно меньше хлопот врачу и тем самым сократить свое пребывание в ситуации социально-статусного неравенства;
- желание избежать неприятных, болезненных или дорогостоящих процедур обследования или лечения, основанное на страхе перед возможной физической болью или на экономической мотивации;
- стремление угадать ожидания врача как обладателя более высокого социального статуса (референтной группы) и соответствовать этим ожиданиям;
- попытка добиться во взаимодействии с медицинским работником некоторого личностного самоутверждения посредством доказательства собственного хорошего здоровья.

Ввиду необходимости наиболее полного сбора анамнеза врач (как и любой медицинский работник), проводящий опрос пациента, обязан идентифицировать тот или иной сценарий поведения пациента и в случае неадекватности поведенческого сценария своевременно принять меры к его коррекции.

Информация о заболеваемости (инвалидности) носит для многих людей личностно значимый, интимный характер. Наличие заболеваний (инвалидности) — факт, который может доставлять больным негативные эмоции, приводить часть пациентов в подавленное психологическое состояние.

Степень личностной значимости и интимности информации об имеющихся у пациентов заболеваниях обусловлена внутренне — их индивидуальным ценностным отношением к здоровью и внешне — последствиями проявлений отдельных заболеваний в общественном мнении.

Общественное мнение в силу своих функций и специфики формирования может существенно исказить картину заболеваемости. Так, хорошо известна стереотипная лояльность общественного мнения к ряду хронических заболеваний, не являющихся заразными. Напротив, известно и обостренное отношение, например, к инфекциям, передающимся воздушно-капельным или половым путем. В ситуации врачебного опроса это выражается в социально-психологически обусловленных попытках людей скрыть истинные данные о проявляющихся симптомах таких заболеваний. Проявлением данной обусловленности является и господствующее в молодежной среде стереотипное представление о неисчерпаемости индивидуального потенциала здоровья и нередко демонстративная приверженность к деструктивно влияющим на здоровье поведенческим стратегиям (курение, алкоголизм, наркомания). Именно на этом представлении базируется широко распространенный феномен ослабленного ценностного отношения молодежи к собственному здоровью и установка на приемлемость поведенческих рисков в сфере здоровья.

Многие молодые и взрослые люди затрудняются открыто обсуждать проблемы своего здоровья, и нередко родственники пациента могут больше сообщить о состоянии его здоровья или заболеваниях. Стеснительность выражена гораздо сильнее у молодежи и в меньшей степени — у пожилых пациентов. Здесь мы не рассматриваем ситуацию обостренной мнительности в отношении собственного здоровья, присущей части пациентов, как правило, старшего возраста. Стеснительность может быть связана с противоречием между потребностью самоутверждения и уважения со стороны окружающих, с одной стороны, и сложившимися в обществе стереотипами престижа и благополучия — с другой.

Признание своей болезненности противоречит отмеченному выше имиджу молодежи или мешает осуществлению личных планов в достижении лидерства, желаемого престижа или статуса в социальной микрогруппе, сексуального партнерства, устройства на работу

и пр. Поэтому молодым людям свойственна завышенная самооценка здоровья и стремление скрыть от окружающих определенные симптомы собственных недомоганий или заболеваний. Данная закономерность должна приниматься во внимание при изучении заболеваемости методом опроса.

Для большинства людей характерна неполная или относительно низкая информированность о состоянии своего здоровья. Например, в репрезентативном анонимном опросе было выявлено, что лишь около 6% молодых людей в возрасте 15–29 лет знают о своих хронических заболеваниях. Причем среди мужчин в возрасте 25–29 лет этот показатель в четыре раза ниже, чем в группе 21–25-летних. В действительности уровень хронизации молодежи в несколько раз выше, значит, результаты, полученные путем опроса, требуют обязательной последующей корректировки с учетом данных объективных исследований.

Разница в уровнях информированности о состоянии здоровья и имеющихся заболеваниях объясняется неодинаковым ценностным отношением социальных групп к здоровью, различиями в доступности информации о своем здоровье и о конкретных заболеваниях. Например, в период получения общего или профессионального образования, а также прохождения службы в Вооруженных силах медицинские осмотры и беседы с врачами носят более регулярный характер. Таким образом, характерной чертой студенчества является значительно более высокая информированность о собственном здоровье. В проведенном нами исследовании установлено, что уровень информированности о собственных хронических заболеваниях достигает среди студентов 30%<sup>1</sup>. Это говорит о несколько лучшей их информированности в сравнении с молодежью в целом, но все же этот уровень далеко не полно отражает действительный уровень хронической заболеваемости в среде будущих специалистов.

подавляющему большинству людей субъективно свойственно отождествлять свое состояние здоровья с текущим самочувствием. Такая склонность более решительно проявляется у молодежи, что связано с ее физиологическими и психологическими чертами: многие молодые люди обладают огромным ресурсом здоровья и выдерживают значительные физические нагрузки. В связи с этим они не ставят здоровье в ряд первоочередных проблем. Более важными оказываются вопросы заработка, образования, общения, секса. И хотя именно в этом возрасте начинают развиваться многие заболевания, иллюзия хорошего здоровья у молодых людей широко распростра-

<sup>1</sup> Медик В.А., Осипов А.М. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. М.: Логос, 2003.

нена. Даже хронически больные из этой возрастной категории крайне редко интересуются записями в своих медицинских документах.

Из сказанного следует, что в процессе сбора анамнеза прямые единичные вопросы к пациенту о здоровье, не подкрепленные дополнительными средствами проверки или контроля, скорее всего, обладают низкой валидностью, не раскрывая картину с должной полнотой и надежностью.

Подробно анализ результатов медико-социологического изучения информированности населения о своем здоровье представлен в разделе 3.1.2 книги.

**Наблюдение.** Если методы опроса вполне органично вписываются в медицинские представления об изучении общественного здоровья, то наблюдение как метод сбора информации воспринимается менее привычно. Но именно наблюдение как целенаправленное, систематическое, непосредственное восприятие и регистрация внешних проявлений может оказаться в определенных ситуациях единственно возможным методом или крайне необходимым в сочетании с другими методами.

Научно-методический потенциал наблюдения велик и до последнего времени не использован в полной мере. Вероятно, за исключением особых случаев, в изучении общественного здоровья может использоваться не включенное наблюдение, направленное на регистрацию невербальных, поведенческих характеристик и взаимодействий людей в целостной системе эмпирических индикаторов здоровья. Так, в конструировании системы мониторинга здоровья важны данные о взаимосвязи здоровья не только с поведенческими характеристиками, но и социальными процессами и образом жизни, которые поддаются более успешному изучению с применением методов наблюдения.

Важно отметить, что научное наблюдение в социологии предполагает систематические действия наблюдателя и обеспечение особых процедур, с помощью которых достигается надежность получаемой эмпирической информации. Так, наблюдение, осуществляемое одновременно с методом опроса, может выступать вспомогательным методом регистрации текущего состояния пациента и его невербальных сигналов, имеющих значение в процессе сбора анамнеза. Таким образом, наблюдение служит дополнительным средством контроля надежности получаемой информации.

В большинстве случаев метод наблюдения требует четкой организации, специальной научной подготовки исследователя, тренинга его методических навыков. Поэтому следует подчеркнуть важность взаимодействия в организации и проведения комплексного изуче-

ния общественного здоровья специалистов-социологов и организаторов здравоохранения.

**Анализ документов (архивный метод).** Данный метод сбора первичной социологической информации при исследовании общественного здоровья имеет пока ограниченное применение. Медицинские документы государственной статистики, к сожалению, содержат мало социально значимых показателей и ограничиваются демографическими индикаторами: возраст, пол, место жительства пациентов и др. Но в распоряжении исследователя могут оказаться также официальные ведомственные документы — планы и отчеты о работе ведомств, корпораций, трудовых коллективов или организаций здравоохранения, содержащие релевантную информацию для оценки факторов общественного здоровья. До недавнего времени не становились объектом такого анализа индивидуальные медицинские документы. Данный метод может быть продуктивным при анализе эффективности отдельных программ здравоохранения в части взаимосвязи показателей общественного здоровья с системой расселения, структурой занятости населения, условиями труда и жизни, корпоративными нормами в сфере сохранения здоровья персонала, общественным мнением и средствами массовой информации, а также ресурсами, направляемыми обществом на охрану здоровья населения.

**Социологический эксперимент.** Это специально созданная и полностью контролируемая ситуация в процессе исследования, при которой анализируется влияние отдельных управляемых переменных (социальных условий или факторов) на состояние общественного здоровья. К числу управляемых социальных факторов общественного здоровья могут быть отнесены: социально-информационные системы в здравоохранении, социально-правовое обеспечение общественного здоровья, межинституциональные взаимодействия (например, между работодателем, профсоюзом и системой здравоохранения) и др.

Будучи наиболее сложным методом получения научной информации, эксперимент предъявляет особые требования к теоретической концепции, программе проведения и организации самого исследования. Главными условиями проведения социологического эксперимента являются принципиальная возможность возвращения экспериментальной ситуации в исходное состояние и недопустимость ее ухудшения. Собственно социологический эксперимент может оказаться уникальным по эффективности методом в тех случаях, когда в качестве гипотезы полагается ключевая роль институциональных, социально-нормативных, организационных, социально-ролевых

и коммуникативных факторов. Но проведение социологических экспериментов, ввиду относительной неразвитости теоретического потенциала и инфраструктуры исследований, пока видится маловероятным. В данном случае важно подчеркнуть ценность социологического сопровождения тех медико-организационных экспериментов, которые проводятся в рамках реформирования региональных систем здравоохранения.

**Качественные методы.** Особой проблемой в научно-методическом обеспечении медико-социологических исследований является использование возможностей количественных и качественных методов. Принципиально важным является понимание границ предмета и объекта в рамках более популярных до недавнего времени количественных методов в сборе и анализе социально-медицинской информации. Особенно это касается изучения субъектных характеристик пациентов и медицинского персонала, сотрудников управленческих структур и др.

В медико-социологическом исследовании общественного здоровья и здравоохранения, представленном в данной работе, качественные методы применялись в разных видах исследования (мониторинг, комплексное изучение) и на разных стадиях этого проекта (подготовительная, полевая, аналитическая). Наиболее ценным результатом применения качественных методов исследования стал поиск и выделение типичных социально-субъектных характеристик взаимодействующих в сфере охраны здоровья групп пациентов и медицинского персонала на основе индивидуальных глубинных интервью. Эти результаты приведены в разных тематических разделах книги в виде тех фрагментов глубинных интервью, которые передают типичные образцы повседневного языка, ценностных ориентаций, мышления, мотивации, с помощью которых удавалось существенно уточнить понимание данных проводимого статистического анализа.

При значительной востребованности качественных методов в проведении медико-социологических исследований, для изучения общественного здоровья безусловно важными являются опыт и перспективы использования методик фокус-группы, кейс-стади, глубинных и интенсивных интервью, дискурсивного анализа в проблематике общественного здоровья. Однако при разработке данной проблематики, равно как и любой другой специфической области социальных исследований, потребуется длительное накопление научно-методического опыта.

## 2.5. ПРОБЛЕМА НАДЕЖНОСТИ ПЕРВИЧНЫХ ДАННЫХ

Наиболее сложными и противоречивыми, с точки зрения обеспечения надежности первичных данных, справедливо представляются те исследовательские ситуации, в которых сбор информации строится на непосредственной межсубъектной (межличностной) коммуникации. Речь идет об особенно популярной в социальных и гуманитарных науках группе методов опроса, кажущаяся простота которых нередко приводит к преувеличению надежности собираемых данных. Но особенность ситуации в социальных науках состоит в том, что применение методов опроса оказывается инвариантным для получения новой и оперативной информации. Поэтому проблеме надежности первичной информации рассмотрим в большей степени применительно к организации и проведению опроса.

Анализ научно-методических проблем и затруднений, возникающих при использовании методов опроса в изучении общественного здоровья, позволяет выявить основные группы факторов надежности. Контроль над этими факторами на разных стадиях медико-социологических исследований совершенно необходим. Цена последствий возможных ошибок исследований, касаются они индивидуального или общественного здоровья, слишком велика, чтобы пренебречь проблемой надежности собираемой научной информации.

**Концептуальные (теоретические) факторы надежности.** Заслуживают первоочередного внимания два аспекта надежности первичных данных медико-социологического исследования общественного здоровья. Первый — относится к выбору оптимального уровня теории (концепции), позволяющего с достаточной полнотой охватить все значимые свойства объектов медико-социологического исследования. Правда, такой выбор оказывается в зависимости от исследовательских задач и вида исследования, связанного с той или иной степенью сложности. В данном случае рассмотрим проблему выбора теории на более сложных примерах описательного и аналитического исследования.

Принципиальной особенностью социологического контекста таких исследований здоровья является концептуальный выход за рамки более привычного индивидуально-психологического анализа обусловленности здоровья и учет более масштабных феноменов, обуславливающих поведение людей в сфере здоровья. Общим методологическим требованием к масштабу используемой теории является охват основных элементов и свойств той социальной системы, в границах которой изучается общественное здоровье. Рамки медико-социологического исследования должны быть достаточно широ-

кими для фиксации факторов здоровья. Такими факторами могут быть культура (и ее разноплановые проявления — национальная, поселенческая, профессионально-групповая, конфессиональная), типология социальной среды с присущими ей детерминантами, например структурой социальной организации, действующие социальные нормы и правила профессионального поведения и др.

Выбор оптимального уровня теории при изучении здоровья определенной профессиональной группы или корпоративного персонала должен учитывать присущие данной группе и профессионально-трудовой (корпоративной) среде устойчивые черты: профессионально-культурные нормы, особенности профессионального менталитета, сложившуюся социально-статусную структуру персонала, особенности режима (организации) рабочего времени. При обращении к региональному или локальному сообществу применяемая концепция общественного здоровья должна учитывать устойчивые черты образа жизни в регионе, обусловленные его климатическим положением или хозяйственной специализацией.

Выделение макросоциальных особенностей вовсе не исключает учета иных — микро-социологических, социально-психологических и психологических факторов общественного здоровья.

Второй аспект концептуальной надежности относится к структурному качеству программы медико-социологического исследования, в которой должно обеспечиваться согласование целей, методов и ожидаемых результатов научной работы. В данном случае предстоит проверить такие элементы программы, как:

- обоснованность социальной и научной проблемы, на решение которой направлено исследование;
- адекватность ее отражения в целях и задачах исследования;
- степень полноты и глубины предварительного системного анализа объекта исследования;
- содержание концептуальной модели исследования и ее соответствие принятым гипотезам;
- корректность определений основных понятий, используемых в обосновании проблемы и в гипотезах, а также их операционализации и эмпирической интерпретации.

Особого внимания заслуживает реализуемый в любом исследовании комплекс эмпирических индикаторов — измеряемых состояний тех или иных изучаемых характеристик или свойств объектов. Важно, чтобы этот комплекс был содержательно адекватен системе гипотез. Исследователь, в том числе врач, собирающий социально значимую информацию о пациенте, должен ясно представлять предназначение этих данных.

Все эти стороны исследования и, соответственно, факторы его надежности становятся доступными для оценки и своевременной корректировки только при условии, что в распоряжении исследователей есть подробная, ясно изложенная программа конкретного исследования, поддающаяся профессионально-научной экспертизе.

Сознавая высокую ответственность за результаты изучения здоровья населения и практические рекомендации, как правило, относимые к отдельным подсистемам здравоохранения на уровне региона или страны, следует добиваться квалифицированной разработки и апробации программы как необходимого научного документа, приводящего в соответствие цели, средства, процедуры и ожидаемые результаты конкретной исследовательской работы.

Особая группа факторов указывает на объективно проявляющуюся структуру коммуникации врача-исследователя с пациентом (респондентом). Так, композиция и структура анкеты играют весьма существенную роль, а сам опрос, являясь частным случаем социальной коммуникации, объективно имеет структуру, органически присущую любой социально-коммуникативной ситуации. В этой структуре заслуживают внимания три фазы коммуникации:

- вступление в контакт (адаптивная);
- основная (целевая);
- выход из контакта (завершающая).

Каждая фаза в исследовательской ситуации должна решить определенные задачи, обеспечивающие надежность собираемой информации.

На первой фазе обычно ставятся задачи установления надежного психологического контакта исследователя с респондентом, формирования мотивации к общению, закрепления правил коммуникации.

Выше был уже отмечен личностно значимый, нередко интимный характер вопросов о здоровье для респондентов. С учетом этого особую важность приобретает задача формирования положительной мотивации респондентов. Она решается посредством такой верификации целей опроса и всего исследования, которая делает эти цели приемлемыми (разделяемыми) для большинства опрашиваемых. Цели опроса, открыто излагаемые в его вводной части, заслуживают предельно тщательной проработки и четкой формулировки. Именно в этом случае требуется использование апробированных ранее форм или пилотажная отработка новых формулировок целей. Если же приводимые в анкете цели опроса не вызывают доверия подавляющего большинства респондентов, то надежность полученных ответов остается недоказанной.

Основная (целевая) фаза коммуникации может быть продуктивной, во-первых, лишь на основе эффективной реализации задач адаптивной фазы и, во-вторых, при учете объективных условий коммуникации, например, возможно возникающей утомляемости ее участников, прежде всего — пациента. Поэтому одним из средств обеспечения надежности данных является стимулирование респондента и поддержание его мотивации к общению в процессе опроса. В интервью такое стимулирование обеспечивается психологической поддержкой респондента — выражением признательности, искренним уважительным отношением ко всем высказываемым пациентом мнениям.

Заслуживает внимания и заключительная фаза социальной коммуникации — выход из контакта. Она может становиться не менее важной, чем вступление в контакт или основная фаза. С ее содержанием нередко связано возникновение и распространение так называемого «испорченного поля» — потенциальной части респондентов, у которых в итоге ситуации опроса возникает негативное впечатление о подобных коммуникациях и, как следствие, формируется и закрепляется установка на отказ от участия в последующих опросах.

Неверная организация коммуникации, недостаточная профессиональная подготовка интервьюеров или анкетеров может вести к нарастанию «испорченного поля» в медико-социологических исследованиях, к увеличению доли неискренних сообщений и необходимости насыщать инструментарий контрольными средствами. Основная задача предотвращения «испорченного поля» состоит в формировании и закреплении в сознании респондентов позитивного впечатления о коммуникации. Это создает определенные условия для последующих результативных взаимодействий исследователей с носителями первичной социально-медицинской информации.

Границы «испорченного поля» в последние годы заметно расширились, что связано в значительной степени с резким учащением опросов, проводимых различными организациями (политическими, социологическими, маркетинговыми и др.) без должного методологического обеспечения и координации. Высокая частота опросов и низкая методическая культура интервьюеров (анкетеров) приводит к тому, что «испорченное поле» в крупных городах достигает 40–60% взрослого населения. Это, в свою очередь, крайне затрудняет работу самих исследователей, осложняет задачу обеспечения надежности первичной информации, повышает трудоемкость организации и проведения новых опросов населения. Для сравнения: по многолетним данным лаборатории социологии НовГУ, «испорченное

поле» в Великом Новгороде составляет около 10%, а в сельской местности оно оказывается несколько ниже.

Чаще всего «испорченное поле» — неизбежное следствие низкой методической квалификации интервьюеров (анкетеров) или их профессиональной недобросовестности, а значит, ненадлежащего качества всей подготовительной и организационной работы. Это обстоятельство заслуживает самого серьезного внимания организаторов медико-социологических исследований.

Надлежащим образом организованный социологический опрос предполагает, что интервьюер (анкетер) оказывается в состоянии точно оценить общее психофизическое состояние респондента и его реакцию на протекающую коммуникацию, используя необходимые методы фиксации вербальных и невербальных характеристик. С учетом этого следует правильно организовать процесс коммуникации для закрепления положительной реакции респондента в фазе выхода из контакта. Этого результата можно добиться разнообразными методическими приемами, в их числе: смена темы общения (от болезненно воспринимаемой респондентом — к оптимистической, несущей ему положительные эмоции), дополнительное психологическое стимулирование респондента (выражение ему признательности за ответы, комплиментарные высказывания и т.п.).

В любом случае предотвращение расширения границ «испорченного поля» и закрепление положительной установки респондентов на участие в последующих опросах являются профессиональной обязанностью исполнителей исследования на его полевой стадии. Это в полной мере относится и к медико-социологическим исследованиям с применением методов выборочного опроса населения.

Инструментальные факторы охватывают большой круг тех качеств инструментария, которые реально влияют на достоверность получаемых первичных данных и выводов. Качество инструментария отражено в общенаучном понятии «валидность» — его способности адекватно измерять основные вариации изучаемого признака.

Применительно к опросу как наиболее содержательному и сложному методу сбора данных о здоровье населения следует признать, что именно серьезные недостатки инструментария (анкет, конструкций отдельных вопросов в интервью), используемого в медицинской практике, снижают достоверность первичной информации и подчас делают собранные материалы неприемлемыми для научного анализа. Причем ошибки широко распространены в анкетах как региональных, так и национальных исследований общественного здоровья. Профессиональный опыт социологов, консультации со спе-

циалистами в области общественного здоровья и здравоохранения необходимы в разработке инструментария для исключения ошибок в исследованиях здоровья населения. Ниже сформулированы основные требования к инструментарии опроса.

Единичность смыслового основания — одно из главных условий валидности инструментария. Это требование относится как к формулировке вопроса, так и к шкале ответов. Нарушение такой единичности — типичная ошибка многих медицинских опросников.

В «Анжете для взрослого», включающей свыше 150 вопросов, подобная ошибка встречается многократно<sup>1</sup>. Например, вопрос: «*Есть ли у Вас какая-либо хроническая болезнь или проблема со здоровьем?*» — включает два смысловых основания. Предложенная дихотомическая шкала ответов «да» и «нет» ставит респондента в ситуацию, которую можно определить как своеобразное принуждение респондентов к некорректному выбору. Как должен отвечать на подобный двусмысленный вопрос пациент, если, к примеру, хронического заболевания у него нет, а проблемы со здоровьем есть?

Типичной ошибкой, состоящей в нарушении единичности смыслового основания, в «самодеятельных» опросах, проводимых некоторыми медицинскими учреждениями или специалистами, является объединение разных понятий в единую категорию, например в шкалах закрытых вопросов. Так, в упомянутой ранее анкете, используемой в женской консультации, есть серийный вопрос о частоте потребления некоторых продуктов питания. Разработчики этой анкеты посчитали возможным свести в единые позиции «овощи и фрукты», «яйца и масло». Как должна отвечать, например, пациентка, которая употребляет в пищу картофель практически ежедневно, а фрукты — раз в месяц?

Нарушение единичности измеряемого основания ведет, во-первых, к непредсказуемой интерпретации смысла вопроса со стороны респондента (возможно, случайному характеру его ответа на такой вопрос) и, во-вторых, к необоснованной обратной интерпретации полученных ответов исследователем. Подобные смысловые ошибки фатальны для надежности собираемой информации и получаемых научных или практических выводов.

Недопустимость некорректного выбора (принуждения к определенному выбору ответов) — особенно важное требование, предъявляемое к социологическому опросу. Его нарушение проявляется чаще всего, когда в закрытых вопросах респонденту ограничивают

<sup>1</sup> «Анкета для взрослого». НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, 2001. Справедливости ради отметим, что многие ошибки в рассмотренной анкете являются вынужденным следствием прямых заимствований из одноименного вопросника, распространенного Всемирной организацией здравоохранения в одном из ее международных проектов.

разрешенное количество выбираемых вариантов ответов или когда шкала заведомо не включает какие-либо типичные варианты отношения респондентов, что может противоречить жизненным реалиям.

Ситуации некорректного выбора содержит «анкета-опросник», предлагаемый пациентам — участникам недавних боевых действий. Эти ситуации заложены в психоаналитическом вопросе и предлагаемой интервальной шкале ответов, выражающей меру согласия респондента с разнообразными высказываниями. Шкала содержит градации от «1» до «5», где 5 — *совершенно верно*; 4 — *довольно верно*; 3 — *верно*; 2 — *почти так*; 1 — *не совсем так*. Здесь налицо несбалансированность шкалы: в ней присутствуют четыре положительных ответа, лишь один отрицательный и отсутствует категорическое несогласие.

Анкета включает высказывания: «*Я боюсь засыпать по ночам*», «*У меня бывают мысли о самоубийстве*», «*Кажется, у меня нет чувств*» и т.п. При ответе на вопросы такой анкеты получается, что и респонденты с нормальной психикой вынуждены мягко соглашаться («*не совсем так*») и не имеют возможности отвергнуть предлагаемое высказывание или же отказаться от неприемлемого ответа. Такую шкалу нельзя признать валидной и этически корректной.

Помимо случайного характера получаемых ответов, некорректный выбор может усиливать раздраженность респондента, его неудовлетворенность, накладывать негативный эмоциональный отпечаток на весь процесс его общения с интервьюером или заполнения анкеты, что, конечно же, не отвечает целям изучения здоровья населения. Ценность таких ответов невысока, однако в медицинских опросниках ситуация некорректного выбора встречается все еще часто (в упомянутой «Анкете для взрослого» около 50 раз).

Соответствие смысловых оснований в вопросе и вариантах ответов — еще одно требование, которое нередко нарушается.

Например, в «Анкете для взрослого» на вопрос: «*Какова частота Ваших посещений стоматолога?*» — разрешено дать лишь один ответ из всех предложенных вариантов (ниже — выдержки из оригинального текста анкеты курсивом):

- (а) *1 раз в год для профилактического осмотра;*
- (б) *1 раз в 2 года для профилактического осмотра;*
- (в) *регулярно, но реже, чем 1 раз в два года;*
- (г) *только при появлении боли или другой проблемы;*
- (д) *никогда не посещаю стоматолога.*

В вариантах «а» и «б» частотные характеристики смешаны с мотивами, варианты «в» и «г» вообще не отражают частоту, а посе-

щение стоматолога при появлении болей может быть и ежемесячным (т.е. самым частым в плане измерения частоты). Вариант «д» вообще противоречит приведенному ранее в той же анкете указанию о пропуске данного вопроса для лиц, не посещающих стоматолога. Ненадежность подобного инструментария, на наш взгляд, очевидна.

Возможные ошибки при построении и реализации инструментария опроса, часть которых продемонстрирована выше, оказываются и разнообразными, и многочисленными. Их недооценка губительна для качества и надежности изучения здоровья населения, поэтому обязательным правилом разработки инструментария является его апробация и последующая корректировка в специальном предварительном пилотажном исследовании, выполняемом на небольших массивах респондентов. Главные цели пилотажа — определение валидности всех элементов инструментария (в случае с анкетой — ее вопросов и шкал ответов) и планируемых процедур сбора первичной информации, а также оперативное исправление выявленных в них недостатков и ошибок. Лишь после проведенного пилотажа разрабатываются окончательные варианты инструментария и процедур, используемые на всей выборочной совокупности.

Адекватность языка опроса, состав используемых лексических средств также влияют на надежность результатов. Часто лексические недостатки опроса связаны с чрезмерным употреблением специальной медицинской терминологии, не входящей в словарный запас многих групп населения. Одним из примеров нарушения адекватности лексики служит анкета, применяемая врачами-исследователями в женских консультациях. Она содержит много специальных терминов вроде «шумовое загрязнение», «психологическая совместимость», «психоэмоциональные нагрузки», «зеленая зона» и более двух десятков наименований заболеваний и врачебных специальностей.

Каковы критерии наличия «зеленой зоны» или «шумового загрязнения»? Это в упомянутой анкете не объяснено и, возможно, не вполне известно тем, кто проводит такой опрос. Вопросы, включающие подобные термины, будут наверняка неоднозначно встречены респондентами без соответствующего уровня терминологической подготовки.

Недооценка феномена социальной дифференциации языка не только снижает уровень понимания вопросов респондентами, но и может нарушать их психологическое равновесие в процессе опроса.

Важное требование к процедуре опроса — учет психологической инерции восприятия и постепенное нарастание сложности обсужда-

емых вопросов с учетом того, что в изучении заболеваемости нередко затрагиваются вопросы, имеющие личностно значимый или интимный характер. В прикладной социологии это требование известно как «правило воронки». В медицинской этике бытует мнение, что врач вправе задавать любые вопросы, а пациент не должен стесняться врача в ответе на них. Преподаваемые будущим врачам курсы медицинской психологии мало способствуют преодолению этого стереотипа. На практике целесообразно исключать прямые вопросы интимного характера, преобразовывать их в косвенную форму или переносить их в завершающую часть опроса с использованием дополнительных средств психологической адаптации.

К сожалению, в силу отмеченной выше психологической инерции и обостренного восприятия ряда вопросов, касающихся здоровья, психологическое равновесие респондента в процессе опроса оказывается особенно хрупким. Это важно учитывать, поскольку такое равновесие служит фактором надежности получаемых ответов. Не менее важно и то, что нарушение этого равновесия или негативный эмоциональный фон, вызываемые неприятными вопросами или болезненными прожективными ситуациями, могут впоследствии предопределить ухудшение психологического состояния некоторых респондентов.

«Анкета-опросник» для бывших участников боевых действий, применяемая врачами-исследователями в ряде медицинских организаций с 1990-х гг., явно нарушала такое равновесие. В серийном психоаналитическом вопросе, включающем 35 высказываний,  $\frac{3}{4}$  утверждений или ситуаций, к которым пациенту предлагалось выразить свое отношение, носили явно негативный характер, передавая психопатологическую симптоматику. Кто поручится за то, что целая серия подобных вопросов (о кошмарах, раскаянии, тревожности, пугающих желаниях, непонимании со стороны близких и т.п.) не рождает болезненные воспоминания и чувства, не вводит респондента, относимого к особой группе риска, в угнетенное психическое состояние? Другая опасность может проявляться и в феномене навешивания ярлыков. Психотерапевтическая корректность и валидность такой анкеты весьма сомнительны.

Целые исследования или отдельные образцы социологического инструментария, программирующие негативные состояния респондента, называют агрессивными. Для обеспечения психологического равновесия в опросах используют **зеркальные шкалы**, где отрицательные и положительные признаки строго уравновешены и чередуются. Но в любом случае массовое внедрение подобных опросников или анкет настоятельно требует предварительной научно-методической

апробации и детальной экспертизы со стороны специалистов в области психиатрии и психотерапии.

Процедурные факторы надежности относятся к совокупности внешних условий среды, в которой происходит сбор информации. Имеются в виду в первую очередь организационные, временные и технические, психологические процедуры. Например, речевые процедуры в устных опросах (темп и эмоциональная окрашенность речи интервьюера), способные оказать влияние на состояние респондента и достоверность собираемых первичных данных.

Опрос должен проходить в комфортной для респондента обстановке, при достаточной освещенности, температуре воздуха и отсутствии в непосредственной близости раздражающих факторов (сквозняков, сильных запахов, пугающих предметов и т.п.).

На подготовительной стадии исследования должны быть исключены любые случаи прерывания процедуры опроса. Считаются недопустимыми, за исключением специальных психоаналитических или психотерапевтических ситуаций, любые внешние личностные воздействия на респондента: оценочные высказывания по поводу правильности или неправильности его ответов, попытки уличить его в неискренности или предложить другой вариант ответа.

Внятная речь и верная интонация, как правило, приводят к тому, что респондент лучше понимает вопрос. В анкетном опросе важную роль играет качество макета, полиграфическое исполнение заполняемого вопросника, даже цвет бумаги (желателен нейтральный белый), наличие достаточного места на столе для расположения бланков, удобство позы респондента во время интервью или заполнения анкеты и т.п.

Все факторы надежности взаимосвязаны, должны учитываться в комплексе и контролироваться в процессе изучения здоровья населения, поскольку цена допущенных ошибок может оказаться слишком высокой: от неверно поставленного диагноза до неправильных управленческих решений.

Рассмотренные выше вопросы не исчерпывают в полном объеме всех научно-методических проблем, возникающих в связи с использованием разнообразных методологических подходов и средств в медико-социологическом изучении общественного здоровья. Опираясь на собственный опыт проведения медико-социологических исследований, мы стремились раскрыть особенности применения тех или иных методов, а также направления дальнейшей проработки целого ряда научно-методических вопросов, учитывая начальный характер становления и развития медицинской социологии в нашей стране.

## 2.6. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Медико-социологические исследования, с учетом описанных выше целей и задач, выступают в разных видах и организационных формах. Одним из таких видов является медико-социологический мониторинг, проводимый с определенными промежутками времени. Под мониторингом авторы понимают систему статистического наблюдения, включающую в себя сбор, агрегацию данных, анализ на их основе текущей ситуации, разработку прогнозов для выбора приоритетов и принятия управленческих решений с целью сохранения и улучшения здоровья населения. Мониторинг направлен на изучение динамики медико-социальной ситуации по определенному перечню эмпирических индикаторов в масштабе отдельных групп населения или корпоративного, локального, регионального сообщества. Необходимым условием проведения мониторинга является обеспечение репрезентативности данных, компактности социологического инструментария и научно-методической совместимости его на разных этапах исследования.

Ценность мониторинга обусловлена тем, что общественное здоровье по целому ряду существенных социально-медицинских показателей может демонстрировать динамику даже на коротких отрезках времени. Такая динамика выявлялась на разных этапах медико-социологического изучения общественного здоровья в Новгородской области на популяционном и социально-групповом уровне<sup>1</sup>, начиная с 1997 г. Данная особенность подтверждается и другими отечественными исследователями<sup>2</sup>. Отмеченный динамизм ситуации делает медико-социологический мониторинг одним из необходимых инструментов управления здравоохранением на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Второй вид медико-социологического исследования связан с решением конкретных прикладных и теоретических проблем общественного здоровья и здравоохранения. Он представляет собой относительно самостоятельную разработку отдельных социальных

проблем общественного здоровья и здравоохранения. Такие исследования все чаще освещаются в научной периодической печати<sup>1</sup>.

Третий вид медико-социологического исследования связан с ситуациями, в которых оно выполняет вспомогательную роль и осуществляется в качестве составного компонента более крупного, как правило, междисциплинарного исследования. Именно этот вид и соответствующие ему организационные формы были применены в комплексном исследовании общественного здоровья, проведенном Новгородским научным центром Северо-Западного отделения РАМН в 2005–2009 гг. в соответствии со специально разработанной и утвержденной программой<sup>2</sup>.

Такой вид медико-социологических исследований отличают от других несколько важных признаков. Во-первых, будучи компонентом общей научной работы, медико-социологическое исследование выполняет вспомогательную роль, не преследует собственных целей, а исходит из общей концепции и стратегии основного научного проекта.

Во-вторых, медико-социологический компонент оказывается более жестко, чем мониторинг или самостоятельное тематическое исследование, интегрированным в общую канву научного проекта. Взаимосвязь с другими компонентами выражается в организационно-временной упорядоченности полевых процедур сбора данных (например, последовательности обращения к методам интервью или анкетного опроса или вторичному статистическому анализу баз данных), а также в научно-методической совместимости с другими компонентами комплексного исследования. Последнее требование особенно важно в операционализации понятий и подборе эмпирических индикаторов, а кроме того, на стадии анализа собранных данных.

Именно в комплексных исследованиях медико-социологический компонент оказывается необходимым средством формирования общей аналитической картины общественного здоровья — информационной составляющей для выработки эффективной политики здравоохранения.

Медико-социологический компонент комплексных исследований общественного здоровья и здравоохранения является, в силу функциональных характеристик социально-научного познания, необходимым инструментом анализа и раскрытия социальной обусловленности общественного здоровья, а также разработки и осу-

<sup>1</sup> Медик В.А., Осипов А.М. Анализ динамики медико-социальной ситуации в Новгородской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. № 1. С. 28–31; Медик В.А., Осипов А.М. Социологический мониторинг в изучении медико-социальной ситуации в Новгородской области // Медицинский академический журнал. 2006. Т. 6. №2. С. 102–110.

<sup>2</sup> Свадьбина Т.В., Осянин А.Н. Изменение практик поддержки собственного здоровья // Социология. 2006. № 2. С. 28–30.

<sup>1</sup> Журналы «Социология медицины», «Социологические исследования», «Журнал социологии и социальной антропологии» и др.

<sup>2</sup> Методические рекомендации по изучению здоровья населения / Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика, В.И. Стародубова. М., 2005. (МЗиСР РФ и РАМН).

ствления адресных эффективных целевых медико-социальных программ для отдельных категорий населения. Он может служить основанием для разработки медико-социальных программ, выходящих за рамки самой системы здравоохранения. Примером таких программ являются особенно актуальные сегодня прикладные программы формирования социального партнерства в сфере общественного здоровья, а также межведомственные программы формирования здорового образа жизни.

В комплексном исследовании медико-социологический компонент позволяет дать общую оценку состояния и динамики общественного здоровья на фоне социально-экономического развития региона, его отдельных административных территорий и социальных групп населения. Благодаря этому компоненту в исследовании появляется возможность анализа социальной обусловленности общественного здоровья в контексте конкретных параметров условий жизни, а также выявления моделей поведения населения и социальных групп в сфере здоровья. Важным для совершенствования управления здравоохранением является, например, надежная оценка общественного мнения о действующей системе здравоохранения и диагностика конкретных проблем, недостатков в работе отдельных учреждений и групп медицинского персонала.

Выступая в качестве компонента основной научной работы, медико-социологическое исследование, как правило, решает определенный набор задач и использует соответствующие методы.

Обычно эти методы используются для сбора, анализа социально-экономической и медико-демографической статистики, которая необходима для сравнительной оценки экономического развития, материального благосостояния и уровня жизни населения, особенностей поселенческой структуры региона и демографической ситуации. В связи с этим в круг эмпирических индикаторов обычно включаются характеристики возрастно-половой структуры, естественного и механического движения населения, экономико-медицинские показатели (финансовые, материально-технические, кадровые ресурсы здравоохранения и т.п.). Особое место среди статистических показателей занимают данные, характеризующие экологическое состояние среды обследуемых популяций или групп населения.

Другая группа методов ориентирована на характеристики, лежащие скорее вне области доступной экономико-демографической или медицинской статистики и необходимые для анализа и оценки конкретных социально-поведенческих параметров общественного здоровья. Эти методы включают более традиционный для современной эмпирической социологии стандартизированный опрос, позволя-

ющий собрать необходимую информацию для проверки таких факторов, как семейное положение, место в поселенческой структуре, основной род занятий и уровень благосостояния, реальные или ретроспективные характеристики труда и отраслевой принадлежности и др.

Особенно важной задачей медико-социологического исследования и, соответственно, применяемых методов является сбор информации о социально-психологических и социально-культурных факторах дифференциации сознания и поведения в сфере общественного здоровья. Но при этом приходится признать сложный характер многих факторов поведения и, следовательно, количественных и качественных индикаторов, позволяющих проверить гипотезы о социальной обусловленности общественного здоровья. Так возникает целый набор необходимых блоков индикаторов медико-социологического исследования, охватывающий:

- социально-культурные свойства (этническая принадлежность, уровень и характер образования, ценностное отношение к здоровью);
- показатели социально-психологического плана и информированности (общая самооценка здоровья, удовлетворенность и тревожность по поводу состояния здоровья, знание о наличии установленных диагнозов заболеваний, группы инвалидности и диспансерного учета, ориентация на профессиональную медицинскую помощь или на самолечение);
- факторы здоровья и риска возникновения заболеваний (наследственная предрасположенность, условия труда и физическая активность, зависимость от психоактивных веществ, уровень стрессов и т.п.);
- доступность общей и специализированной медицинской помощи (индивидуальный и групповой опыт получения этой помощи и социальных взаимодействий в разных секторах системы здравоохранения, общая удовлетворенность и восприятие остроты отдельных недостатков в работе системы здравоохранения).

Обозначенные выше типичные группы задач и индикаторов медико-социологического компонента в исследованиях общественного здоровья и здравоохранения своеобразно отражаются в применяемых способах сбора данных, требуя подчас выхода за рамки более привычных количественных оценок и обращения к качественным методам анализа.

Особым требованием медико-социологического компонента исследования является обеспечение репрезентативности выборки в соответствии с расчетными показателями допустимой погрешности.

Если речь идет, например, о региональной выборке, то ее основными параметрами, обеспечивающими репрезентативность в отношении населения региона, могут быть естественно-природные и экономико-географические зоны внутри региона, пропорции поселенческой структуры, социально-экономическая и демографическая структура населения.

Важным преимуществом рассчитываемой и реализуемой выборки следует считать наличие в ней некоторого резерва единиц наблюдения, что при необходимости обеспечивает возможности ее последующего «ремонта» на основе уже сформированной персонифицированной базы данных.

Помимо решения сугубо научно-методических вопросов, медико-социологический компонент комплексного исследования общественного здоровья предполагает предварительное обеспечение, разработку и строгое осуществление ряда организационных условий. С точки зрения этапов реализации этого компонента необходимыми являются предварительный доступ исполнителей к типовым изданиям регионального органа федеральной статистической службы, экономико-географическая и административно-территориальная карта региона, списки населенных пунктов с данными их людности. В организационном плане должно быть предусмотрено формирование групп исполнителей, подготовка сотрудников к ведению опросов, контролю выборки и процедур полевого этапа, формированию и обработке баз данных.

Сквозной задачей в комплексном исследовании общественного здоровья является планомерное согласование процедур медико-социологического компонента с другими компонентами исследования (клинико-диагностическими, информационно-статистическими) как на стадии сбора первичных данных, так и на стадии статистического анализа и теоретической интерпретации результатов научной работы.

## 2.7. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Социально-демографические общности (группы и слои) образуют один из важнейших срезов социальной структуры общества. Основываясь на определенных признаках (пол, возраст, родство, брачное состояние, национальный состав) или пространственных и экистических характеристиках (место в системе расселения, миграционная подвижность и др.), эти общности вырабатывают и проявляют собственные ярко выраженные социальные и культурные свойства,

которые устойчивым образом определяют положение людей в системе неравенства и их взаимоотношения, модели поведения, возможности удовлетворения потребностей, жизненные планы, социальные стратегии и др. В общественном сознании и в социальных науках давно признается существенное значение названных выше демографических признаков. Являясь самостоятельным объектом медико-социологического исследования, эти важнейшие дифференцирующие признаки социальной структуры общества становятся отправной базой изучения социальной обусловленности здоровья на уровне отдельных социально-демографических групп. Ниже с опорой на материалы комплексного регионального исследования будут рассмотрены некоторые основные социально-демографические аспекты общественного здоровья.

**Половые и возрастные общности.** Признак пола является одним из таких факторов общественного здоровья, дифференцирующая роль которого признается традиционно и на уровне обыденного сознания, и в современной научной литературе. Медицинской науке в целом хорошо известны объективные различия в уровне и структуре заболеваемости, смертности, средней продолжительности предстоящей жизни мужской и женской субпопуляций<sup>1</sup>. Эти различия уже длительное время, начиная с первых систематических исследований общественного здоровья, констатируются на уровне медицинской и социальной статистики<sup>2</sup>. В проведенном нами региональном изучении здоровья населения у женщин по сравнению с мужчинами выявлено превышение уровня истощенной заболеваемости в 1,4 раза, что еще раз подтверждает хорошо известный тезис, что в России женщины больше болеют, а мужчины чаще умирают. Подавляющее большинство умерших в трудоспособном возрасте составляют мужчины (80%), а уровень общей смертности мужчин в пять раз превышает смертность женщин.

В самом общем виде суждение о существенном преимуществе потенциала здоровья женщин находит весомый аргумент в виде данных о сравнительно большей средней продолжительности предстоящей жизни у женщин, которая в Российской Федерации превышает аналогичный показатель мужской популяции на 12,4 лет (2008 г.).

Социальная обусловленность половых различий в сфере здоровья пока недостаточно описана эмпирически и осмыслена научно в оте-

<sup>1</sup> Щепин О.П. и др. Здоровье населения — основа развития здравоохранения. М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009; Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М.: Медицина, 2003.

<sup>2</sup> Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002.

чественной литературе, хотя в зарубежных гендерных исследованиях здоровья эта тема является весьма популярной<sup>1</sup>. Поэтому область социально-научного объяснения таких различий все еще остается одним из «белых пятен» в медико-социологической проблематике в современной России. Фрагмент, затрагивающий в общей форме некоторые гендерные социальные аспекты здоровья, содержится лишь в работах А.В. Решетникова<sup>2</sup>, а аналитический обзор публикаций — в статье И.В. Грошева<sup>3</sup>. С решением этой научно-практической проблемы в определяющей степени связана перспектива разработки более эффективных гендерно-ориентированных программ профилактической медицины, целесообразность которых не вызывает сомнений у специалистов.

Статистический анализ медико-социальных характеристик здоровья, выполненный в рамках регионального исследования общественного здоровья, где каждый из двух массивов мужчин и женщин является репрезентативным в отношении соответствующей субпопуляции в населении Новгородской области, позволяет не только выявить различия в структуре истинной (исчерпанной) заболеваемости мужчин и женщин, но и установить связь этих различий с рядом других социальных факторов общественного здоровья<sup>4</sup>.

Социально-половая обусловленность здоровья охватывает разнообразные группы факторов, в числе которых исторически сложившиеся особенности экономической активности мужчин и женщин, а также воспроизводимые позиции мужчин и женщин в общественном разделении труда (включая специфику их трудовой занятости в быту и домашнем, подсобном хозяйстве). Наряду с этим необходимо учитывать правовое положение и социальную защищенность, ментальные, субкультурные и социально-психологические различия.

Спектр этих факторов в действительности чрезвычайно широк, и его научное освещение предполагает специальные комплексные исследования социально-экономической, социально-правовой, культурной и социально-психологической сфер жизнедеятельности отдельно мужчин и женщин. Несомненно, что решение этой важной перспективной задачи потребует основательного и долгосрочного

взаимодействия специалистов разных отраслей социальных наук при интегрирующей роли социологии общественного здоровья.

В главе 3 мы рассмотрим некоторые ключевые факторы гендерной дифференциации, зафиксированные в региональном исследовании общественного здоровья: самооценку здоровья, информированность об имеющихся заболеваниях, ценностное отношение к здоровью и поведенческие стратегии в сфере здоровья.

**Городское и сельское население.** Исходя из общих социально-научных представлений о городе и селе как дихотомическом типе пространственной организации социума<sup>1</sup>, можно сформулировать основные предпосылки различий между городским и сельским населением в сфере здоровья и здравоохранения. Эти предпосылки, проявляющиеся одновременно и во взаимообусловленности, включают пространственно-природную, социально-экономическую и социально-культурную основу.

Пространственно-природная основа таких различий вытекает из сравнительно большей близости сельского социума к естественному природному окружению, относительно более гармоничной погруженности в это окружение. Как следствие, в сельском социуме в меньшей степени проявляется целый ряд техногенных факторов, негативно влияющих на общественное здоровье (загрязнение воздуха, воды, почвы, более выраженный электромагнитный и радиационный фон и др.).

В городской среде отмечаются и социогенные факторы, в число которых входят высокая (достигающая неблагоприятных уровней) концентрация коммуникаций, жесткая организация и напряженность производственных процессов, в которой здоровье работника как «непроизводственное обстоятельство» чаще отодвигается на второй план, при этом наблюдается большая распространенность стрессов и, соответственно, повышенная невротизация населения.

Экономическая основа различий выражается прежде всего в качестве производственно-трудовой среды, оказывающем принципиальное влияние на инфраструктуру села и города, на содержание труда как ведущего вида деятельности в структуре образа жизни основной массы людей, о чем говорилось выше. Но не менее важное влияние экономической системы города и села на общественное здоровье проявляется в трех других взаимосвязанных социальных

<sup>1</sup> Lorber Judith. Women Get Sicker but Men Die Quicker: Gender and Health. In: Henderson, Gail E. Ed. Social Medicine Reader: Social and Cultural Contributions to Health, Difference, and Inequality. Vol. 2. Durham, NC: Duke University Press, 2005. P. 164–190.

<sup>2</sup> Решетников А.В. Социология медицины. (Введение в научную дисциплину). Руководство. М.: Медицина, 2002. С. 256–273.

<sup>3</sup> Грошев И.В. Пол и болезни: краткий обзор современных исследований // Социология медицины. 2004. № 2. С. 35–50.

<sup>4</sup> Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

<sup>1</sup> Староверов В.И. Социально-демографические проблемы деревни. М.: Наука, 1975; Рыбкина Р.В. Образ жизни сельского населения. Новосибирск: Наука, 1979; Великий П.П. Социально-культурная деятельность сельского населения // Социологические исследования. 1982. № 4; Методология исследования и качество жизни сельского населения России и США. Москва — Columbia, 1996.

аспектах, заслуживающих внимания в медико-социологическом исследовании:

- политико-экономические отношения города и села как сообществ, содержащие (особенно в условиях рыночного хозяйства) признаки экономического, политического соперничества и конкуренции, в которых город (даже во времена, когда он уступал селу по численности населения) исторически всегда одерживал первенство;

- исторически складывающаяся концентрация учреждений и медицинских кадров системы здравоохранения в городской местности, сопровождающая глобальный процесс урбанизации и делающая качественную, высокотехнологическую медицинскую помощь более доступной для городского населения;

- особенности систем социально-экономического неравенства в городских, сельских сообществах, накладывающие отпечаток на массовые практики поведения и социальные отношения индивидов и групп в сфере здоровья, а также в их взаимодействии с системой здравоохранения.

Социально-культурная основа различий городского и сельского населения в плане общественного здоровья обусловлена в первую очередь устойчивыми чертами соответствующих субкультур (социальных типов культуры). Эти культурные черты детально исследованы в современных социальных науках, но в сфере здоровья особого внимания заслуживают следующие:

- исторически присущая в большей степени сельскому населению (особенно в сферах быта, общения и досуга) так называемая «традиционная» культура, которая в сфере здоровья отмечена опорой на средства и методы народной медицины, самолечение, и как следствие — более вероятным в повседневных практиках сельского населения пренебрежением профессиональной медицинской помощью;

- относительно большая личностно-психологическая открытость и взаимная поддержка в социальных отношениях, присущая сельскому населению, которая в сфере здоровья и здравоохранении может относительно увеличивать индивидуальные ресурсы в случае заболевания.

Типологические особенности городского (урбанизированного) образа жизни можно рассматривать как факторы, детерминирующие структуру заболеваемости в экистическом аспекте (системы расселения). Они же обуславливают отчасти и специфические различия здоровьесберегающих практик городского населения, что явствует из приведенного ниже фрагмента глубинного интервью.

Женщина, 38 лет, замужем, высшее образование, горожанка, работает заместителем директора компании.

«... У меня, как у многих, проблемы со спиной — в машине сидим, за компьютером сидим, что-то тяжелое таскаем... Но эти проблемы решаю не через специалистов. Один раз обратилась по поводу остеохондроза, мне диклофинак прописали, уколы. Ну, на этом, в общем-то, мои посещения врача и закончились. Я нашла альтернативные способы — ... не совсем йога, это занятия по... выравниванию, что ли, позвоночника. И мне это действительно подошло. И я от уколов отказалась...».

Активные процессы сельско-городской миграции и ремиграции в последние десятилетия привели к перемешиванию поселенческих общностей и выравниванию в значительной степени социокультурных установок и практик в сфере здоровья, свойственных современным городским и сельским жителям.

Различия между поселенческими группами в масштабе регионального населения в целом по многим медико-социологическим параметрам, анализируемым на основе персонифицированной репрезентативной базы данных представляются незначительными.

Однако, рассматривая эти различия, следует учитывать особенности демографической структуры городского и сельского населения. Сельское население включает меньшую долю детей и молодежи, а также слоев трудоспособного возраста. Оно же отмечено большей долей одиноких людей (прежде всего женщин) в старших возрастах и большим разрывом средней продолжительности жизни мужчин и женщин.

Другой важной особенностью общественного здоровья в анализе городского и сельского населения является характер источников и качество самой информации о заболеваниях, связанной с концентрацией лечебно-профилактических учреждений в городской местности. Это обстоятельство приводит к тому, что возможности высококвалифицированной специализированной помощи сосредоточены, как правило, в городских учреждениях. А потому первичные данные о заболеваемости в сельской местности в большинстве своем фиксируются врачами общей практики или средним медицинским персоналом (фельдшерами), в то время как в городской местности такие данные формируются, как правило, с участием врачей-специалистов. Последнее обстоятельство определяет их большую полноту и достоверность.

Сохраняющаяся существенная разница в среднедушевых (денежных) доходах сельского и городского населения также отчасти объясняет и, вероятно, усиливает ориентацию селян на стратегии само-

лечения на фоне ускоряющихся тенденций коммерциализации медицинской помощи в современной России. Ниже — три фрагмента одного глубинного интервью с сельским пациентом.

Мужчина, 69 лет, женат, на пенсии, проживает с супругой в дачном массиве в нескольких километрах от города, ведет подсобное хозяйство.

«Не иду к врачам, потому что кругом одни деньги, вот, а денег у нас нет. Врачам я не платил. Вот уж этого не было! Шоколадку носил, чего там. А так, если иду к врачу, то я десяток яиц и полторашку молока беру. Натуральным продуктом. «Вот вам гостинец». И все... Это есть, да. А больше ничего! Берут, а чего ж? Спасибо скажут. Я считаю, что так хоть внимание обратят».

Вполне ожидаемым следствием этих социальных различий, на фоне сложившейся инфраструктуры сети медицинских учреждений и неодинаковой доступности медицинских услуг в соотношении город-село, выглядит специфика обращаемости к медицинской помощи при болезни. В селе доступ к этой помощи чаще обусловлен фактическим расстоянием, транспортной доступностью.

«Как все-таки будем добираться до врача? Мы думали над этим вопросом. У нас связь постоянная с дочкой, в городе. Только через нее по мобильному можно вызвать «скорую». А если будет зимой, у нас тут не проехать, то до большой дороги и на санках довезешь... Что ж делать...».

Особым фактором различий остается большая автономия образа жизни и опора сельской культуры на традиционные народные средства в сфере здоровьесохранительной деятельности.

«К врачам иду, когда уже, как говорится, приспичит. Когда уже дальше некуда. Да Веру мою тоже не послать! А так — вот руки болят, так делаем настойки спиртовые. Валерьяну сами готовим, вон она растет в поле. Накопаем, залил ее спиртом и по капельке ее можно для успокоения принимать. Мы с бабушкой решаем сами, как полечить. Сейчас настой боярышника, шиповника употребляем. Цветы какие-то, индийский лук... Настаивает все это. Колени, бывает, не ходят, так натираем на ночь, и помогает. Ну и еще — хоть больно, но надо больше двигаться. Вот, лекарство и движение — оно помогает».

**Семейное положение.** Влияние семейного положения индивидов на общественное здоровье может рассматриваться в наиболее общем виде как:

- фактор социальной активности и образа жизни, в структуре которых общение, положительный эмоциональный настрой и со-

циальная взаимопомощь являются позитивными предпосылками физического и психического здоровья;

- фактор первичной среды, свидетельствующий о составе социальных связей и, соответственно, возможностей оперативного получения социальной поддержки со стороны родственников для осуществления здоровьесохраняющей деятельности или в случае заболеваний;

- предпосылка более устойчивой трансляции от старших поколений к младшим, интериоризации определенных видов культуры здоровья и социально-типичных моделей поведения в сфере здоровья.

Социальная среда человека, чья жизнедеятельность реализуется в основном вне семейной группы (сравнительно меньший круг социальной зависимости и ответственности) обуславливает и психологическую специфику личности. Эта специфика проявляется в несколько большей личностной самодостаточности и ориентации на индивидуальные ресурсы, в том числе и на сохранение индивидуального здоровья. Данная гипотеза в целом подтверждается при статистическом анализе данных стандартизированного опроса взрослых. В опросе фиксировались следующие варианты семейного положения: (1) «*живут вне брака*», (2) «*разведены*», (3) «*вдовы*», (4) «*в первом браке*», (5) «*живут с партнером без регистрации брака*», (6) «*во втором браке*». Учитывая многообразие и относительность семейных статусов и приведенных категорий, их можно свести в две основные группы: «*живут в своей семье*» (4, 5, 6) и «*живут без семьи*» (1, 2, 3).

Взрослые респонденты, живущие одиноко, без семьи, на  $\frac{1}{3}$  чаще оценивают свое здоровье как плохое и очень плохое, реже удовлетворены своим здоровьем, чем те, кто живет в составе своей семьи. В границах одной и той же возрастной группы и группы здоровья одиноким людям, по сравнению с семейными, чаще свойственно беспокойство по поводу состояния своего здоровья. Во всех десятилетних когортах трудоспособного возраста среди одиноких людей средние значения индекса тревожности по поводу здоровья, как правило, превышает соответствующий средний показатель семейных людей на 0,2.

Существенно различаются и поведенческие модели этих двух рассматриваемых демографических групп в сфере здоровья. Первая значительно реже практикует жесткий отказ от медицинской помощи при болезни и практически вдвое чаще прибегает к такой помощи при любом заболевании. «Мягкий отказ» от медицинской помощи как преобладающая модель поведения (обращение к врачу только при

тяжелых состояниях здоровья) почти одинаково широко распространен среди обеих групп — 68% «без семьи» и 72% «в семье».

Приведенные выше различия в моделях поведения можно отчасти объяснить особенностями бюджета времени и комплекса социальных связей групп с разными семейными статусами. Наличие у взрослого человека семьи порождает несколько больший круг забот и временных затрат, направленных на помощь родным, и приводит к ограничению времени и иных ресурсов для активной заботы о собственном здоровье. Одновременно усиливается взаимопомощь близких внутри семьи, распределение трудовых обязанностей, возможность опоры на физические, временные и экономические ресурсы близких.

## 2.8. СОЦИАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА В ИЗУЧЕНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Общепризнанной является социальная обусловленность общественного здоровья. Согласно экспертным оценкам, социальные факторы (прежде всего условия и образ жизни) составляют около половины объема эмпирически фиксируемых детерминант общественного здоровья. Правомерно предположить, что степень социальной детерминации варьирует в разных группах и слоях современного российского общества, отмеченного глубокой социальной дифференциацией. Последнее обстоятельство усиливает актуальность вопросов социально-статистического анализа общественного здоровья.

Другой важнейшей предметной областью социальной статистики становится сама система здравоохранения, которая предстает как один из основных социальных институтов современного общества, включающий в себя совокупность формальных и неформальных организаций и практик, а также социально-типичные нормативные комплексы поведения индивидов и групп в сфере здоровья. Причем последние десятилетия роль системы здравоохранения в формировании и сохранении здоровья населения неуклонно возрастает. По оценкам известного ученого академика РАМН О.П. Щепина, доля здравоохранения в формировании общественного здоровья достигает 30% с тенденцией к последующему увеличению. Об усилении влияния здравоохранения на состояние общественного здоровья свидетельствуют и проводимые нами исследования<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. акад. РАМН О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Именно поэтому социальная статистика как подотрасль современной статистической науки должна занять важное место в ряду предметных областей, затрагиваемых при научном обращении к проблеме общественного здоровья и здравоохранения.

Согласно этому пониманию, социальная статистика общественного здоровья и здравоохранения является междисциплинарной научной отраслью, лежащей одновременно на стыке математической статистики (ее раздела медицинской статистики) и социальной статистики.

На данном этапе научно-методического решения проблемы выбора социально-статистических индикаторов общественного здоровья и здравоохранения целесообразно выделять две группы показателей:

- социальной обусловленности общественного здоровья;
- социальной эффективности системы здравоохранения.

**Социальная обусловленность общественного здоровья.** Состояние социальной статистики общественного здоровья в российской науке заслуживает более пристального внимания. Это определяется прежде всего существующим методологическим уровнем данной предметной области, в компетенцию которой входит разработка программ исследования, основных концептуальных схем и категорий социально-статистического анализа и др. Методологическая зрелость любой научной отрасли, как известно, служит главным залогом сопоставимости результатов проводимых в ее рамках исследований и необходимой межотраслевой интеграции.

В соответствии с задачами, которые ставятся при проведении медико-социологических исследований, социально-статистические аспекты изучения общественного здоровья предполагают анализ показателей здоровья в плоскости конкретной социальной системы — государства, региона, поселения, социальной группы. При этом социально-статистическое изучение общественного здоровья целесообразно проводить в плоскостях двух основных срезов социальной структуры населения:

- социально-демографическом;
- социально-экономическом.

Кроме того, в изучении социальной обусловленности общественного здоровья необходимо учитывать индикаторы, характеризующие культурологические и социально-политические детерминанты общественной жизни.

К индикаторам, характеризующим социально-демографический срез структуры населения, традиционно относят: пол, возраст, брач-

ное состояние, гражданство, национальную принадлежность, место жительства, показатели миграции и др.

Социально-экономическую структуру населения принято характеризовать следующими индикаторами: среднедушевые денежные доходы, занятость в той или иной отрасли экономики, жилищные условия, образование и др.

Дальнейшее развитие методологии социально-статистического изучения общественного здоровья видится, по крайней мере, в двух основных направлениях: теоретическом и инструментальном.

В теоретическом плане социальная статистика призвана выполнять вспомогательную, инструментально-научную роль в информационных и аналитических процедурах при формировании и обработке как баз данных государственной медицинской статистики, так и баз данных специальных медико-социологических исследований.

В данном отношении представляется перспективным изучение причинно-следственных связей индикаторов здоровья, входящих в систему показателей медицинской статистики, с эмпирическими показателями социальной статистики, с учетом специфики общественного здоровья как социального феномена. Такое сопоставление предполагает разработку и использование более широкого перечня показателей социальной статистики и более сложных статистических процедур их фиксации и анализа.

В инструментальном направлении подчеркивается прикладная, практико-ориентированная функция социальной статистики общественного здоровья, востребованная в управленческой деятельности руководителей органов и учреждений здравоохранения.

Кроме того, социально-статистическое изучение общественного здоровья и его разнообразных социальных факторов может, на определенном уровне информационной и теоретической зрелости этой отрасли, приблизиться к выработке собственных специфических продуктов. К числу таких продуктов следует отнести математико-статистические модели интегральных показателей здоровья, а также сценарные прогнозы, столь необходимые для выработки стратегических управленческих решений, в том числе при разработке федеральных и региональных целевых медико-социальных программ.

Предстоит также соотнести и разграничить предметные области двух близких областей статистики — медицинской и социальной при их обращении к проблемам общественного здоровья<sup>1</sup>. В целях иллюстрации обратимся к некоторым примерам, подтверждающим важность такого разграничения.

<sup>1</sup> Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: Медицина, 2006.

Уровни заболеваемости в медицинской статистике обычно рассчитываются в отношении наличного или постоянного населения. Медицинская статистика позволяет делать сопоставимые расчеты только применительно к наиболее крупным демографическим группам, выделяемым по полу, возрасту, а также к категориям граждан, подпадающим под определенные целевые медицинские программы (диспансерного учета, дородового патронажа и т.п.).

Однако при разработке целевых медико-социальных программ (например, в области профилактики отдельных социально значимых заболеваний) таких традиционных подходов для расчета статистических показателей оказывается недостаточно. Требуется их структуризация по другим, собственно социальным параметрам: брачное состояние, место жительства, среднедушевые денежные доходы, культурологические особенности и другим. Кроме того, уровень заболеваемости по обращаемости населения в медицинские учреждения может быть обусловлен территориальной удаленностью пациента от медицинских учреждений, ценностным отношением человека к своему здоровью, характером взаимодействий пациентов с медицинскими учреждениями и т.д.

Вряд ли кто-то сегодня может недооценивать эти социальные факторы, а необходимость их трансформации в конкретные социальные статистические показатели давно назрела. Проведенное в Новгородской области в 2005–2009 гг. комплексное исследование общественного здоровья вносит свой вклад в решение такой задачи. Но и здесь не обойтись простыми методами анализа (одномерными или двумерными). Углубленное изучение социальной обусловленности общественного здоровья требует применения более сложных инструментов, многомерных моделей анализа, последовательного или одновременного учета целого ряда факторных признаков.

Приведем другой пример, вытекающий из опыта этого исследования. Наибольшее среднее число впервые на медицинских осмотрах установленных диагнозов в группе занятого населения приходится на персонал предприятий энергетики. Именно эта профессионально-отраслевая группа характеризуется и наиболее низким уровнем обращаемости за медицинской помощью, наряду с более выраженной установкой на те или иные стратегии самолечения. Поэтому представляется актуальной и целесообразной разработка научно-практических программ, направленных на сохранение и улучшение здоровья персонала предприятий энергетики, особенно учитывая стратегический потенциал этой отрасли, как для отдельных регионов, так и для страны в целом.

Третий пример необходимости разграничения предметных областей медицинской и социальной статистики относится к социальным факторам репродуктивного здоровья женщин. Выборочные региональные исследования свидетельствуют о наличии несколько неожиданной, тем более для городской местности, взаимосвязи между показателями гинекологической заболеваемости по обращаемости в учреждения охраны материнства и детства и их удаленностью от мест жительства пациенток.

Приведенные выше и подобные им социально-статистические ситуации дают веские основания для разработки или коррекции целевых медико-социальных отраслевых программ и принятия конкретных управленческих решений, как важнейших составляющих социальной политики на региональном и федеральном уровнях.

Определенным преимуществом социальной статистики в теоретическом плане является возможность использования современных концепций социальной теории применительно к проблематике общественного здоровья. В данной области открываются новые возможности осмысления проблем здоровья в контексте культуры, психологии, экономической эффективности, управления и социальной политики.

Социально-статистическое изучение общественного здоровья, насколько можно судить по базовым текстам современной отечественной социальной статистики, находится в самой начальной стадии формирования. Ее типичной чертой являются описательный и констатирующий характер, узость и ограниченность баз данных, недостаточность или в отдельных случаях противоречивость показателей, используемых в качестве статистических индикаторов в проводимых исследованиях.

Иллюстрировать неадекватное состояние этой науки можно перечнем показателей социальной статистики здоровья, излагаемых в некоторых ведущих изданиях<sup>1</sup>:

- 1) оценка уровня медицинской помощи населению;
- 2) характеристика деятельности медучреждений разных типов;
- 3) статистический анализ результатов клинических исследований;
- 4) демографические показатели:
  - ожидаемая продолжительность предстоящей жизни;
  - смертность по полу, возрасту, классам причин смертности;

<sup>1</sup> Социальная статистика / Под ред. М.Р. Ефимовой. М.: Финансы и статистика, 2003; *Бородкин Ф.М., Айвазян С.А.* Социальные индикаторы: Учебник. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006.

5) показатели заболеваемости:

- доли лиц с разными статусами здоровья (по полу, возрасту и т.д.);
  - число острых заболеваний;
  - число впервые установленных диагнозов и др.;
- б) показатели самооценки населением своего состояния здоровья.

Возможно, эти показатели сформулированы в излишне общем смысле, но в них так или иначе все-таки просматривается подмена социальной статистики медицинской статистикой.

Насколько полным и достаточным является приведенный перечень групп социально-статистических признаков для реализации целей и задач социальной статистики здоровья? Следует заметить, что в нем основную долю составляют именно те группы признаков, которые традиционно входят в круг интересов медицинской статистики. Вне этого привычного круга находится лишь показатель самооценки населением состояния своего здоровья. Многие собственно социальные и медико-социологические характеристики общественного здоровья упущены или оказываются в тени, поэтому необходима их актуализация в социальной статистике, отвечающая ее предмету и научно-практическому предназначению.

Неразвитость показателей социальной статистики общественного здоровья — лишь один из признаков недостаточности достигнутого состояния научной отрасли, ее методологической незрелости. Соответственно, теоретическая и практическая отдача социальной статистики общественного здоровья как научной отрасли на данном этапе ее развития не может удовлетворить исследователей, руководителей органов и учреждений здравоохранения, практических врачей.

На нынешней стадии развития социальной статистики общественного здоровья предстоит определить прежде всего ее принципы и концептуальные подходы, заложить традиции социальной статистики как межотраслевой научной дисциплины. Недооценивать такую методологическую и организационно-научную задачу, лежащую, как может показаться, вдалеке от приоритетов медицинской науки, весьма опасно. В чем проявляется подобная опасность?

Во-первых, общее отставание социальной статистики общественного здоровья или частные пробелы в социально-статистическом освещении проблем здравоохранения не позволяют в должной мере реализовать ее возможности в информационном обеспечении процессов управления здравоохранением, выработке государственной политики охраны здоровья населения.

Во-вторых, такое отставание серьезно затрудняет научную и практическую реализацию социально-системной концепции здравоохранения, воплощающую научные представления о социальной обусловленности и социальной структуре общественного здоровья.

В-третьих, пока социальная статистика общественного здоровья не вступила в стадию своей полноценной институционализации, а также самовыражения в качестве научной дисциплины (с ясными методологическими основами, соответствующими научно-методическими стандартами, системой подготовки и переподготовки кадров для информационно-аналитических служб здравоохранения), большинство научных разработок останутся невостребованными.

Ситуация с социальной статистикой общественного здоровья аналогична проблеме оснащения системы здравоохранения современными информационными технологиями. До тех пор, пока эти технологии не будут адаптированы к особенностям отрасли и не будут реализованы в образовательных программах подготовки и переподготовки кадров, установка сотни тысяч компьютеров в учреждениях и органах управления здравоохранением не решит проблему информатизации отрасли. Такая же судьба, вероятно, ожидает и социальную статистику общественного здоровья. Тем важнее целенаправленные усилия и координация в развитии этой научной отрасли.

Общие контуры социально-системной концепции здравоохранения были нами опубликованы ранее и, безусловно, требуют дальнейшей детализации<sup>1</sup>. Но даже в этих общих контурах разработанная нами концепция уточняет базовые понятия и перечень объектов в медико-социологическом анализе общественного здоровья.

Социально-статистические характеристики самой системы здравоохранения являются более открытыми и доступными для сбора и анализа данных. Это подтверждается тем, что при наличии должной политической воли и ресурсов (как это произошло в Новгородской области) удалось сравнительно быстро, за три-четыре года сформировать современную социально-статистическую базу, характеризующую региональную систему здравоохранения, добиться достаточно полного представления о болевых точках отрасли, тенденциях развития, ее социальном и профессиональном потенциале.

Но этого нельзя сказать о социально-статистических характеристиках общественного здоровья. Его показатели оказываются часто латентными и труднодоступными. Они предполагают гораздо большие объемы информации, особые требования в отношении репрезентативности формируемых с использованием выборочного метода

<sup>1</sup> Медик В.А., Оситов А.М. Анализ медико-социальной ситуации в регионе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 4. С. 14–18.

баз данных. Так, в предложенной нами ранее модели здравоохранения как социальной системы совокупность факторов, условно обозначенная как ресурсы здоровья, оставалась неразвернутой. Подчеркивая необходимость дальнейшей работы по детализации такой модели, приходится признать и то, что данная задача не выполнима без эффективного развития социально-статистического анализа общественного здоровья, изучения его социальной обусловленности.

Опираясь на оценку состояния социальной статистики общественного здоровья в нашей стране, а также на опыт медико-социологических и статистических исследований, выполненных Новгородским научным центром СЗО РАМН, попытаемся ниже сформулировать основные принципы социально-статистического изучения общественного здоровья:

- адекватность комплекса используемых социально-статистических показателей (параметров) общественного здоровья функционирующей социально-системной модели здравоохранения;
- практическое соответствие комплекса социально-статистических показателей общественного здоровья информационным потребностям развивающейся системы управления здравоохранением;
- внутренняя научно-методическая совместимость формируемых и анализируемых статистических баз данных для целей сравнительного анализа и прогнозирования;
- репрезентативность получаемых показателей выборочного социально-статистического исследования общественного здоровья, стремление к минимизации погрешностей в вырабатываемых оценках.

Сложной проблемой в социальной статистике общественного здоровья было и остается обеспечение достаточно полных и надежных источников статистической информации. Известно, что показатели государственной статистики, формируемые на основе переписей населения, выборочных обследований домохозяйств или отчетности медицинских учреждений, ограничиваются лишь некоторыми, и то далеко не полными признаками демографического статуса (пол, возраст, город, село, территория), и не включают ряд других существенных социальных факторов.

Одним из принципиальных подходов к совершенствованию социальной статистики общественного здоровья является информационно-технологическая интеграция существующих ведомственных баз данных с целью создания и воспроизводства единой персонализированной базы данных о пациентах, достаточно полно харак-

теризующей общественное здоровье. На региональном уровне эта задача может решаться путем интеграции:

- баз данных о заболеваемости по обращаемости (формируемых в учреждениях здравоохранения);
- баз данных территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций;
- баз данных о рождаемости и смертности (формируемых органами ЗАГС и судебно-медицинской экспертизы);
- баз данных об инвалидизации (формируемых органами медико-социальной экспертизы).

Однако такое информационно-техническое решение еще не обеспечивает достаточной полноты и адекватности социальной статистики общественного здоровья. В этом направлении следует стремиться к выработке более эффективной отраслевой системы счетов и внедрению ее в комплекс государственной статистики. Специальная система счетов должна охватить группы существенных социальных факторов общественного здоровья, причем не только статусных (которые обычно широко применяются, как, например, пол или возраст), но также деятельностных и ментальных (социокультурных).

Достаточно убедительным и информативным в процессе проводимых медико-социологических исследований оказалось использование разработанных нами следующих показателей социальной обусловленности общественного здоровья:

- ценностное отношение индивидов (групп, населения) к своему здоровью;
- информированность населения об имеющихся заболеваниях;
- самооценка здоровья (удовлетворенность его состоянием);
- поведенческие стратегии населения в сфере здоровья.

Анализ этих показателей по результатам проведенных региональных выборочных исследований представлен в главе 3.

**Социальная эффективность здравоохранения.** Для анализа функционирования здравоохранения в социальной сфере общественной жизни целесообразными, на наш взгляд, оказались разработка и использование следующих показателей социальной эффективности системы здравоохранения:

- доступность медицинской помощи;
- удовлетворенность населения деятельностью местной системы здравоохранения.

Государства с развитой экономикой ориентируют здравоохранение на предоставление различным социальным группам и слоям населения равного доступа к качественной медицинской помощи в объеме социальных гарантий, предусмотренных законодатель-

ством. В таком случае одним из основных критериев социальной эффективности выступает **показатель доступности медицинской помощи**, который может измеряться с точки зрения реальных временных и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как особой социальной группой) могут служить показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи. Причем это время должно включать в себя не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях медицинских учреждений.

Субъективным, но оттого не менее значимым, индикатором доступности медицинской помощи является **состояние общественного мнения**, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества (населения муниципального района, городского округа, субъекта Федерации) или конкретной социальной группы. Для расчета этого показателя также применимы методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса. В качестве примера приведем фрагмент такой анкеты:

Насколько доступной является для Вас лично качественная и своевременная медицинская помощь?

1. Такая помощь мне вообще недоступна.
2. Такая помощь бывает редко доступной.
3. Такая помощь бывает часто доступной.
4. Такая помощь бывает доступной всегда.
5. Затрудняюсь ответить.

Показатель доступности медицинской помощи целесообразно применять дифференцированно к ее отдельным видам: первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и др. По результатам многолетнего регионального мониторинга медико-социальной ситуации, значение показателя доступности медицинской помощи остается в целом стабильным, но при этом отмечаются различия по ее видам: если доступность первичной медико-санитарной помощи критично оценивает лишь каждый девятый взрослый, то о затруднениях в отношении доступности специализированной помощи говорит каждый третий взрослый.

Общим эмпирическим индикатором социальной эффективности здравоохранения является индекс **удовлетворенности населения дея-**

**тельностью местной системы здравоохранения.** Измерение удовлетворенности населения (равно как и отдельных социальных групп) широко применяется в медико-социологических исследованиях, и его результаты бывают весьма важными для управления системой здравоохранения.

Оценка общей удовлетворенности деятельностью местной системы здравоохранения также может опираться на методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса. Ниже приводится фрагмент анкеты для расчета этого показателя:

Удовлетворены ли Вы в целом тем, как действует местная система здравоохранения?

- а. Да, вполне
- б. Скорее, да.
- в. Затрудняюсь ответить.
- г. Скорее, нет.
- д. Совсем нет.

Обработка этих данных позволяет вскрыть реальный баланс в оценке населением деятельности местной системы здравоохранения. В частности, может быть установлено соотношение позитивных и негативных оценок в разных социальных группах населения и сопутствующие этим оценкам социальные обстоятельства (благополучие, уровень образования, ценностное отношение индивидов к своему здоровью и др.).

Значения индекса удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения варьируют от 0 до 100. По результатам медико-социального мониторинга на примере Новгородской области этот показатель составил 49,0.

Вывод об использовании именно этих индикаторов опирается на многолетний опыт медико-социологического изучения общественного здоровья, полученный в ряде регионов России. В отношении этих показателей необходима выработка эмпирически фиксируемых пороговых значений, которые выполняли бы роль критериев в оценке процессов и состояния общественного здоровья.

Конкретные примеры использования этих показателей при проведении медико-социологического анализа здравоохранения будут рассмотрены в главах 3 и 4.

В заключение следует отметить, что нынешнее состояние социальной статистики общественного здоровья и здравоохранения пока весьма далеко от желаемого. Приведенные выше замечания методологического плана не исчерпывают всего круга важных вопросов данной

отрасли знания, а указывают на необходимость дополнительных усилий по ее развитию.

Желательно, чтобы специалисты в области общественного здоровья и здравоохранения, социологи, математики внесли свой вклад в институционализацию этой важной и перспективной научно-прикладной отрасли знаний, а также в определение основных научных направлений социально-статистического анализа общественного здоровья. В этом отношении нельзя недооценивать ведущую координирующую и методологическую роль академической медицинской науки, а также ориентацию социальной статистики здоровья на запросы практического здравоохранения.

## Глава 3. СОЦИАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

### 3.1. ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ АНАЛИЗА СОЦИАЛЬНОЙ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

#### 3.1.1. Самооценка как источник информации о здоровье

В основе поведения человека в сфере здоровья лежат разноплановые, порой конфликтные потребности. Как справедливо отмечает И.В. Журавлева, здоровье оказывается под влиянием многих видов деятельности и мотивов, напрямую не связанных с его ценностью. Высказана важная в научном и прикладном отношении гипотеза: поведение в сфере здоровья имеет более устойчивый характер в сравнении с моделями поведения, в основе которых лежит только сознательная мотивация индивидов<sup>1</sup>. Это утверждение, по нашему мнению, справедливо и применительно к феномену общественного здоровья, заслуживая внимания в его социологическом изучении.

Объяснение приведенной выше гипотезы заключается в том, что в самосохранительном поведении людей на индивидуальном и групповом уровнях реализуются механизмы как сознательной, так и бессознательной мотивации. Однако доминирующими являются целый ряд социальных (институциональных, нормативных, социально-организационных, мотивационных, ресурсных, управленческих и др.) факторов, в разной степени отражающихся в сознании. По-разному преломляясь в сознании, все социальные факторы, как правило, проявляются во взаимосвязи — в своей объективной и субъективной взаимообусловленности.

В ряду социальных факторов общественного и индивидуального здоровья особое место занимает мотивация поведения людей в сфере здоровья. В феномене мотивации своеобразно представлена и результируется на личностном уровне вся гамма слагаемых социальной обусловленности здоровья. Поэтому в раскрытии этой обусловленности совершенно необходимыми оказываются социологические подходы и методы, позволяющие провести анализ.

Во всех культурах и во все времена традиционный вопрос «Как Ваше здоровье?» порождал важнейшую тему человеческого общения и отношений. Одновременно ответ на подобный вопрос служил

<sup>1</sup> Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. М., 2001. С. 46.

и служит одним из ключевых социальных идентификаторов. Индивидуальные представления о здоровье и общественное мнение о нем, несмотря на их противоречивость, — важные источники формирования целостного комплекса социально-медицинской и социологической информации. Самооценка здоровья, при корректном определении ее детерминант, может служить важным индикатором состояния и динамики здоровья населения в дополнение к данным объективных медицинских исследований.

Отечественные научные публикации по проблеме самооценки здоровья малочисленны, к тому же имеют фрагментарный характер, говорящий о начальной стадии исследования этого социального феномена<sup>1</sup>. Пока в недостаточной степени осмыслены проблемы доверительного потенциала самооценок здоровья, их социально-психологической природы, типологии и механизмов формирования. Подчас самооценка здоровья смешивается с оценкой текущего самочувствия, что, на наш взгляд, не вполне корректно. Вряд ли можно согласиться с Е.В. Дмитриевой в том, что «вопросы собственной оценки здоровья достаточно часто используются в отечественных исследованиях»<sup>2</sup>.

Большинство авторов научных публикаций, к сожалению, оставляет без комментариев теоретические и научно-методические проблемы изучения самооценок здоровья, а также вытекающие из них вопросы социально-практического и профессионального (врачебного) отношения к ним. Хотя именно на самооценку здоровья, скорее всего, «замкнут» личностный механизм и стратегия самосохранительного поведения, которые и составляют одну из центральных проблем медико-социологического анализа.

Авторы, прибегающие к описанию или анализу самооценок здоровья населения, в лучшем случае лишь констатируют структуру самооценок в популяции или сравнивают данные различных исследований, что само по себе представляется интересным в научном плане. Однако при некритическом восприятии используемой в них методологии и измерительных процедур, такие исследования могут вызывать серьезные сомнения. В частности, в плане дифференциации самооценок здоровья мужчин и женщин, поселенческих, возрастных

<sup>1</sup> Артюхов И.П., Сенченко А.Ю., Смоленская Е.Д., Мелехов А.А. Результаты изучения самооценки здоровья и факторов, влияющих на нее // Социология медицины. 2003. № 1(2). С. 36–40; Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. С. 118–119; Шилова Л.С., Копнина О.С. Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин // Отношение населения к здоровью. М.: Институт социологии РАН, 1993.

<sup>2</sup> Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., 2002. — С. 119.

и образовательных слоев населения, наконец, в плане роли или релевантности самооценки здоровья как источника информации в научном исследовании, в профессиональной медицинской практике (диагностике, сборе анамнеза и т.п.).

В отношении самооценки здоровья как индикатора в медицинской практике существует по крайней мере два противоположных подхода, хорошо знакомых врачам и пациентам.

Один из них подразумевает придание самооценке здоровья некой (правда, не всегда достаточно определенной) информационной самооценности, что граничит, по сути, с выражением не критического доверия таким самооценкам.

Второй подход предполагает, опять-таки не вполне обоснованно, недоверие в отношении самооценок здоровья, когда авторы отказывают данному индикатору в какой-либо эвристической ценности при анализе индивидуального или общественного здоровья и игнорируют самооценки как субъективные проявления.

Категориальный и теоретико-прикладной анализ самооценок здоровья в современной российской научной литературе до последнего времени, к сожалению, не получал достаточного внимания. В научных изданиях не возникало дискуссии по поводу культурной обусловленности или психологической природы самооценок здоровья, выработки или научно-методической апробации надежных эмпирических индикаторов, применимых для выявления динамики самооценок здоровья населения в масштабе страны, регионов, во времени или по отдельным группам населения.

Но именно с медико-социологической точки зрения такая динамика представляет особый интерес, поскольку она выступает отражением социокультурных изменений, в том числе в сфере санитарно-гигиенического образования населения. Данные об этой динамике, вероятно, могут послужить полезным материалом для объяснения масштабов распространения определенных практик и стратегий самосохранительной деятельности, при нарастающей толерантности определенных групп населения к ситуациям риска в сфере здоровья, которые приобретают в последнее десятилетие в России все более тревожный характер.

Если же рассматривать современную систему здравоохранения как социально-медицинский комплекс, включенный в общий контекст социальной политики, то самооценка здоровья приобретает особый смысл. Она отражает субъектную характеристику индивидов и групп, их удовлетворенность условиями жизни, определенный качественный результат социальной политики, а не только текущее

самочувствие. В литературе уже высказывалось замечание социологов о том, что для большинства населения самооценка здоровья нередко сводится к выражению текущего самочувствия, отождествляется с ним<sup>1</sup>.

Самочувствие — такая категория, в которой здоровье отражается восприятием самооценки личности. Но субъективный характер самооценки вовсе не снижает ее важности для изучения социальных параметров здоровья. Самочувствие — индивидуально обобщенная (не дифференцированная) оценка психофизиологического состояния человека, преломляемая через его волевые качества и мировосприятие. В таком контексте здоровье чаще всего оценивается лишь через призму испытываемых пациентом физических страданий. Оно является фактором поведения и ценностного отношения индивида к собственному здоровью, составляя предпосылку повседневной жизненной активности людей, что красноречиво представлено в следующем глубинном интервью.

Пенсионерка, 68 лет, живет в городе, вдова, инвалид (III группа по общему заболеванию). Диагнозы: деформирующий артроз коленных и голеностопных суставов, ИБС 2 степени, гипертония 2 степени, ожирение 3 степени.

«Здоровье имеет для меня большое значение, но на первом месте у меня дочь и внученька. А здоровье важно только потому, что больно. Если бы это не давало о себе знать, так я бы об этом и не думала. Я же не могу куда-то лишний раз сходить, что-то поделать. Нога-то как огнем горит, как будто нарывает внутри...»

Обобщенный характер самочувствия проявляется в том, что его оценка выступает, как правило, в единичной форме (от «плохо» до «отлично»), целиком экстраполируясь на психическое и физическое состояние индивида. Основанием критической самооценки обычно выступает испытываемая боль или субъективно воспринимаемая тревожность в связи с состоянием конкретных органов или систем организма. Точное знание или незнание диагнозов своих заболеваний напрямую на самооценку не влияет.

Мужчина, 35 лет, образование высшее, руководитель фирмы в сфере компьютерных технологий, горожанин, женат.

«Состояние здоровья сейчас считаю удовлетворительным... Первое, это позвоночник, у меня постоянные боли ... просыпаюсь от этого ночью. Надо идти к мануалу, но просто некогда физически. Второе, и это связано с работой, это — хронический недосып. Просто некогда заниматься этим, некогда... И не то, что денег нет, просто некогда. Официальные диагнозы точно не знаю».

<sup>1</sup> Журавлева И.В. Самооценка здоровья и факторы, влияющие на него // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни / Отв. ред. И.В. Журавлева. М.: Институт социологии РАН, 1993.

Личностная окрашенность самочувствия обусловлена типом мироощущения (оптимистическое, реалистическое, пессимистическое), самооценкой (завышенная, адекватная, заниженная), волевыми качествами и др. Примером служит выявленная в глубинном интервью городского респондента самооценка здоровья, где определенно звучит уверенность, что высокий социально-экономический статус поможет решить будущие проблемы здоровья.

Женщина, 38 лет, высшее образование, горожанка, работает заместителем директора компании, замужем.

«Наверно, пока не задумываюсь — проблем вроде нет... Я понимаю, что к моему возрасту уже должно что-то быть, и иногда какие-то симптомы есть — то там колет, то там... Потому что, знаете, всеобщее мнение — пока до врача не дошел, то вроде, как и болезней у тебя нет... Если надо будет, то я буду обращаться в какие-то платные медицинские центры, не государственные. Потому что в наши поликлиники в силу очередей, невозможности записаться к врачу, и когда вокруг серые унылые стены, бабушки со своими проблемами, которые туда ходят регулярно как на работу — это уже не мой вариант».

Впрочем, такая обусловленность самочувствия может быть предметом отдельного психологического изучения и в данной работе специально не затрагивается. Субъективный характер самочувствия дает повод для постановки ряда научно-методических и практических вопросов: Насколько обоснованы различные средства социологического измерения самочувствия? Каковы основные социальные детерминанты самочувствия? Каковы индивидуальные последствия и типичные ролевые модели поведения индивида в тех или иных вариантах самочувствия?

Ответ на первый вопрос предполагает более строгое междисциплинарное определение категории «самочувствие», позволяющее перевести его из обывденного языка в научный. На этой основе возможна разработка адекватного комплекса эмпирических индикаторов и процедур его изучения.

Однако при этом нужно учитывать ту широкую интерпретацию категории «здоровье», к которой пришло международное медицинское сообщество: здоровье — это психическое, физическое и социальное благополучие человека. Общая социологическая трактовка «самочувствия» должна вобрать в себя три эти сущностные характеристики, а для его измерения, применительно к отдельным социальным группам, могут потребоваться особые научно-методические средства, инструментарий и процедуры.

Проведенное в Новгородской области медико-социологическое исследование показало, что типичное восприятие вопроса о само-

оценке здоровья сильно различается у представителей отдельных социальных групп, носителей разных субкультур. Для одних групп такой вопрос в повседневной жизни вообще не существует, как, например, в ситуации болезни у детей и у большей части молодежи. Для других этот же вопрос воспринимается в узкофункциональном смысле (спортсмены), для третьих (бизнесмены, пенсионеры) может, напротив, выдвигаться на передний план жизненных ценностей. Это должно учитываться в подходах и методах измерения самочувствия.

С учетом того, что субъективное восприятие проблем здоровья имеет сложную социальную и психологическую природу, в исследовании самооценок здоровья нами применялась следующая серия индикаторов, отражающая характерные основные грани этого восприятия:

- ценностные — удовлетворенность и обеспокоенность субъекта состоянием собственного здоровья;
- фактуальные — информация об образе жизни, о наличии определенных диагнозов заболеваний и симптомов, о частоте обращений к врачу и т.п.;
- аналитические — мотивированная оценка собственного здоровья и поведенческих практик в ситуациях, связанных с сохранением или риском здоровья;
- стратификационные — самоидентификация индивида по вертикальной шкале здоровья, которая отчасти характеризует ценностное отношение к здоровью и отражает регулирующее воздействие общественного мнения на самосохранительное поведение человека<sup>1</sup>.

Методы стандартизированного опроса разных групп и слоев населения (возрастных, поселенческих, профессиональных и др.) при обеспеченной репрезентативности выборочных совокупностей дают возможность анализа самооценок здоровья населения как на уровне популяции, так и на уровне отдельных социальных групп.

Одним из ключевых психологических отражений самооценки здоровья, подтверждающим ее субъективную детерминацию, является тревожность по поводу своего здоровья. Применение для ее измерения **индекса тревожности по поводу своего здоровья**<sup>2</sup>, варьирующего от 1 до 0, указывает на близкую связь с показателем самооценки здоровья. В рамках принятой шкалы самооценки этот индекс

<sup>1</sup> В инструментарии в отношении основных изучаемых характеристик применены правило воронки, контрольные вопросы и другие средства для уточнения данных и повышения их надежности.

<sup>2</sup> Значения индекса варьируют от 0 (беспокойства не бывает) до 1,0 (беспокойство бывает постоянно), промежуточные градации частотной шкалы «часто» и «редко» приняты соответственно за 0,67 и 0,33.

с почти пропорциональной точностью следует за динамикой самооценки здоровья (табл. 4).

Таблица 4

**Взаимосвязь самооценки здоровья и индекса тревожности по поводу своего здоровья**

№ п/п	Самооценка здоровья	Индекс тревожности по поводу своего здоровья
1	Очень плохое	0,97
2	Плохое	0,87
3	Удовлетворительное	0,52
4	Хорошее	0,25
5	Очень хорошее	0,19

Но статистическое сопряжение самооценки здоровья и индекса тревожности вновь указывает на противоречивость самооценки здоровья, прежде всего в ее наименее определенном секторе, лежащем в границах распространенного суждения «здоровье удовлетворительное». Распространенность подобной самооценки ни в коем случае не должна порождать впечатления о благополучии в сфере общественного здоровья, особенно на популяционном уровне.

Немногим менее половины такой самооценки здоровья (43%) сочетается с частым или постоянным беспокойством респондентов по поводу своего здоровья, а это не позволяет принимать ее как положительную (табл. 5).

Таблица 5

**Взаимосвязь показателей тревожности по поводу своего здоровья и самооценки здоровья, %**

№ п/п	Самооценка здоровья	Варианты ответов взрослых на вопрос: «Часто ли у Вас бывает беспокойство по поводу здоровья?»			
		Никогда	Редко	Часто	Постоянно
1	Очень плохое	—	—	9,6	90,4
2	Плохое	0,3	2,9	33,0	63,8
3	Удовлетворительное	5,9	50,8	29,7	13,4
4	Хорошее	32,4	62,1	4,0	1,5
5	Очень хорошее	62,5	25,0	4,2	8,3

Обратная тенденция проявляется во взаимосвязи между уровнем тревожности по поводу своего здоровья, с одной стороны, и степенью зависимости пациента от психоактивных веществ (ПАВ),

в частности активности табакокурения, — с другой. Она показана в табл. 6.

Таблица 6

**Зависимость индекса тревожности от активности табакокурения и частоты употребления алкогольных напитков**

№ п/п	Активность употребления ПАВ	Индекс тревожности
<i>Табакокурение</i>		
1	Не курят	0,52
2	Курят несколько сигарет в день	0,47
3	Курят около 10 сигарет в день	0,42
4	Курят около пачки сигарет в день	0,39
<i>Употребление алкогольных напитков</i>		
5	Не употребляют алкогольные напитки	0,53
6	Употребляют несколько раз в год	0,51
7	Употребляют по праздникам	0,48
8	Употребляют по выходным	0,45
9	Употребляют ежедневно	0,37

В материалах данного исследования подтверждается замеченная в предыдущих научных работах ситуация: зависимость от психоактивных веществ в существенной мере притупляет социально значимые стороны восприятия пациентом как собственного состояния, так и условий окружающей социокультурной среды<sup>1</sup>.

Более общим планом самооценки здоровья, тесно сопряженным с областью социальной самоидентификации и мотивации поведения в сфере здоровья, выступает субъективное самоопределение на фоне некоторой суммы стереотипных (и, возможно, непостоянных в этом своем качестве) признаков здорового человека, закрепленных в общественном сознании. Этот план в стандартизированном интервью удалось фиксировать с помощью вопроса: «Согласны ли Вы с утверждением “Я — здоровый человек”?». Данные опроса свидетельствуют, что самооценка здоровья и самоидентификация по признакам здорового человека в значительной степени расходятся, не совпадают. Это заставляет рассматривать два названных индикатора в научно-методическом и практическом отношении в качестве самостоятельных характеристик общественного сознания в сфере здоровья.

<sup>1</sup> Медик В.А., Осипов А.М. Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. М., 2003. С. 138–142.

На основе сопряжения данных параметров (самооценки и самоидентификации) в репрезентативной выборке взрослых выделяются пять социально-психологических категорий (табл. 7):

а) не относят себя к числу здоровых людей, однако в целом удовлетворены своим здоровьем (около 33%);

б) не располагают положительным или отрицательным мнением по поводу отнесения себя к числу здоровых людей, при этом в целом чаще удовлетворены своим здоровьем (около 26%);

в) относят себя к числу здоровых людей и в целом удовлетворены своим здоровьем (около 17%);

г) не относят себя к числу здоровых людей и в целом не удовлетворены своим здоровьем (около 16%);

д) затрудняются при отнесении себя к здоровым людям и в целом не удовлетворены своим здоровьем (около 0,7%).

Таблица 7

**Взаимосвязь самооценки здоровья с самоидентификацией по признакам здорового человека, %**

№ п/п	Варианты ответов на вопрос: «Согласны ли Вы с утверждением “Я — здоровый человек”?»	Самооценка здоровья				
		Очень плохое	Плохое	Удовлетворительное	Хорошее	Отличное
1	Не дали ответа	1,0	5,9	11,8	0,7	0,05
2	Затрудняюсь ответить	0,07	0,6	11,7	1,4	0,07
3	Да	0,02	0,3	9,1	7,6	0,4
4	Нет	1,8	14,6	31,7	1,3	0,05

Исчерпывающая верификация этих характеристик возможна лишь при сравнении их с данными объективных обследований. Естественно предположить, что на уровне индивидуального сознания, при достаточных основаниях, должна существовать логическая связь между самооценкой здоровья и самоидентификацией на фоне здорового человека, которая, в свою очередь, лежит в основе повседневных поведенческих стратегий индивидов. Но и в рамках обозначенных выше типов заметна взаимная противоречивость существующих самооценок и стереотипов самоидентификации (типы а, б и д). Она указывает на нарушения такой логической связи и, соответственно, на целесообразность ее углубленного изучения на уровне медицинской психологии.

Дополнительным фактором, влияющим на динамику самооценки здоровья пациентами, является их информированность об име-

ющихся заболеваниях. Корреляционный анализ связи между самооценкой здоровья и информированностью о заболеваниях, проведенный по отдельным возрастным группам населения, свидетельствует о заметном ослаблении данной связи в группе 30–50-летних. Информированность об имеющихся заболеваниях в данных возрастных интервалах, судя по материалам стандартизированного опроса, не ведет к соответствующей коррекции в самооценке здоровья. Значения коэффициента Пирсона в отношении самооценки здоровья и количества имеющихся заболеваний по возрастным группам в десятилетних интервалах (20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70 лет и старше) равны соответственно 0,56; 0,49; 0,30; 0,56; 0,65; 0,63, что говорит об отсутствии стабильной взаимной связи между данными признаками.

Существенным фактором самооценок здоровья оказывается социальное самочувствие, такой его аспект, как уровень материального благосостояния индивидов и групп. Поскольку обе эти характеристики представлены в ранжированном виде, можно воспользоваться коэффициентом корреляции Пирсона применительно к паре: самооценка здоровья и уровень благосостояния с опорой на персонафицированную региональную базу данных. Значения этого коэффициента для данной пары признаков во всех демографических группах превышает 0,5. Чем выше благосостояние респондентов, тем в целом выше их самооценка здоровья. Так, в массиве респондентов с низким (ниже среднего) уровнем благосостояния отрицательная самооценка здоровья свойственна 42,4%, в массиве со средним уровнем благосостояния — 18,1%, в массиве с благосостоянием выше среднего — лишь 8,6%. Положительная самооценка здоровья («хорошее» и «отличное») в упомянутых массивах составляет соответственно 4,2; 8,3 и 22,2%.

Чем старше возраст группы, тем в целом слабее отмеченная выше зависимость самооценки здоровья от уровня благосостояния — эти оценки выравниваются у разных экономических слоев, сглаживая различия между состоятельными и остро нуждающимися. Постепенное ухудшение здоровья, объективно связанное с возрастом, приводит к относительному снижению влияния социальных факторов самооценки (стереотипов, социального самочувствия и др.).

Попытка рассмотреть данную зависимость в массиве молодежи (20–29 лет) показала, что чем больше молодой пациент знает о своих заболеваниях, тем сильнее оказывается корреляция самооценки собственного здоровья с уровнем благосостояния. В массиве пациентов данного возраста, сообщивших о наличии лишь одного заболевания, статистическая связь между благосостоянием и самооценкой здо-

ровья практически отсутствует. При относительно худшем состоянии здоровья (при двух и более сообщенных пациентом хронических заболеваниях) влияние благосостояния на самооценку здоровья резко усиливается. В группах пациентов 20–29 лет, сообщивших при опросе о наличии у них 1, 2 и 3 заболеваний, значения коэффициент корреляции Пирсона применительно к взаимосвязи двух признаков — самооценки здоровья и уровня материального благосостояния — оказались соответственно равны 0,28; 0,55 и 0,61.

В материалах репрезентативного стандартизованного опроса определенно прослеживается статистическая связь между информированностью об имеющихся заболеваниях и самооценкой здоровья. Динамика этой связи по возрастным группам пациентов, представленная в табл. 8, указывает на средние пороговые значения такой информированности, соответствующие качественно разным самооценкам.

Таблица 8

**Взаимосвязь информированности населения об имеющихся заболеваниях и самооценкой здоровья по возрастным группам**

№ п/п	Возрастные группы пациентов, лет	Самооценка здоровья, %				
		Очень плохое	Плохое	Удовлетворительное	Хорошее	Отличное
1	20–29	сн	2,3	1,2	0,6	—
2	30–39	сн	2,9	1,4	0,7	сн
3	40–49	2,7	2,8	1,8	0,7	сн
4	50–59	3,5	3,4	2,0	1,1	сн
5	60–69	3,8	3,5	2,5	1,3	—
6	70 и старше	3,6	2,6	2,7	1,7	—
7	Весь массив	3,4	3,0	1,8	0,7	сн

Условное обозначение: сн — статистически не значимо.

Данные табл. 8 показывают динамику жизненных притязаний с точки зрения того количества имеющихся заболеваний, известных пациентам, при котором они считают свое здоровье удовлетворительным или хорошим. Так, пороговая величина среднего количества имеющихся заболеваний, при котором формируется самая массовая самооценка здоровья («здоровье удовлетворительное»), непрерывно возрастает от 1,2% в группе 20–29-летних до 2,7% в группе пациентов старше 70 лет.

**Самооценка здоровья мужчинами и женщинами.** Для характеристики гендерных различий рассмотрим общую структуру самооценок здоровья на фоне мужской и женской субпопуляций старше 18 лет (табл. 9).

Таблица 9

**Структура самооценок здоровья мужчин и женщин, %**

Пол	Варианты самооценок здоровья						Всего
	Отличное	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	Затруд. ответить	
Мужчины	0,8	13,8	60,7	13,1	1,4	10,2	100,0
Женщины	0,3	6,7	53,8	22,9	3,4	12,9	100,0

Итак, самооценки здоровья, данные мужчинами и женщинами, оказываются взаимно противоположными. Среди мужчин вдвое меньше носителей отрицательной самооценки и, соответственно, вдвое больше носителей положительной, при сравнительно близких долях оценки «удовлетворительно» и затруднившихся.

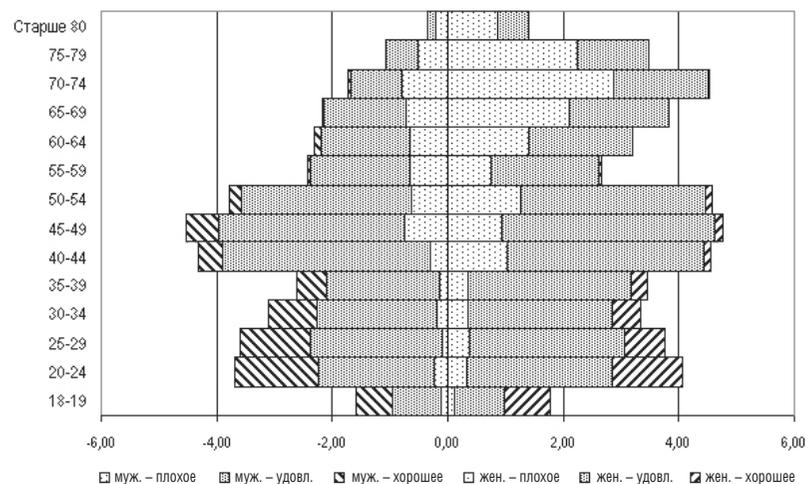
Зафиксированная в табл. 9 структура самооценок представляется принципиально важной, поскольку отражает гендерные и половые особенности мужчин и женщин в сфере здоровья. Женщинам свойственна сравнительно большая тревожность и сомнения в отношении собственного здоровья. Приведенные данные, полученные нами на основе репрезентативной региональной выборки, расходятся с опубликованными ранее выводами других исследователей. Так, по данным Л.С. Шиловой и О.С. Копиной, у женщин отмечается более высокая самооценка здоровья: самооценка «здоровье хорошее» присутствует 28% мужчин и 72% женщин, «здоровье удовлетворительное» — соответственно 42 и 58, оценка «здоровье плохое» — 58 и 42<sup>1</sup>.

Отмеченная разница в выводах, возможно, связана со своеобразием структуры обследованной совокупности (возрастно-половым составом, культурной или ситуативной спецификой), а также различием в используемом статистическом инструментарии.

Для проверки и уточнения гендерной динамики проанализируем структуру самооценок здоровья на фоне возрастно-половой пирамиды взрослого населения региона, с учетом отражающихся в ней циклов воспроизводства популяции и реальных пропорций возрастно-половых групп (рис. 4). В этой структуре проявляются качественно различные социально-возрастные и гендерные фазы (ареалы) удовле-

<sup>1</sup> Шилова Л.С., Копина О.С. Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин // Отношение населения к здоровью. М.: Институт социологии РАН, 1993.

творности здоровьем и динамики самооценки здоровья в различных возрастных и половых группах региональной популяции.



**Рис. 4.** Распределение самооценок здоровья на фоне возрастно-половой пирамиды взрослого населения Новгородской области, %

Обращает на себя внимание прежде всего сравнительно большая распространенность отрицательной самооценки здоровья среди женщин, а также то, что такая оценка достигает паритета и доминирует в общей структуре женских когорт старше 60 лет.

В целом женщинам в большей степени, чем мужчинам, свойственна способность к обоснованной критической самооценке здоровья, что, вероятно, обусловлено сравнительно более частым характером обращений к медицинской помощи и более выраженным ценностным отношением к своему здоровью. Это особенно свойственно женщинам фертильного возраста, в анализируемой базе данных — до 35–40 лет. Весьма типичный пример этой отличающей женщин способности к обоснованной самооценке здоровья дает приведенный ниже фрагмент одного из глубинных интервью.

Женщина, 30 лет, замужем, образование высшее, работает, проживает с мужем и двухлетним ребенком вместе с родителями в городской квартире.

«Свое здоровье оцениваю на 4 по 5-балльной шкале. Проблемы есть, но они ... не такие, что нужно срочно обращаться за медицинской помощью... Свои диагнозы знаю. Вообще до беременности ... я очень даже следила за своим здоровьем. Во время беременности я полностью обследовалась и все диагнозы поставлены тогда. Я на 90% уверена, что новых болячек с тех пор не прибавилось...».

Отрицательная самооценка здоровья не доминирует ни в одной из когорт мужской субпопуляции (за исключением старше 80 лет). В них повсеместно преобладают низкодифференцированные, расплывчатые самооценки, выраженные понятием «здоровье нормальное», «удовлетворительное здоровье» и т.п. Характерная самооценка здоровья мужчины, доминирующая в мужской субпопуляции вплоть до самого преклонного возраста, приводится ниже во фрагменте глубинного интервью с пациентом — носителем целого «букета» патологий.

Мужчина, 69 лет, на пенсии, проживает с супругой в дачном массиве в 9 км от города, ведет подсобное хозяйство.

«Мое здоровье... Не знаю, как сравнивать... Ну, вроде, нормально. Ну, удовлетворительное, что ли. Бывает уже и плоховато с сердечком, с ногами там, с глазами, вот. Руки много болят, но потому, что много кошу сена, от труда. В общем-то, я и не знаю, чего у меня и как, откуда ж я знаю...».

Контрастным, по сравнению с приведенным выше, и типичным отражением более высокой тревожности по поводу здоровья в женской субпопуляции служит фрагмент глубинного интервью с пациентом-женщиной.

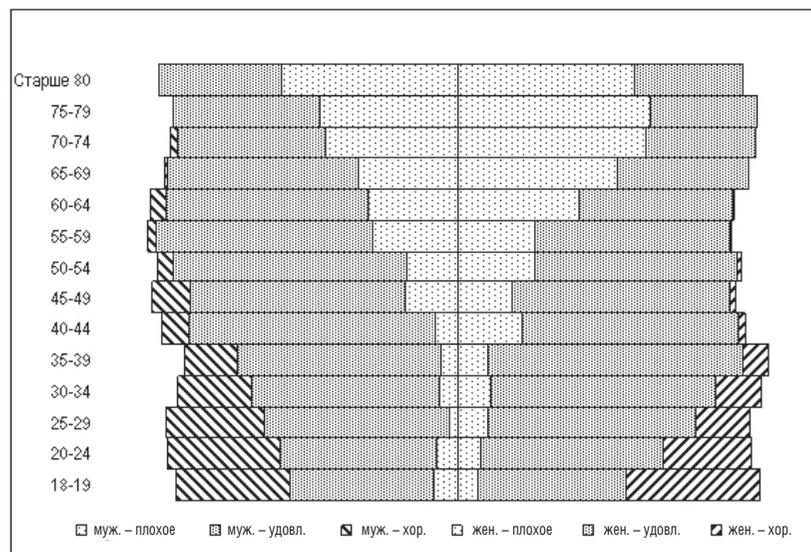
Женщина, 68 лет, вдова, на пенсии, инвалид — III группа 2-я степень (по общему заболеванию), проживает в отдельной однокомнатной квартире, горожанка.

«Здоровье у меня — никудашное. Можно сказать, плохое здоровье. День на день, конечно, не приходится, но вообще — плохое».

Рисунок 5 показывает общую динамику самооценок здоровья в возрастных группах взрослых мужчин и женщин (левая сторона гистограммы — мужчины, правая сторона — женщины)<sup>1</sup>. На первый взгляд, общая картина распределения самооценок представляется в целом симметричной, однако при более детальном рассмотрении обнаруживаются определенные различия, требующие объяснения.

Одно из основных различий состоит в том, что темп сокращения положительных оценок между пятилетними когортами и, соответственно, нарастания отрицательных оценок здоровья оказывается среди женщин вдвое выше, чем среди мужчин. Этот темп в женской популяции приводит к сокращению в среднем вдвое положительной оценки за каждые 10 лет и приводит к практическому исчезновению положительной самооценки за чертой 54 года. В мужской популяции такое сокращение в среднем составляет около 10–15 процентных значений за каждый 10 лет и ведет к исчезновению положительной оценки лишь за чертой 74-летнего возраста.

<sup>1</sup> За 100% взята каждая из представленных в таблице возрастно-половых категорий.



**Рис. 5.** Самооценка здоровья среди мужчин и женщин по возрастным группам

Устойчивое нарастание отрицательных самооценок здоровья среди взрослых женщин начинается практически с 20-летнего возраста, в то время как среди мужчин — лишь с предпенсионного возраста (50–55 лет). Этот тип самооценки среди мужчин даже имеет тенденцию к сокращению в возрастном интервале 20–39 лет и утверждается лишь с его превышением. Суммарно число женщин, отрицательно оценивающих свое здоровье, вдвое превышает аналогичное число мужчин в популяции.

Представляет интерес и динамика массового вида самооценки здоровья, выражаемого понятием «удовлетворительное». Противоречивость такой самооценки в научно-методическом плане ранее уже отмечалась в медико-социологических исследованиях<sup>1</sup>. Данный вид самооценки, судя по динамике на приведенном рисунке, нарастает с почти одинаковым темпом (8–10% за каждые пять лет), и доля почти удваивается среди мужчин и женщин в возрастном интервале 18–55 лет, достигая 70–80% в структуре самооценок. Затем доля оценки «удовлетворительно» постепенно уменьшается, сокращаясь почти вдвое к вершине возрастной пирамиды и уступая ведущее место самооценке «здоровье плохое».

<sup>1</sup> Медик В.А., Осипов А.М. Социологический мониторинг в изучении медико-социальной ситуации в Новгородской области // Медицинский академический журнал. 2006. Т. 6. № 2. С. 102–110.

Общий вывод анализа представленных данных состоит в том, что в мужской популяции критическая самооценка здоровья формируется сравнительно медленнее, отстает от темпов аналогичного процесса в женской популяции и достигает господствующего положения лишь в когортах старше 70 лет.

**Тревожность мужчин и женщин в отношении своего здоровья.** Общепризнанной является присущая женщинам сравнительно более развитая психологическая и социальная эмпатия, в частности их обеспокоенность вопросами здоровья. Причем эта обеспокоенность у женщин касается не только их собственного здоровья, но часто распространяется на ситуации в сфере здоровья других людей (прежде всего детей, родственников, друзей). Материалы репрезентативного опроса в целом подтверждают приведенное выше мнение: женщины по сравнению с мужчинами чаще испытывают беспокойство по поводу своего здоровья. Индекс тревожности, рассчитанный применительно к обследованным популяциям взрослых мужчин и женщин, составляет соответственно 0,49 и 0,63.

Мужчина, 19 лет, не женат, студент, работает, из полной семьи, проживает с родителями.

«Мать говорила, что с рождения ... болел очень много, часто лежал в больнице. В детской карточке у меня было написано — хронический бронхит. Еще легкое искривление позвоночника вроде ставили... Это еще в школе при осмотре сказали. Но, видимо, тогда проболелся, сейчас вообще не болею. Здоровье для меня сейчас далеко не на первом месте, сегодня у меня есть другие, более важные проблемы».

Есть определенное своеобразие в возрастной динамике такой тревожности среди мужчин и женщин (табл. 10). Если среди женщин с увеличением возраста происходит непрерывное нарастание индекса тревожности, то среди мужчин при общем нарастании тревожности характерны отступления от данной тенденции. Они выражаются в некотором снижении тревожности, заметном по крайней мере в двух возрастных группах мужчин — 25–29 и 60–64 лет.

Одним из возможных объяснений относительного снижения тревожности молодых мужчин (25–29 лет) по поводу своего здоровья может служить то, что именно этот возраст совпадает с рождением первенцев в молодых семьях. Кроме того, данный период отмечен активным, часто крайне напряженным поиском мужчинами своего места на рынке труда, приоритетностью вопросов профессионально-трудового самоутверждения и, как следствие, отступлением проблем и рефлексии собственного здоровья на второй план.

Таблица 10

**Возрастно-половые особенности индекса  
тревожности населения по поводу состояния своего здоровья**

Пол	Возрастные группы, лет						
	18–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
Мужчины	0,33	0,35	0,33	0,40	0,39	0,47	0,47
Женщины	0,33	0,44	0,45	0,49	0,53	0,59	0,61
Пол	Возрастные группы, лет						
	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80 и старше
Мужчины	0,51	0,65	0,59	0,68	0,73	0,72	0,81
Женщины	0,64	0,67	0,77	0,79	0,81	0,82	0,86

Возрастной период 60–64 лет, в свою очередь, отмечен для многих мужчин, особенно сочетающих статус пенсионеров с продолжающимся или новым трудоустройством, проблемами профессионально-трудовой реадaptации (нередко в связи с переходом на менее квалифицированные трудовые позиции), конкуренцией с более молодыми работниками. Столкновение с этими проблемами, вероятно, временно притупляют беспокойство по поводу собственного здоровья, которое, однако, с новой силой проявляется уже в возрасте старше 65 лет, хотя и уступает соответствующим характеристикам у женщин в аналогичных возрастах.

В целом сравнительно низкая тревожность мужчин в молодежных и трудоспособных возрастных группах по поводу состояния своего здоровья может рассматриваться в качестве сопутствующего психологического атрибута их специфической гендерной характеристики — приниженного ценностного отношения к здоровью.

Выше были рассмотрены некоторые результаты теоретического и эмпирического анализа самооценки здоровья, особенности ее основных типов и значимые взаимосвязи с рядом социально-экономических и социально-медицинских характеристик населения. Эти результаты могут представлять интерес в плане дальнейшего изучения феномена самооценки здоровья, в том числе в смежных научных дисциплинах, для сравнительного анализа общественного сознания в сфере здоровья, а также в связи с возросшей необходимостью формирования адекватного общественного сознания и эффективных поведенческих стратегий населения в сфере здоровья.

### 3.1.2. Информированность населения о своем здоровье

Информированность населения о состоянии здоровья вообще и заболеваниях в частности — важная сторона медико-социальной ситуации в конкретных сообществах и обществе в целом. Эта норма закреплена в ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1<sup>1</sup>.

Проблема информированности населения об имеющихся заболеваниях может рассматриваться двояко. Во-первых, статистика информированности указывает на масштаб распространения индивидуальной медицинской информации в данном социальном сообществе и в разных социальных группах. Во-вторых, следует ставить вопрос о социальном качестве информированности, ее соотношении с действительными показателями заболеваемости в границах этих же сообществ или групп.

В связи со вторым, качественным, аспектом целесообразно обратиться к категории «уровень информированности», рассматривая его как отношение информации о заболеваниях, известных пациентам, к объективным данным заболеваемости. В таком аспекте уровень информированности служит одним из важных признаков эффективности социально-информационных взаимодействий в сфере здравоохранения, в частности взаимодействий между пациентами и лечебно-профилактическими учреждениями.

Иными словами, уровень информированности населения о заболеваниях показывает, насколько полными оказываются полученные от профессиональных медиков сведения пациентов о собственных заболеваниях, поскольку эти данные служат информационным основанием мотивации и поведения людей в сфере здоровья.

Оптимальной, по-видимому, является такая информированность пациентов о собственных заболеваниях, которая, во-первых, оказывается максимально полной и точной, соответствуя данным объективных обследований, во-вторых, выступает основанием адекватного ценностного отношения индивида к собственному здоровью. В связи с этим закономерно встает вопрос о содержании информации, которой имеет право обладать пациент. Разумеется, она не может ограничиваться лишь названием установленного пациенту заболевания, но должна включать также конструктивные компоненты медицинской информации, необходимые и достаточные для формирования рациональной модели поведения индивида при той или иной болезни.

<sup>1</sup> Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1378.

Кроме того, должна идти речь о серьезной переоценке эффективности тех информационных потоков, которые сегодня воспроизводятся в типичных практиках взаимодействий «врач — пациент» и «медицинское учреждение — пациент». Зачастую они все еще сводятся к чрезмерно лаконичному и обычно сочувственному информированию больного о диагнозе и необходимом лечении. Принципиальным является и то обстоятельство, что практически вся первичная документальная информация о состоянии здоровья, диагностике и лечении пациента в единственном экземпляре хранится в лечебно-профилактическом учреждении, что ограничивает к ней доступ других специалистов и доверенных пациенту лиц (семейного врача, адвоката и др.).

Как воспринимает население такую «врачебную монополию» на информацию, видно из глубинных интервью с пациентами, фрагменты которых приводятся ниже.

Мужчина, 19 лет, студент, работает, горожанин, из полной семьи.

«Знаете, мне никогда не нравились эти массовые осмотры в школах. Они никогда не объясняют, что у меня и что с этим делать. Они [врачи] что-то между собой говорят, записывают, и ничего не объясняют. Если сам только что-то из их разговора услышишь. Если уж что-то совсем страшное найдут, тогда скажут родителям. Мне кажется, что они это как будто все для себя делают, формально... С другой стороны, знаете, людей надо заставлять обследования делать!»

Мужчина, 35 лет, образование высшее, руководитель малой фирмы, горожанин, женат, имеет одного ребенка. Знает о некоторых своих заболеваниях благодаря недавнему случайному знакомству с врачом.

«Официальные диагнозы точно не знаю. Хотя, был в госпитале ..., мы там компьютеры устанавливали, мне мануал там точно сказал — где, что и как... Так, взглянул и сказал, что у меня плавающий позвонок шейного отдела, у меня ведь головокружения... Диагнозы есть, но только на словах... А последний раз обследовался еще в университете, когда ... на военной кафедре на сборы ехали, с нас все тогда собрали. С тех пор — нет. К врачу обращался так, чтобы очки выписать».

Женщина, 38 лет, замужем, высшее образование, горожанка, работает заместителем директора компании.

«Может, так проще... Конечно, врачам виднее, может, когда ... случай не критичный, то зачем, собственно, мучить человека какими-то догадками (*смеется*)».

Если в первом фрагменте — в мнении девятнадцатилетнего юноши — звучит откровенное недовольство отсутствием информации,

получаемой по итогам его недавних медицинских обследований, то во втором фактически признается более чем десятилетний разрыв пациента с системой здравоохранения. Отсюда и отсутствие информации. В третьем фрагменте в речи взрослой женщины уже определенно слышится ирония в отношении знания о состоянии собственного здоровья и имеющихся заболеваниях. Подобная, довольно характерная реакция сродни расхожей мудрости «меньше знаешь — крепче спишь».

Важно обратить внимание на то, что во всех приведенных эпизодах глубинных интервью фигурантами являются представители экономически обеспеченных, профессионально квалифицированных слоев городского населения, которые оказываются лишенными столь нужной им медицинской информации о состоянии собственного здоровья.

Вряд ли в современном правовом государстве и информационном обществе можно оспаривать право пациента на обладание в полном объеме индивидуальной медицинской информацией и целесообразность введения новой системы ее накопления, хранения и распространения. Задача состоит в развитии нового качества потоков медицинской информации — такого, которое соответствовало бы возможностям современных информационных технологий и задачам адресной социальной политики государства в области охраны здоровья граждан.

Инициатива в подобном развитии может и должна исходить прежде всего от самой системы здравоохранения и медицинского сообщества. Предполагается, что в итоге любой взрослый пациент должен быть обеспечен систематически пополняемым комплектом врачебных рекомендаций не только в текстовом (печатном), но и электронном виде. Перспективным путем решения этой проблемы является создание индивидуального «электронного паспорта здоровья». Недооценивать практическую важность усиления индивидуализированных информационных потоков в современном здравоохранении — значит попросту игнорировать активную субъектную роль личности пациента, социальной микросреды его жизнедеятельности в формировании ведущего социального заказа общества к здравоохранению.

Немаловажным обстоятельством предстоящего пересмотра информационных взаимодействий здравоохранения с пациентами станет, вероятно, повышение профессиональной и правовой ответственности медицинского персонала. Это связано с общей тенденцией роста информационного уровня взрослого населения и с тем, что пациенты, вольно или невольно, при открытии для них более пол-

ного доступа к личной медицинской информации, в большей мере будут способны выступать в качестве активного субъекта социального контроля в сфере охраны здоровья. И это в целом лежит в русле интересов повышения эффективности системы здравоохранения и сохранения общественного здоровья.

Частный пример игнорирования сознательного участия пациента в информационном взаимодействии с лечащим врачом содержится во фрагменте глубинного интервью, приведенного ниже.

Женщина, 30 лет, замужем, горожанка, образование высшее, работает.

Выдержка о пребывании в роддоме.

«И вот, вечером приносят таблетки и говорят, мол, это ваша доза. Таблеток было несколько, россыпью, без упаковок... Я всю беременность чувствовала себя хорошо, таблеток не принимала, поэтому смысла в приеме таблеток я не видела. *Но спорить бесполезно, я ощущаю, что ничего спрашивать лучше не надо* [Курсив авт.]. И я их просто в сумочку положила. А дня через три, когда пришло время кесарево делать, была беседа ... с терапевтом. И вот, он [терапевт] как-то очень внимательно на меня смотрит и спрашивает: «А как вы собираетесь воспитывать ребенка?» ... Вопрос как-то поставил в тупик. Я говорю: «Простите, а в связи с чем этот вопрос?». А [терапевт] мне: «А вот у Вас в карточке написано, что Вы состоите на учете в психоневрологическом диспансере». Да! Я ничего не приукрашиваю! ... Но ни на каком учете я никогда не состояла! И тут до меня начинает доходить, что таблетки-то мне давали от буйности! Потом, конечно, выяснили, что диагнозы перепутали, медсестра не в ту карточку данные внесла...».

В этом случае самостоятельное активное поведение пациентки, фактически лишенной необходимой медицинской информации и выключенной из коммуникации с медперсоналом, позволило избежать трагических последствий «бумажной» ошибки.

Выделенные курсивом в этом фрагменте интервью ключевые слова «*Но спорить бесполезно, я ощущаю, что ничего спрашивать лучше не надо*» лишь отражают социальное самочувствие пациентки в учреждении здравоохранения, где пациентам, как правило, отводится пассивная роль объекта медицинского воздействия. Пересмотр такого субъектно-ролевого сценария с очевидностью назрел в российском здравоохранении и назрел давно.

Существенная переориентация информационных потоков системы здравоохранения на индивида, на личность пациента, разумеется, потребует определенных усилий и затрат государства, изменений в инфраструктуре системы здравоохранения, внедрения современных

информационных технологий. Это, в конечном счете, может и должно привести к преодолению в массовом сознании приниженного ценностного отношения к индивидуальному и общественному здоровью, к сокращению социальных стратегий самолечения, а также поможет избежать игнорирования профессиональной медицинской помощи. Безусловно, все это должно сопровождаться комплексом мер, направленных на формирование сознательного отношения граждан к индивидуальному и общественному здоровью как жизненно важному ресурсу.

В комплексном исследовании общественного здоровья населения Новгородской области (2005–2009 гг.) оценка информированности населения об имеющихся заболеваниях осуществлялась на основании статистического анализа репрезентативной персонифицированной базы данных. В процессе ее анализа проводилось сопоставление данных стандартизированных опросов населения (предшествовавших скрининговым клиническим обследованиям пациентов) с данными о заболеваемости по обращаемости, на основании чего рассчитывался уровень информированности пациентов об имеющихся у них заболеваниях.

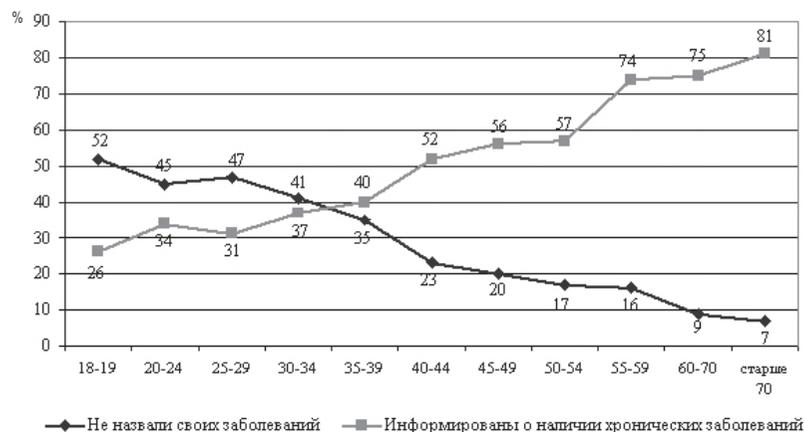
Уровень информированности отдельных социальных групп населения об имеющихся заболеваниях рассчитывался как отношение числа известных пациентам заболеваний к числу заболеваний, установленных при обращении в организации здравоохранения.

Значение рассчитанного таким образом **индекса информированности населения о заболеваниях** варьирует от 0 до 1,0 (или выражаться в процентах) и оказывается существенно разным в социальных (возрастных, поселенческих и профессиональных) группах населения, а также в группах пациентов, страдающих теми или иными заболеваниями.

Информированность населения об имеющихся заболеваниях в сочетании с определенным ценностным отношением индивидов к своему здоровью выступает как личностное основание мотивации и поведения в сфере здоровья.

Анализ этого показателя по результатам проведенных медико-социологических исследований позволяет сделать следующие выводы:

- около  $\frac{1}{4}$  взрослого населения (по отдельным социальным группам — до  $\frac{1}{2}$ ) ничего не знают о своих заболеваниях (рис. 6);
- более  $\frac{3}{4}$  пациентов не знали о  $\frac{1}{2}$  своих заболеваний и не получали соответствующего лечения.



**Рис. 6.** Возрастно-половые особенности информированности населения об имеющихся заболеваниях, %

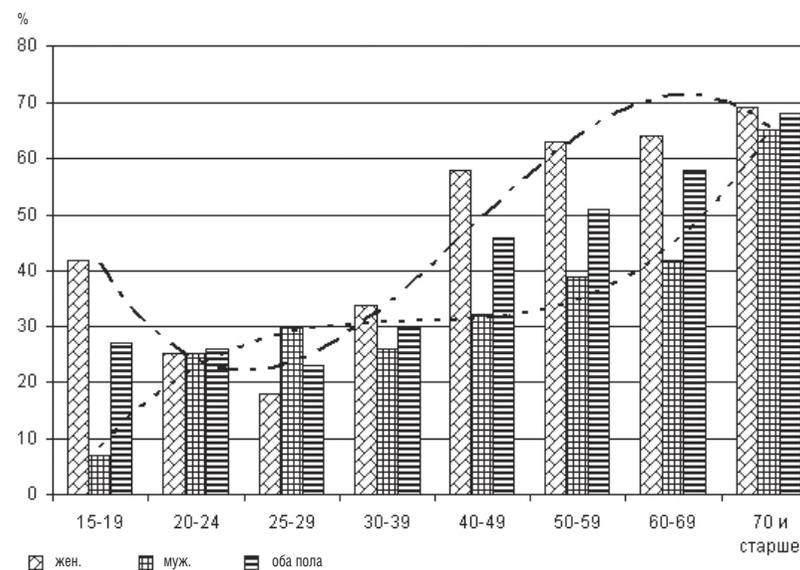
Практическая значимость данного показателя состоит в том, что недостаточная информированность о заболеваниях, как правило, дезориентирует пациента в отношении собственного здоровья и выбора оптимальных моделей поведения. Низкий уровень информированности населения об имеющихся заболеваниях служит основанием для усиления информационной деятельности организаций здравоохранения среди населения. По результатам проведенных в Новгородской области мониторинговых и комплексных медико-социальных исследований этот показатель составил 0,6.

Практический интерес представляет также рассмотрение уровня информированности населения о заболеваниях и динамики этого показателя по разным нозологическим формам, что позволило бы выработать в перспективе более эффективные модели информационной деятельности в рамках медико-социальных профилактических программ с учетом конкретных заболеваний.

Уровень информированности взрослых пациентов о своих заболеваниях сам по себе еще нельзя считать самостоятельной характеристикой заболеваемости населения, однако данный уровень следует рассматривать как косвенный индикатор медицинской грамотности. И он, вне сомнения, сопряжен с другими важными факторами сознания и поведения населения: ценностным отношением к здоровью, приверженностью к разрушительным моделям поведения, обращаемостью к профессиональной врачебной помощи только в случаях крайней необходимости и т.п. Так, среди респондентов, информированных о наличии хронических заболеваний, отмечается

вдвое более высокая обеспокоенность по поводу состояния своего здоровья, втрое более редкий отказ от врачебной помощи и вчетверо более редкое признание себя «в целом здоровым человеком» по сравнению с теми, кто не знает о наличии у них хронических болезней.

Информированность населения о состоянии собственного здоровья вообще и заболеваемости в частности обычно оказывается далеко не полной и неодинаково проявляется в разных социальных группах, что обусловлено особенностями сознания индивида, а также неодинаковой включенностью социальных групп в инфраструктуру и информационные потоки системы здравоохранения. С возрастом уровень информированности населения о наличии заболеваний, в том числе хронических, существенно возрастает. Причем эта общая тенденция ярче выражена у женщин (рис. 7).



**Рис. 7.** Возрастно-половые особенности информированности населения о хронических заболеваниях, %

Статистический анализ свидетельствует, что мужчинам по сравнению с женщинами свойственна более низкая информированность об имеющейся у них хронической патологии. Так, по данным репрезентативного опроса, в среднем каждому третьему мужчине (32,7%) вообще не известны никакие диагнозы имеющихся у него заболеваний. В женской же популяции лишь пятая часть (19,2%) проявляет неосведомленность относительно имеющихся заболеваний.

Более того, если взрослая женщина в среднем знает о 2,4 диагнозах имеющихся у нее заболеваний, то количество диагнозов заболеваний, известных взрослому мужчине, составляет в среднем лишь 1,3. Это подтверждается и более высоким уровнем информированности женщин (62%) по сравнению с мужчинами (45%). При сравнении информированности населения с показателями заболеваемости по обращаемости в некоторых возрастных группах отмечается почти двукратное их занижение от средних в популяции и субпопуляции по полу. В то же время уровень информированности девушек в возрасте 15–19 лет о своих хронических заболеваниях оказался весьма близким к действительному уровню хронической патологии, выявляемому по обращаемости в этой же группе. Данное положение объясняется, вероятно, результатами более систематических целевых медицинских осмотров, проводимых в образовательных учреждениях, что и отражается в высокой информированности молодых женщин.

Роль социально-экономической дифференциации общества в поддержании общественного здоровья — один из широко признаваемых фактов его социальной обусловленности. Говоря о социально-экономической дифференциации населения, мы имеем в виду прежде всего такие признаки, как основной род занятий, профессиональная принадлежность и уровень материального благосостояния. Эта дифференциация проявляется и в плане информированности взрослых о состоянии здоровья и наличии хронической патологии.

В оптимальном варианте при своевременном прохождении медицинских обследований среднее реальное количество установленных диагнозов может лишь несколько опережать информированность пациентов об имеющихся заболеваниях. В действительности же информированность пациентов сильно отличается от реальной картины.

По данным проведенного репрезентативного опроса, практически во всех группах респондентов (дифференцированных по основному роду занятий) среднее число диагнозов, сообщенных ими, оказалось в два и более раза ниже числа заболеваний, установленных при объективном обследовании.

Выявленное в ходе проведения медико-социологического исследования отставание информированности взрослого населения о состоянии здоровья и наличии хронических заболеваний ставит ряд практических задач в области медицинской информации. Разумеется, нельзя относиться с абсолютным доверием ко всем ответам пациентов об имеющихся у них заболеваниях, но в любом случае заслуживают внимания особенности такой информированности в разных социаль-

ных группах населения, так как эти особенности служат предпосылками мотивации и поведения их представителей в сфере здоровья.

Существенным фактором, влияющим на информированность населения о наличии заболеваний, является уровень благосостояния, с повышением которого несколько повышается и значение индекса информированности (рис. 8).

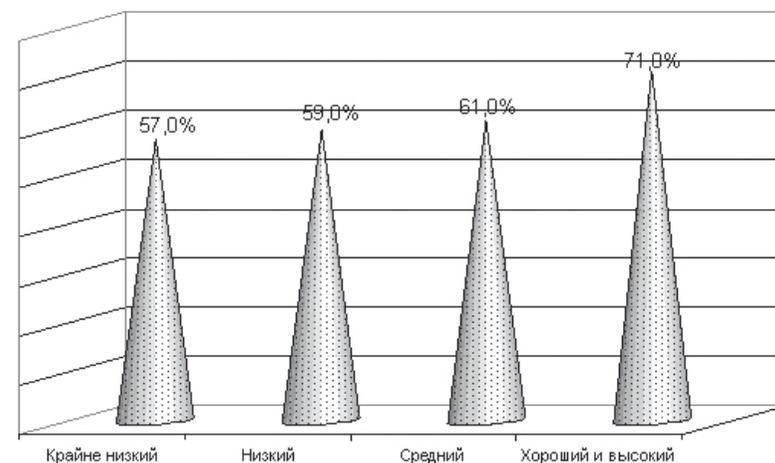


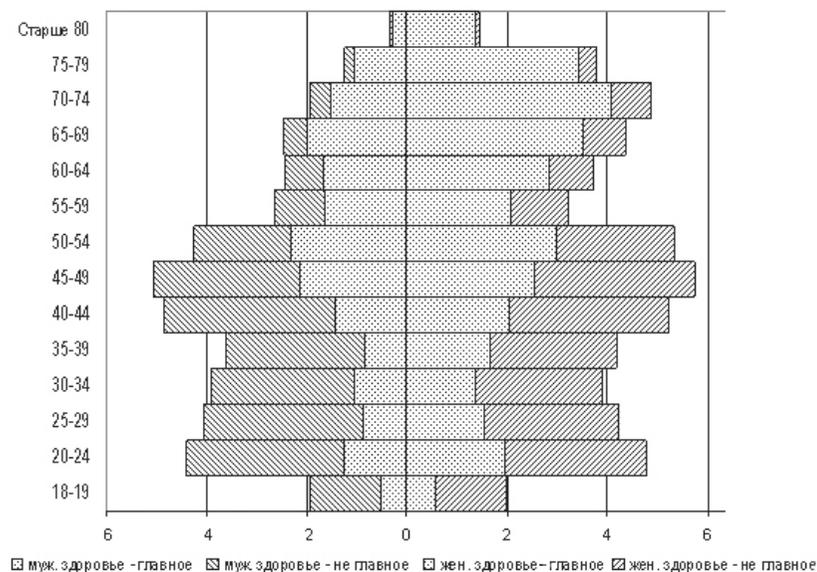
Рис. 8. Уровни информированности населения о заболеваниях в различных экономических слоях

Информированность о наличии хронических заболеваний, как правило, отстает от реальных уровней хронизации взрослого населения, что ставит ряд практических задач в области медицинской информации.

### 3.1.3. Ценностное отношение населения к своему здоровью

Статистическая зависимость ценностного отношения к собственному здоровью (отношение к здоровью как одной из главных ценностей повседневной жизни) от возраста и пола наглядно представлена на рис. 9 и 10.

Первый из них отражает ареалы приоритетной ценности здоровья в возрастных и половых группах на фоне региональной возрастно-половой пирамиды. Область во внутренней части рис. 9 отражает доли респондентов, присоединившихся к утверждению о том, что здоровье является в их жизни главной ценностью. Эта область в региональной популяции взрослых на  $2/3$  представлена женским населением.



**Рис. 9.** Признание здоровья главной ценностью среди мужчин и женщин на фоне возрастнo-половой пирамиды населения региона, %

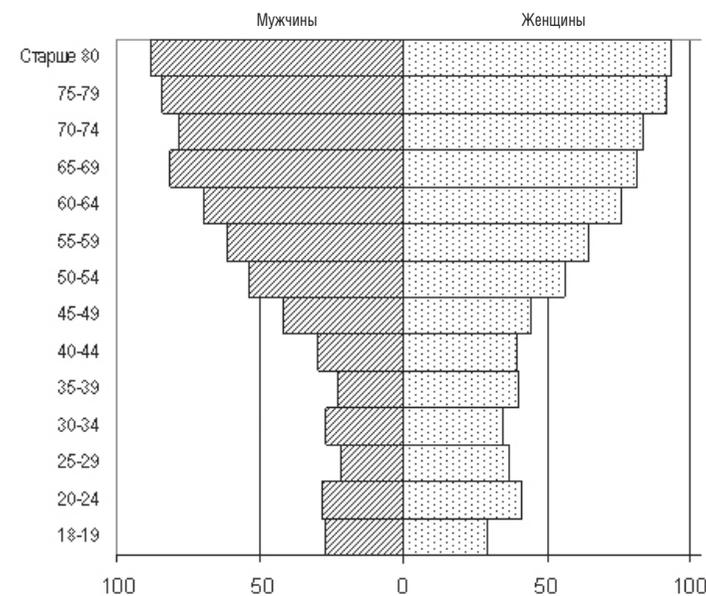
В плане ценностного отношения к здоровью весьма распространенной в среде занятого населения, и особенно молодежи, является ситуация, зафиксированная в глубинном интервью, фрагмент которого приводится ниже.

Женщина, 30 лет, замужем, образование высшее, работает, проживает с супругом и двухлетним ребенком вместе с родителями в городской квартире.

«Здоровье у меня, наверно, далеко во второй половине списка самого важного. На первом месте для нас — решить наболевший жилищный вопрос... Укреплением своего здоровья специально не занимаюсь. Да некогда! Придешь с работы в 6 часов, поешь, надо с ребенком побыть, помыть, спать уложить. Потом ... я уже никакая, как выжатый лимон. Поэтому и на обследования не иду. Потому что идти в государственную медицину — это надо время и нервы! Я сейчас больше за платную медицину, позвонил и сказал — «мне в такой-то день, на такое-то время». И все! Я заплачу деньги, но так я пойду. Мне не надо стоять в очереди...».

Дополнительная характеристика динамики ценностного отношения вытекает из рис. 10, отражающего статистику результатов опроса внутри каждой из возрастнo-половых групп. Статистическая

картина ценностного отношения к здоровью выглядит почти симметричной в двух частях рисунка, представляющего мужчин (слева) и женщин (справа). При анализе мужской и женской популяций можно говорить об устойчивой приоритетности ценности здоровья, начиная лишь с 50-летнего возраста. Однако до достижения этого возраста ценность здоровья неоправданно заслоняется иными жизненными приоритетами. Так, своеобразный провал в динамике этой ценности проявляется среди мужчин в группах 25–39 лет, где отмечается спад ценностного отношения к здоровью, даже по сравнению с когортами более молодых мужчин (до 25 лет).



**Рис. 10.** Доли мужчин и женщин, признавших здоровье в качестве главной ценности, %

Из сказанного выше следует, что в целенаправленной деятельности по массовому формированию развитого ценностного отношения взрослых к здоровью необходимо более пристальное внимание уделить мужчинам и женщинам в возрасте до 50–55 лет.

Проблему общественного здоровья и место здоровья в системе ценностей нельзя понять вне того субъективного и подчас неоднозначного смысла, который индивиды, представляющие разные социальные группы, вкладывают в понятие здоровья. Это понятие, как показывают наши исследования, на обыденном уровне сознания

семантически тяготеет к текущему самочувствию, и большинство людей воспринимает проблему здоровья сквозь призму переживаемого бедствия — острой боли, страдания. К сожалению, в индивидуальных и групповых системах ценностей здоровье нередко выпадает из ценностного ядра под давлением окружающей социальной и культурной среды, что объективно порождает многие сложности в функционировании общественной системы здравоохранения.

При отсутствии развитого ценностного отношения к здоровью индивиды в повседневных ситуациях, затрагивающих интересы здоровья, часто оказываются не в состоянии оценить существующие риски здоровья и выбирают решения, ведущие в действительности к непосредственной или отложенной во времени потере своего потенциала здоровья. Примером служит массовое желание проводить время перед телевизором, компьютером в ущерб столь необходимой для нормального функционирования организма двигательной активности.

При отсутствии мотивированного и развитого ценностного отношения здоровье не воспринимается личностью как необходимый жизненный ресурс, в связи с этим, как правило, отсутствует индивидуальное и корпоративное планирование в этой сфере. Следует признать и то, что система здравоохранения, опираясь лишь на свои возможности, не в состоянии изменить ценностное отношение населения к здоровью. Для решения этой задачи требуется включение других социальных институтов общества, в первую очередь органов государственной власти, образования, СМИ, церкви и др. Поэтому статистический анализ состояния и динамики ценностного отношения населения к здоровью — важнейшая составляющая для принятия эффективных политических решений в сфере охраны здоровья граждан.

### 3.1.4. Поведенческие стратегии населения в сфере здоровья

Поведенческая стратегия субъекта в сфере здоровья — весьма емкое понятие, разрабатываемое в медико-социологическом плане. Оно призвано охватить, применительно к поведению индивида в сфере здоровья, следующие основные составляющие социальной стратегии:

- долгосрочные цели субъекта (индивида, группы) в сфере здоровья, исходящие из условий жизни и потребностей;
- ресурсы субъекта (контролируемые индивидом или социальной группой экономические, технические, административные, организационные и информационные средства), используемые им для достижения своих целей в сфере здоровья;

- ожидания субъекта, выражающиеся в конкретных показателях социальной эффективности здравоохранения.

Учитывая, что медико-социологическое изучение поведенческих стратегий населения в сфере здоровья пока находится на начальном этапе, а также то, что основным ресурсом современной политики здравоохранения была и остается действующая система медицинских учреждений, в данном исследовании внимание было сосредоточено на основных моделях взаимодействия населения с этими учреждениями. В частности, это касается обращений граждан к профессиональной медицинской помощи при заболеваниях.

Для целей медико-социологического анализа нами были выделены три основные поведенческие стратегии населения в сфере здоровья в случае заболевания:

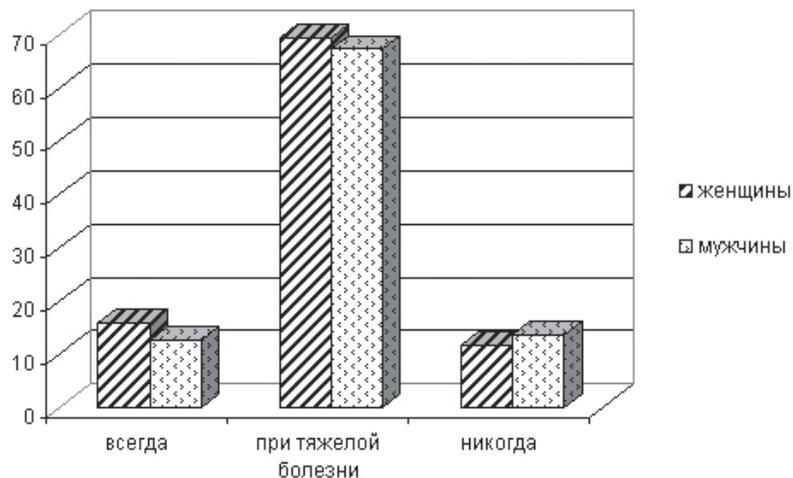
- всегда обращаются за медицинской помощью;
- обращаются только в тяжелых случаях;
- практически не обращаются за медицинской помощью.

Обращение пациентов за медицинской помощью при любом заболевании является оптимальной поведенческой моделью и свойственно, по данным проведенных медико-социологических исследований,  $1/5$  части взрослого населения.

Две последние поведенческие модели являются, по своей сути, игнорированием медицинской помощи. Игнорирование выступает в двух формах отказа: «мягкой» и «жесткой». «Мягкий отказ» — обращение к медицинской помощи только при тяжелом течении болезни, свойствен  $2/3$  взрослого населения. «Жесткий отказ» — ориентация на самолечение в любых ситуациях свойствен в среднем каждому восьмому взрослому.

Принципиально важно определить пороговые значения распространенности той или иной стратегии, выступающей в качестве социальной нормы. В данном случае можно обратиться к распространенной «концепции двух третей», согласно которой социальная норма, охватывая в социуме большинство индивидов, имеет тенденцию к активному распространению. Если, по данным репрезентативного исследования, стратегия отказа превысила  $2/3$  популяции, то данная норма объективно выступает культурным барьером, препятствующим эффективному использованию населением возможностей действующей системы здравоохранения. Преодоление такого барьера потребует значительных ресурсов, а его недооценка может снизить эффективность использования потенциала общества в сфере охраны здоровья граждан.

Насколько полно мужское и женское население использует потенциал профессиональной медицины? Какие гендерные различия выявляются в поведенческих стратегиях населения в случае возникновения болезни? Ответ на данный вопрос в общем виде представлен на рис. 11.



**Рис. 11.** Поведенческие стратегии населения в случае болезни, %

Типология поведенческих стратегий (по обращаемости к медицинской помощи при болезни) практически совпадает у мужчин и женщин. Обращение за медицинской помощью лишь при тяжелом течении болезни составляет 67–69% и является преобладающей моделью поведения населения, еще более жесткое игнорирование медицинской помощи (никогда не обращаются за медицинской помощью) охватывает 12–14%, в то время как оптимальная модель (обращение к врачу при любых заболеваниях) свойственна лишь 13–16% пациентов.

Трехмерный анализ данных мониторинга по возрасту и полу позволяет обнаружить специфику гендерных поведенческих стереотипов в отдельных возрастах. Это проявляется прежде всего в группе молодых мужчин (15–25 лет), в которой «жесткий отказ» распространен вдвое больше и, соответственно, систематическое обращение к врачу при болезни — вдвое реже, чем в группах женщин того же возраста (табл. 11).

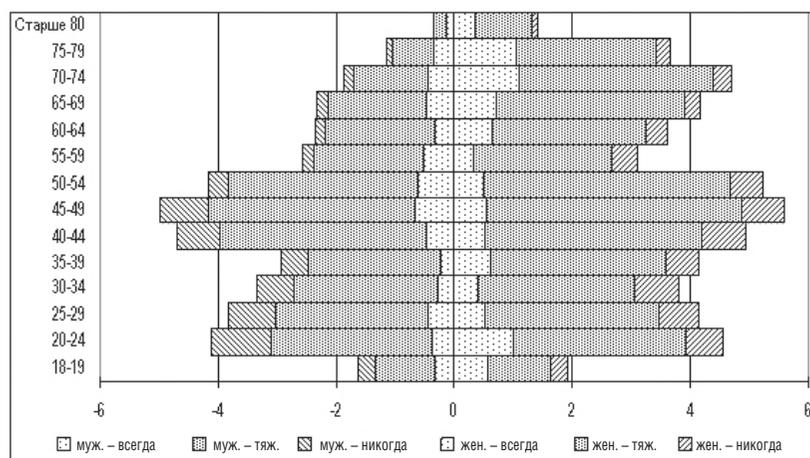
**Таблица 11**

**Стратегии взаимодействия с профессиональной медициной при болезни у мужчин и женщин, по возрастным группам, %**

№ п/п	Основные стратегии	Возрастные группы, лет							
		15–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–69	Старше 70
<i>Мужчины</i>									
1	«Мягкий отказ»	55	66	66	73	71	74	73	62
2	«Жесткий отказ»	29	24	20	17	16	8	7	7
3	Всегда обращаются за медицинской помощью	14	9	11	8	11	16	16	26
4	Не дали ответа	2	1	3	2	2	2	4	5
<i>Женщины</i>									
5	«Мягкий отказ»	53	61	70	70	73	76	72	65
6	«Жесткий отказ»	15	13	16	16	13	12	8	6
7	Всегда обращаются за медицинской помощью	30	21	12	13	11	10	17	45
8	Не дали ответа	2	5	2	1	4	2	3	3

Внутри возрастных слоев мужчин и женщин обнаруживается динамика сокращения той доли группы, которая придерживается оптимальной стратегии (всегда обращаются за медицинской помощью). Если в группе до 20 лет эта доля охватывает у мужчин и женщин соответственно 14 и 30%, то затем устойчиво сокращается до 8 и 13% в группе 30–39-летних, а ее существенное увеличение отмечается лишь в группах от 60 лет и старше.

Структура поведенческих стратегий в сфере здоровья несколько дифференцируется на фоне реальных диспропорций возрастных слоев мужчин и женщин (возрастно-половой пирамиды взрослого населения региона) и показана на рис. 12. При сохранении доминантной роли стратегии, характеризующейся «мягким отказом» от медицинской помощи, в целом отмечаются неустойчивые сдвиги в доле двух других поведенческих моделей: двукратное усиление роли оптимальной стратегии приходится у женщин на начало фертильного возраста (20–24 года) и в группах старше 70 лет.



**Рис. 12.** Обращение мужчин и женщин к медицинской помощи при болезни в возрастных группах на фоне возрастнo-половой пирамиды, %

Глубинные интервью с пациентами мужского пола, особенно в старших возрастах, показали, что их мотивация и выбор поведенческой стратегии взаимодействия с профессиональной медициной находятся в определенной мере под влиянием стереотипов и впечатлений, вырабатываемых у женщин, в соответствующих референтных группах (родных, близких). Это видно из фрагмента интервью, приводимого ниже.

Мужчина, 69 лет, женат, на пенсии, проживает с супругой в дачном массиве в нескольких километрах от города, ведет подсобное хозяйство.

На вопрос: «Почему не обращаетесь к врачу при болезни?» — отвечает: «А, не знаю. Ходят бабки туда и все жалуются, что на нас там мало внимания обращают. Поэтому лишний раз не хочется и идти... Таких случаев сколько хошь. Вон, моя жена Вера пришла к главному. А та поглядела ее чуть-чуть да и выпроводила. Ничего такого не сделала. Потом она записалась ко второму врачу, та ее осмотрела».

Возможно, в этом влиянии проявляется традиционно признаваемое в семьях разделение и закрепление ролей мужчин и женщин в производственной (хозяйственной, технической) и непроизводственной сферах жизни. В семьях мужчины чаще делегируют женщинам лидирующую роль в непроизводственной сфере, в том числе в сфере здоровья. В связи с этим мужчинам нередко свойственно ощущение собственной зависимости от женщин в данной сфере. Подтверждение находим в ряде глубинных интервью пациентов мужчин разных возрастов.

Мужчина, 19 лет, не женат, студент, работает, из полной семьи, проживает вместе с родителями.

«... По мере сложности проблемы мать советует что-то. Она увлекается народной медициной. Но это если что-то несерьезное. А так, если что, говорит, чтобы шел к врачу, а к какому и сама не знает... А мне помогала советами. Совсем недавно у меня была растянута рука. Я пришел к маме, чтобы она дала мне эластичный бинт... А она посоветовала ... хорошо известное народное средство — шерстяную нитку завязать на запястье. И на мое удивление — мне помогло! Хотя перед этим полторы недели ... очень болела рука, а тут практически за сутки она прошла».

Мужчина, 69 лет, женат, на пенсии, проживает с супругой в дачном массиве в нескольких километрах от города, ведет подсобное хозяйство.

«Я боюсь за ее здоровье. За свое вроде как-то не так, а за бабушкино. Сам-то — бог с ним! Потому что как я буду? Если женщина болеет, ведь мужчине намного сложнее и ухаживать, и оставаться одному. Женщина поскладнее к этому. Мужчине тяжелее оставаться одному, и ухаживать за больным. А они привыкли ухаживать всю жизнь, о ком-то заботиться».

Так, среди мужчин подчас формируется пассивный тип стратегии («мягкий» или «жесткий отказ»), в то время как сами женщины реализуют стратегии, в которых чаще проявляется настойчивость и тревожность по поводу собственного здоровья, а также более высокая требовательность к медицинскому персоналу.

Общий вывод состоит в признании того факта, что, вопреки усилению ценностного отношения к собственному здоровью по мере взросления, в поведенческих стратегиях населения по-прежнему преобладает «мягкий отказ» от медицинской помощи во время болезни и обращение за медицинской помощью лишь при тяжелом течении заболевания. Таким образом, вновь подтверждается сделанное ранее предположение об отсутствии мотивированного и развитого ценностного отношения взрослых к собственному здоровью.

Анализ основных категорий социальной обусловленности общественного здоровья мы продолжим дифференцированно по отдельным социально-экономическим группам населения, обратив внимание на детей как на особую медико-социальную общность.

### 3.2. АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ В ОТДЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ГРУППАХ И СЛОЯХ НАСЕЛЕНИЯ

Социально-экономическая дифференциация в сфере общественного здоровья — один из широко признаваемых фактов социальной обусловленности здоровья. Говоря о социально-экономической дифференциации населения, мы имеем в виду прежде всего такие признаки, как основной род занятий, профессиональная принадлежность, уровень материального благосостояния. Хотя, разумеется, эти признаки лишь открывают собою целый ряд других сложных обстоятельств, порождаемых положением индивида или группы в системе социально-экономического неравенства и так или иначе отражающихся на условиях труда, состоянии здоровья, поведении в сфере здоровья, выборе жизненных приоритетов. В числе таких факторов — источник дохода, характер и уровень обобществления труда, должностной статус и связанные с ними социально-экономические предпочтения, жилищные условия, доступ к ресурсам социальной защиты и многие др.

Ниже мы рассмотрим результаты медико-социологического анализа материалов регионального исследования общественного здоровья применительно к крупным социально-экономическим общностям населения.

#### 3.2.1. Группы населения по основному роду занятий

По основному роду занятий в структуре постоянного взрослого населения (от 18 лет и старше) в процессе исследования были выделены семь групп, представленных в табл. 12. Крупнейшими из этих групп оказываются занятые (трудоустроенные) и пенсионеры. Одно

из наиболее заметных различий обнаруживается в ценностном отношении этих групп к здоровью.

Таблица 12

**Взаимосвязь ценностного отношения взрослого населения к своему здоровью с основным родом занятий**

№ п/п	Основной род занятий взрослых	Доля согласных с высказыванием, %	
		«Здоровье — самое главное в моей жизни»	«Здоровье — не главное, есть более важные вещи»
1	Работают	37,3	61,5
2	Учатся	31,6	56,7
3	Учатся и работают	34,4	55,6
4	На пенсии и продолжают работать	55,3	36,9
5	На пенсии, не работают	83,3	19,8
6	Не учатся и не работают, безработные	49,3	45,2
7	Находятся в декрете, в отпуске по уходу	27,5	67,0
8	Весь массив	50,6	46,1

Ценность здоровья, как видим, не является ведущим фактором для большинства социальных групп и не рассматривается ими как жизненно важный ресурс, сохранение и наращивание которого выступало бы в качестве объекта личного планирования.

Для групп учащихся и занятых на первый план выступает ценность обеспечения индивидуального или семейного материального благосостояния. Его приоритетность существенно усилилась в период радикальных рыночных реформ в связи с процессами социально-нравственной деградации большей части общества.

Материальная обеспеченность достигла в определенном смысле своего абсолюта, отодвинув на второй план ценности здоровья, духовного развития, личной и общественной безопасности, что подтверждается многими специальными исследованиями<sup>1</sup>. Отмеченное состояние ценностной сферы этих социальных групп стало следствием тенденций, проявившихся в России на протяжении последних двух десятилетий XX в. и не прекративших свое действие поныне. Исключением по отношению к собственному здоровью является лишь группа пенсионеров.

<sup>1</sup> Латин Н.И. Пути России: социокультурные трансформации. М., 2000.

Приведенные выше социально-экономические группы существенно различаются в области практикуемых ими стратегий в сфере здоровья, среди которых преобладают стратегии самолечения (табл. 13).

Таблица 13

**Распределение поведенческих стратегий населения в сфере здоровья среди взрослого населения по основному роду занятий, %**

№ п/п	Группы взрослого населения по основному роду занятий	«Жесткий отказ»	«Мягкий отказ»	Всегда обращаются за медицинской помощью
1	Работают	15,2	71,5	10,7
2	Учатся	18,7	56,1	22,5
3	Учатся и работают	13,2	70,9	14,6
4	На пенсии и работают	9,0	73,9	14,7
5	На пенсии, не работают	7,0	67,4	22,4
6	Не учатся и не работают	18,1	72,4	7,7
7	В декрете, в отпуске по уходу	19,8	62,6	16,5
8	Весь массив	12,5	68,6	14,5

Доля пациентов, придерживающихся «жесткого отказа» от профессиональной медицинской помощи при болезни, сильно варьирует в составе разных социальных групп (от 7 до 20%). Наибольшая распространенность «жесткого отказа» проявилась, как и следовало ожидать, в молодежных группах — среди учащихся и находящихся в декрете (предродовом отпуске или отпуске по уходу за ребенком), охватывая до 20% состава этих групп. Наименьшая распространенность такой стратегии — среди пенсионеров (7–9%), что отчасти объясняется возрастными особенностями ценностного отношения к здоровью.

«Мягкий отказ» от медицинской помощи, будучи в целом преобладающим среди взрослых, заслуживает отдельного анализа. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что две социально-экономические группы (учащиеся и сочетающие учебу с работой), находясь, по сути, внутри одного и того же возрастного слоя — молодежи, демонстрируют существенные различия и в распространенности «мягкого отказа» (соответственно 56 и 71%), и в удельном весе оптимальной стратегии (соответственно 22,5 и 14,6%).

Возможное объяснение этого различия содержится в соотношении социокультурных свойств двух типов социальной среды — об-

разовательной и производственно-трудовой. Для образовательной среды характерны сосредоточенность на интеллектуальной деятельности, акцентуация культурных ценностей, более плотная социальная опека (в том числе в вопросах питания и здоровья) и развитая инфраструктура медицинской помощи.

Производственно-трудовая среда в ее преобладающих, типичных проявлениях отмечена безусловным приоритетом целевых производственно-технологических и экономических критериев над социальными и культурными, а также значительным распространением неблагоприятных и опасных факторов. Нередким в такой среде оказывается отсутствие развитой инфраструктуры медицинской помощи (имеются в лучшем случае лишь аптечные наборы для оказания первой помощи). Кроме того, отсутствуют медицинские кабинеты на большинстве предприятий, а медицинская помощь в силу производственно-технологических обстоятельств (режима, невозможности срочной замены выбывающего работника и т.п.) оказывается недоступной.

Выход из учебного и погружение в трудовой коллектив становится для молодежи решающим фактором изменения ее поведенческих стратегий. «Мягкий отказ» от медицинской помощи, прежде отмеченный неустойчивым преобладанием, довольно быстро становится абсолютно доминирующим. Так, вероятнее всего, расширяется социальная база «жесткого отказа» с одновременным снижением распространенности оптимальной стратегии (от 23 до 15%).

Отмеченная взаимосвязь рода занятий с социальными стратегиями групп населения в сфере здоровья заставляет с особой настойчивостью обозначить проблему медико-социального качества современной общественно-производственной среды как негативного детерминанта поведенческих стратегий населения в сфере здоровья и, соответственно, решающего социокультурного фактора состояния общественного здоровья.

Констатация важности данного фактора не является принципиально новой для отечественной медицинской науки, социологии или психологии здоровья. Однако в современных социально-экономических условиях необходимость усиления социальной ориентации российского государства и восприятие охраны здоровья в качестве одного из главных приоритетов позволяет предположить, что область медико-социологических исследований общественного здоровья охватит и проблематику современной производственно-трудовой сферы. Именно в ней, судя по сделанным выше выводам, формируются и воспроизводятся разрушительные социокультурные механизмы поведения людей в сфере здоровья. Поэтому эта сфера в первую

очередь должна быть зоной повышенного внимания профилактической медицины.

Как было подчеркнуто ранее, ключевым фактором ценностного отношения к собственному здоровью является возраст, в существенной степени детерминирующий многие стороны социально-экономического положения индивида или группы. Именно с достижением пенсионного возраста мотивационная ценность благосостояния в массе индивидов постепенно уступает ценности здоровья.

Социально-экономические группы населения сильно различаются и при анализе другого показателя социальной обусловленности общественного здоровья — самооценки здоровья (удовлетворенности его состоянием) (табл. 14). Наиболее высокая самооценка свойственна представителям групп в молодых возрастах — учащимся, сочетающим учебу с работой, а также молодым женщинам, находящимся в предродовом отпуске или отпуске по уходу за ребенком. В этом вновь проявляется действие возрастного фактора самооценки здоровья.

Таблица 14

**Распределение самооценок здоровья среди  
взрослого населения по основному роду занятий, %**

№ п/п	Группы взрослого населения по основному роду занятий	Самооценка здоровья			
		Плохое	Удовлетворительное	Хорошее, отличное	Не дали ответа
1	Работают	8,8	66,7	12,7	11,8
2	Учатся	6,4	51,9	33,1	8,6
3	Учатся и работают	6,6	47,0	29,1	17,2
4	На пенсии, работают	17,4	66,7	2,1	13,8
5	На пенсии, не работают	49,5	39,4	1,0	10,2
6	Не учатся и не работают	23,5	49,8	11,8	14,9
7	В декрете, в отпуске по уходу	8,8	50,5	24,2	16,5
8	Весь массив	20,9	55,7	10,0	13,4

Столь же неодинаковы и уровни информированности представителей отдельных социально-экономических групп об имеющихся заболеваниях. В оптимальной ситуации при своевременном прохождении медицинских обследований, регулярном диспансерном наблюдении среднее число фактически установленных диагнозов может лишь несколько превышать уровень информированность пациентов об имеющихся заболеваниях. В действительности же информированность пациентов значительно отстает от реальной картины.

В табл. 15 представлены данные о среднем числе заболеваний по данным стандартизированного опроса и по материалам объективных обследований, из которой следует, что практически во всех группах взрослого населения информированность об имеющихся заболеваниях, судя по количеству диагнозов, сообщенных пациентами в стандартизированном опросе, оказывается в 1,5–2,0 раза ниже фактического числа заболеваний, установленных при их обращениях за медицинской помощью в организации здравоохранения. А сравнение показателя информированности населения об имеющихся заболеваниях с показателем исчерпанной заболеваемости увеличивают этот разрыв в 2,5–3,0 раза.

Таблица 15

**Сравнительная характеристика информированности  
различных групп населения о наличии заболеваний  
и данных объективных обследований, %**

№ п/п	Группы взрослого населения по основному роду занятий	Знают о хроническом заболевании, %	УИ <sup>1</sup>	ИПЗ	ЗО	МО	ИЗ
1	Работают	45	65	1,59	2,44	1,63	4,07
2	Учатся	29	53	1,01	1,89	1,11	3,00
3	Учатся и работают	44	67	1,53	2,28	1,34	3,62
4	На пенсии и работают	74	68	2,58	3,79	3,07	6,86
5	На пенсии, не работают	79	57	2,94	5,16	2,75	7,81
6	Не учатся и не работают	47	59	1,89	3,23	1,76	4,99
7	В декрете, в отпуске	41	46	1,54	3,38	1,03	4,41
8	Весь массив	54	59	1,98	3,37	2,06	5,43

Условные обозначения:

УИ — уровень информированности о заболеваниях, ИПЗ — среднее число известных пациенту заболеваний, ЗО — среднее число заболеваний по обращаемости, МО — среднее число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах, ИЗ — исчерпанная заболеваемость.

Справедливо предположить, что у многих пациентов дополнительно установленные при медицинских осмотрах заболевания развивались годами, переходя в хроническую стадию или порождая

<sup>1</sup> Показатель уровня информированности населения об имеющихся заболеваниях рассчитывался в проведенном исследовании как отношение числа диагнозов, сообщенных пациентами в предварительном опросе, к числу диагнозов, установленных по результатам обращаемости населения в медицинские организации (в процентах).

возникновение новых нозологических форм. Отставание информированности индивида от реальной картины заболеваемости означает, что подавляющее большинство взрослых не получают необходимого лечения и не меняют образа жизни с учетом скрытого до поры заболевания. При этом индивиды и общество в целом теряют значительную часть своего потенциального ресурса здоровья.

Разумеется, нельзя относиться с абсолютным доверием ко всем ответам пациентов об установленных у них ранее заболеваниях. Ранее уже отмечалась социальная и психологическая обусловленность информации о состоянии здоровья, получаемой с применением процедур стандартизированного опроса. Но в любом случае заслуживают внимания особенности такой информированности разных социальных групп населения, как предпосылки мотивации и поведения в сфере здоровья.

Уровни информированности об имеющихся заболеваниях по выделенным социально-экономическим группам варьируют от 46% (пациенты, находящиеся в декретных отпусках, отпусках по уходу) до 57–68% (пенсионеры). Так, в группе занятых (трудоустроенных) пациентов уровень информированности составил 65%. Причем среднее количество сообщенных ими установленных диагнозов составило 1,6; данные по обращаемости свидетельствуют о 2,4 диагнозах, а при последующем медицинском обследовании представителей данной социально-экономической группы в среднем дополнительно установлено 1,6 диагноза. Еще ниже оказывается информированность учащейся молодежи об имеющихся заболеваниях — 53%. В среднем на каждое известное (названное пациентом в предварительном опросе) заболевание приходится почти 2 по обращаемости и дополнительно 1,1 — установленных на медицинских осмотрах пациентов.

В графах 4 и 5 табл. 15 видно, что наибольшее среднее количество дополнительно установленных при медицинском обследовании диагнозов относится на долю пенсионеров — неработающих и работающих (соответственно 2,8 и 3,1). Эти группы населения оказываются в ситуации относительно большего риска скрытого развития заболеваний, для установления которых и последующего лечения необходимо своевременное объективное обследование. Впрочем, о подобном риске приходится говорить и применительно к другим группам, не попадающим в сферу систематических медицинских обследований. Не случайно, по-видимому, наименьшее среднее число дополнительно установленных заболеваний приходится на две категории населения — женщин, находящихся в декретном отпуске

или отпусках по уходу за ребенком, и учащихся (соответственно 1,0 и 1,1). В этих социальных группах медицинские обследования носят более регулярный характер, что и обеспечивает сравнительно большую полноту первичной клинической диагностики.

Ниже будут подробнее рассмотрены социально-медицинские характеристики занятого населения, составляющего основу взрослой популяции в регионе.

**Занятое население и отраслевые группы.** Одним из социальных детерминантов здоровья занятого населения являются условия и характер труда. В проведенном комплексном исследовании общественного здоровья выделялись три основных параметра, по которым оценивался профессиональный труд: насыщенность его средствами механизации и автоматизации; уровень напряженности трудовых операций; преобладание однообразных (простых, монотонных, повторяющихся) или, напротив, творческих (разнообразных, самостоятельных) действий.

Дифференциация условий производственно-трудовой сферы в экономике региона оказывается весьма значительной. По самооценке респондентов, в региональной популяции занятых взрослых ручной труд характерен для 68,3% работников, механизированный — для 20,5%, автоматизированный — для 11,2% работающих. Однообразный и творческий характер труда свойствен соответственно 59 и 41% респондентов. Постоянно напряженный характер труда отмечают 69,4% в массе пациентов, относящихся к категории занятых.

Большинство занятых работников, критически воспринимая медико-санитарные особенности производственной среды, проявили способность к обобщающей оценке того, насколько условия их рабочего места влияют на состояние здоровья в зависимости от преобладающего характера труда. Рассмотрим динамику этого восприятия, анализируя ответы на вопрос: «Оказывают ли условия труда на Вашем рабочем месте неблагоприятное влияние на Ваше здоровье?» (табл. 16).

Проведенный корреляционный анализ показывает, что в общественном мнении признание негативного влияния условий труда на здоровье работников статистически сочетается прежде всего с его разнообразным характером<sup>1</sup>. Уровень тревожности групп занятого населения по поводу состояния своего здоровья коррелирует со сте-

<sup>1</sup> Коэффициент Пирсона для пары признаков «негативное влияние условий труда на здоровье» и «уровень напряженности труда» составляет 0,34; для пары «негативное влияние условий труда на здоровье» и «уровень технической вооруженности труда» — 0,48; для пары «негативное влияние условий труда на здоровье» и «разнообразие труда» (наличие элементов творчества) — 0,61.

пению разнообразия трудовых операций на рабочем месте ( $r = 0,63$ ). В меньшей степени уровень такой тревожности связан с технической оснащенностью или напряженностью труда ( $r = 0,58$ ).

Таблица 16

**Влияние условий рабочего места на состояние здоровья в зависимости от преобладающего характера труда, %**

№ п/п	Преобладающий характер труда	Варианты ответов на вопрос: «Оказывают ли условия труда на Вашем рабочем месте неблагоприятное влияние на Ваше здоровье?»		
		Да	Нет	Затруд. ответить
1	Весь массив занятых	63,6	12,7	19,2
2	Ручной	64,3	13,1	22,6
3	Механизированный	68,3	9,0	22,8
4	Автоматизированный	72,6	9,7	17,7
5	Однообразный	71,2	9,6	19,2
6	Разнообразный, творческий	61,7	16,0	22,2
7	Очень напряженный	79,2	5,1	15,7
8	Не очень напряженный	42,1	26,5	31,4

Самооценка здоровья неравномерно распределяется в структуре рабочих мест. Самооценка выше в группах, занятых механизированным и автоматизированным трудом ( $r = 0,61$ ), а также в группе занятых трудом с элементами творчества и разнообразия ( $r = 0,77$ ).

Ценностное отношение к собственному здоровью, насколько можно судить по данным опроса занятых респондентов, также коррелирует с условиями и характером их труда. Выше отмечалось, что прямая или обратная связь между ценностью здоровья и видом труда может отсутствовать, а динамика взаимосвязи может быть обусловлена иными характеристиками работников: преобладающими демографическими или культурными. Не проводя в данном случае прямой причинно-следственной связи между этими признаками, считаем важным отметить сравнительно более низкую ценность здоровья в зонах механизированных и автоматизированных рабочих мест (табл. 17). Речь может идти о мотивационной направленности представителей этих видов труда на достижение большего уровня оплаты, на собственный профессиональный рост и др.

Таблица 17

**Взаимосвязь ценностного отношения к своему здоровью и преобладающего характера труда занятого населения, %**

№ п/п	Преобладающий характер труда	Доля согласных с высказываниями:	
		«Здоровье для меня сейчас — самое главное в жизни»	«На первом месте у меня не здоровье, а другие проблемы»
1	Весь массив занятых	39,1	58,4
2	Ручной	40,9	58,2
3	Механизированный	33,9	66,3
4	Автоматизированный	24,8	70,4
5	Однообразный, монотонный	38,9	64,7
6	Творческий, разнообразный	35,2	58,4
7	Очень напряженный	35,9	63,9
8	Не очень напряженный	38,0	57,7

Насколько показатели информированности об имеющихся заболеваниях согласуются с объективными данными о заболеваемости, видно из приводимой табл. 18. В ней соотнесены сведения из персонафицированной базы данных об уровне информированности, заболеваемости по обращаемости и исчерпанной заболеваемости занятых пациентов в разных зонах профессионального труда.

Таблица 18

**Сравнительная характеристика информированности населения о наличии заболеваний, данных объективных обследований в зависимости от преобладающего характера труда, %**

№ п/п	Преобладающий характер труда	УИ	ЗО	МО	ИЗ
1	Ручной	0,68	2,36	3,39	5,75
2	Механизированный	0,64	2,08	2,98	5,06
3	Автоматизированный	0,81	2,26	3,29	5,55
4	Однообразный	0,69	2,14	3,31	5,45
5	Творческий	0,75	2,47	3,25	5,72
6	Очень напряженный	0,71	2,28	3,35	5,63
7	Не напряженный	0,71	2,45	3,33	5,73

Условные обозначения:

УИ — уровень информированности о заболеваниях, ЗО — среднее число заболеваний по обращаемости, МО — среднее число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах, ИЗ — число заболеваний по данным исчерпанной заболеваемости.

В группах, различающихся характером труда, отмечается в целом сходное отношение к медицинской помощи при болезни. «Жесткий отказ» от нее свойствен каждому седьмому из числа занятых, а «мягкий» — 72%. Установка на самолечение при болезни кроме тяжелых случаев свойственна абсолютному большинству во всех группах, различающихся характером труда. Она, таким образом, выступает в качестве доминирующей культурной нормы в разных зонах рабочих мест. Одновременно общая тенденция выражается в том, что со снижением напряженности труда несколько увеличивается доля оптимальной стратегии, ориентированной на обращение к врачебной помощи при любом заболевании.

Объяснением отмеченной статистической тенденции отчасти является, по-видимому, то, что высокая степень напряженности труда объективно оставляет работнику меньше возможности для рефлексии самочувствия, для реализации ценностного отношения к собственному здоровью, что и закрепляется в психологическом и культурном планах личности. Косвенным фактором такой тенденции является существующее распределение возрастных групп по видам труда, при котором многие относительно простые, не отмеченные высокой напряженностью операций, заняты работниками пожилого возраста.

В отраслевом разрезе восприятие условий труда, негативно влияющих на состояние здоровья, оказывается в целом сходным. Наличие такого влияния отмечено абсолютным большинством (57–68%) респондентов во всех отраслевых группах занятого населения. Не являются исключением и обширные зоны «кабинетных» рабочих мест, типичные для учреждений управления, здравоохранения, культуры, образования, финансовых служб.

В отраслевом разрезе существенные различия медико-социальных характеристик внутри обследованного массива занятых взрослых респондентов представлены в табл. 19.

Сравнимость приведенных в таблице данных является ограниченной в силу неодинаковой репрезентативности отраслевых массивов респондентов. Тем не менее значительный разброс значений некоторых ключевых параметров заставляет обратить внимание на медико-социальную ситуацию в ряде профессиональных групп населения.

В частности, самые крупные вариации между отраслевыми группами населения обнаруживаются в среднем числе установленных диагнозов по обращаемости — в три раза: от 1,3 до 4,0. Наименьшие значения среднего числа установленных диагнозов по обращаемости

Таблица 19  
Медико-социальные индикаторы по отдельным отраслевым группам занятого населения

№ п/п	Наименования отраслей	Медико-социальные индикаторы						
		ИТ	УИ	ИПЗ	ЗО	МО	ИЗ	
1	Здравоохранение, экология, спорт	0,54	0,52	2,04	3,95	1,76	5,71	
2	Машиностроение, электроника	0,45	0,67	1,54	2,29	1,82	4,11	
3	Транспортная, нефти, газа, АЭС/АГЭС	0,52	1,24	1,64	1,32	1,94	3,26	
4	Деревобработка, мебельная	0,48	1,04	1,44	1,38	1,69	3,07	
5	Электроэнергетика, электротехника	0,51	0,74	1,63	2,21	1,84	4,05	
6	Транспорт	0,44	1,11	1,48	1,33	2,01	3,34	
7	Связь, в том числе мобильные системы	0,49	0,52	1,72	3,30	1,51	4,81	
8	Органы управления (госуд., муницип.)	0,45	0,68	2,12	3,10	2,10	5,20	
9	Культура, образование, СМИ	0,53	0,55	2,00	3,62	1,86	5,48	
10	Добыч., хим., обработка материалов	0,49	1,04	1,82	1,75	1,56	3,31	
11	Строительство (гражд. и промышл.)	0,42	0,87	1,23	1,42	1,58	3,00	
12	Лесное хозяйство, лесозаготовка	0,47	0,77	1,51	1,96	1,66	3,62	
13	Сельское хозяйство, рыболовство	0,48	0,64	1,52	2,36	1,54	3,90	
14	Общественное питание	0,57	0,48	1,91	4,01	1,92	5,93	
15	Торговля (розн., оптовая), снабжение	0,51	0,51	1,86	3,67	1,71	5,38	
16	Жилищно-коммунальное хозяйство	0,46	0,78	1,45	1,87	1,48	3,35	
17	Быт. обслуживание, сервисные службы	0,51	0,60	1,86	3,11	1,64	4,75	
18	Армия, МВД, юстиция, ЧОП	0,52	0,71	1,87	2,62	1,99	4,61	
19	Финансовые, кредитные учреждения	0,41	0,85	1,46	1,72	1,81	3,53	

Условные обозначения:

ИТ — индекс тревожности, УИ — уровень информированности о заболеваниях, ИПЗ — среднее число известных пациенту заболеваний, ЗО — среднее число заболеваний по обращаемости, МО — среднее число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах, ИЗ — число заболеваний по данным исчерпанной заболеваемости.

относятся к респондентам, представляющим персонал предприятий транспорта, деревообработки, транспортировки и реализации жидкого топлива, строительства. Наибольшие — среди персонала предприятий торговли, связи, общественного питания, учреждений здравоохранения, культуры и образования.

Среднее число заболеваний, дополнительно установленных при медицинских осмотрах, варьирует меньше — от 1,5 до 2,0.

Среднее число заболеваний, отражающее состояние истощенной (истинной) заболеваемости, варьирует между отраслевыми группами от 3,0 до 5,7. Как показал дополнительный анализ, такие различия отчасти обусловлены возрастно-половой структурой отраслевого персонала (средний возраст работников ниже в технологически и информационно насыщенных отраслях — связи, нефтегазовой, финансовой). В случаях с персоналом здравоохранения и органов управления — это объясняется сравнительно лучшей доступностью медицинской помощи. Так или иначе все выявленные различия заслуживают дополнительных углубленных исследований в экономико-отраслевом аспекте.

Вызывает интерес и тот факт, что уровни информированности представителей разных отраслей о наличии заболеваний различаются более чем в два раза. Это отношение в некоторых случаях превышает 1,0 — когда число сообщенных в интервью заболеваний превышает соответствующий показатель заболеваемости по обращаемости. Возможно, это связано с реализацией дополнительных корпоративных программ медицинских обследований, свойственных ряду отраслей — нефтегазовой, добывающей, или более систематическим характером медосмотров персонала на предприятиях транспорта, результаты которых не попадают в базы данных государственной медицинской статистики.

В ряде отраслевых групп (работники связи, культуры, образования, экологии, спорт) пациенты знают лишь о половине своих заболеваний, и это, вероятно, отражается на принижении ценности здоровья в индивидуальных практиках, а также в неадекватной оценке кадрового потенциала в корпоративном управлении человеческими ресурсами. Заниженные уровни информированности могут вести, в частности, к неэффективным или запоздалым корпоративным решениям, касающимся отбора кадров, профилактики заболеваемости, улучшения условий труда, предотвращения профессиональной текучести, формирования кадрового резерва и т.п.

Отраслевые группы существенно различаются по оценке доступности общей и специализированной медицинской помощи. Предположительно, индивидуальные оценки доступности медицинской

помощи могут зависеть от объема имеющегося у индивида личного опыта взаимодействия с медицинскими службами. Такая оценка, оставаясь субъективной по форме, может служить достаточно достоверным индикатором доступности медицинской помощи, а косвенно — социального самочувствия индивида и профессиональной группы населения. В данном исследовании анализ мнений о доступности общей и специализированной медицинской помощи велся на основе расчета сводной индексной оценки и не соотносился с частотой обращений пациентов за медицинской помощью. Значение индекса доступности в общем массиве ответов занятого населения составляет 0,81.

Применительно к общей медицинской помощи показательным является то, что значения индекса доступности варьируют в целом незначительно (от 0,7 до 0,9). Самые низкие его значения присущи трем группам: служащим армии и правоохранительных органов (0,68), работникам муниципальных учреждений культуры и образования (0,71), персоналу предприятий бытового обслуживания (0,77). В то же время самые высокие значения индекса доступности свойственны группам занятых в здравоохранении (0,92), транспортировке и реализации природного газа и жидкого топлива (0,89), жилищно-коммунальном хозяйстве (0,86), энергетике и электротехнических предприятиях (0,84).

Осмысливая структуру оценок доступности общей медицинской помощи, следует признать и объективно сохраняющиеся различия доступности в зависимости от экономико-географических и поселенческих условий, от территориального размещения сети медицинских учреждений. Но вряд ли в действительности ожидание участкового врача по вызову на дом или возможность попасть на прием к врачу в поликлинике сегодня обусловлены только лишь названными факторами. Так, например, индекс доступности общей медицинской помощи применительно к группам работников сельского и лесного хозяйства является высоким и составляет соответственно 0,80 и 0,81. К этим оценкам следует относиться критично в контексте реально происходящих в сельской местности тенденций к сокращению сети медицинских учреждений (ФАПов, участковых больниц, врачебных амбулаторий). Поэтому обнаруженные в отраслевом разрезе различия и крайне низкие или высокие оценки индекса доступности медицинской помощи следует в большей степени интерпретировать в контексте образа жизни соответствующих групп, их ценностного отношения к здоровью и социального самочувствия.

Мнение занятого населения в отношении доступности специализированной медицинской помощи по сравнению с доступностью

общей помощи отмечено существенно большей критичностью. Сводный (по отраслям) индекс составляет лишь 0,64, а его значения между отраслевыми группами населения варьируют от 0,58 (органы государственного и муниципального управления) до 0,72 (учреждения финансово-кредитного профиля). Выше, чем в среднем по всем отраслям производственно-трудовой сферы, индекс доступности специализированной помощи отмечается у работников здравоохранения (0,85), у персонала предприятий ЖКХ, энергетики и электротехники, нефтегазовой отрасли (0,67), а также добывающей и химической (0,66). Последнее обстоятельство можно объяснить тем, что в этих отраслях уже на протяжении ряда лет реализуются корпоративные программы социальной поддержки персонала, которые наряду с другими мерами включают в себя также ежегодную диспансеризацию персонала, углубленные медицинские обследования и профильное санаторно-курортное лечение.

Статистически фиксируемая связь отраслевой принадлежности и социально-медицинских показателей не всегда может иметь причинно-следственный характер. В такую связь могут «вмешиваться» и другие социальные характеристики — возрастно-половой состав профессионально-отраслевой группы, уровень образования, культурные факторы, способные спровоцировать «систематическую» ошибку в интерпретации причинно-следственных отношений между характером труда и отраслевой принадлежностью, с одной стороны, и социально-медицинскими характеристиками — с другой. Но сам факт установленной в данном исследовании такой причинно-следственной связи, несомненно, представляет интерес для оценки ситуации и динамики общественного здоровья в разрезе отдельных отраслей хозяйства.

Модели поведения занятого населения в случае болезни незначительно различаются в отраслевом плане. При общем преобладании стратегии «мягкого отказа» от профессиональной медицинской помощи практически во всех отраслевых группах занятого населения (и персонал медицинских учреждений не является исключением в данном отношении), некоторые различия обнаруживаются в степени распространения «жесткого отказа» как наиболее опасной стратегии.

Объяснения столь значительного разброса показателей «жесткого отказа» (от 9 до 29%), выявленных между отраслевыми группами пациентов, могут быть не только в плоскости культуры, ценностного отношения к здоровью, но и в реальных организационных, технологических и экономических условиях труда. Так, большая распространенность «жесткого отказа» среди работников транспорта, строительных организаций, сервисных служб и бытового обслуживания

объясняется преобладающей формой оплаты труда (в зависимости от индивидуальной выработки). При этом в указанных отраслях сильнее фоновых значений оказывается ценностное отношение к здоровью (например, в бытовом обслуживании и сервисе — 54%, электроэнергетике и электротехнике — 47%). В таком случае следует признать, что организационно-производственные условия труда вступают в противоречие с позитивными элементами культуры здоровья.

Еще значительнее оказываются различия между отраслевыми группами в распространенности позитивной стратегии. Доля такой стратегии среди них варьирует от 4–7% (персонал бытового обслуживания, строительства, транспортировки нефти и газа, связь, лесного хозяйства) до 16–20% (служащие управления, армии и правоохранительных органов).

Выявленные характерные особенности заслуживают внимания при разработке отраслевых и корпоративных программ в области профилактической медицины, в частности организации целевых (скрининговых) медицинских осмотров, программ добровольного медицинского страхования, диспансеризации. Для достижения наибольшей социальной эффективности от реализации таких программ требуется проведение особой подготовительной, информационной и организационной работы внутри корпорации с привлечением ее административного корпуса, формальных и неформальных лидеров в коллективах.

**Пенсионеры.** В обществе пенсионеры традиционно воспринимаются как особая группа получателей медицинской помощи. Образ жизни пенсионеров, стереотипами которого наполнена реальная жизнь, сочетает сравнительно большую сосредоточенность на вопросах здоровья, объективно большую потребность в медицинской помощи (в связи с возрастными особенностями заболеваемости), подчеркнутое стремление к сохранению потенциала индивидуального здоровья, повышенную тревожность в отношении собственного здоровья, а потому большую озабоченность состоянием общественной системы здравоохранения.

Общим фоном этих медико-социальных особенностей для большинства пенсионеров в современной России является их относительно низкий уровень благосостояния и сокращение потребления социальных благ и услуг. Многие пенсионеры вынужденно выпадают из широкой системы социальных связей, свойственной людям в молодом и среднем возрасте. Пожилым чаще свойственно состояние социального одиночества, в том числе в связи со значительной разницей в средней продолжительности предстоящей жизни мужчин, женщин и разрывом брачных уз. Дополнительным обстоятельством,

**Возрастные особенности ценностного отношения  
пенсионеров к здоровью, %**

№ п/п	Утверждения	Доля давших положительные ответы по возрастным группам				
		45–50	51–60	61–70	71–80	Старше 80
1	«На первом месте у меня не здоровье, а другие проблемы»	40	30	24	18	9
2	«Здоровье для меня сейчас — самое главное в жизни»	56	66	78	85	92

Работающие пенсионеры в большинстве своем разделяют в сфере здоровья ценности и модели, свойственные остальной части занятого населения. Как следствие, среди них почти вдвое меньше, чем среди неработающих пенсионеров, распространена оптимальная стратегия взаимодействия с профессиональной медициной по поводу собственных заболеваний.

Сравнительная статистическая картина заболеваемости и социально-медицинских характеристик двух категорий пенсионеров приведена в табл. 21. Из нее следует, что при близких значениях субъективных показателей — общего среднего числа известных пациенту заболеваний и уровня информированности о заболеваниях, разница между этими двумя категориями пенсионеров оказывается существенной в плане объективных показателей заболеваемости. Так, показатели заболеваемости по обращаемости и исчерпанной заболеваемости у работающих пенсионеров заметно ниже (соответственно на 0,95 и 1,5 пункта).

Таблица 21

**Медико-социальные индикаторы  
по основным категориям пенсионеров**

№ п/п	Основные категории пенсионеров	Медико-социальные индикаторы*					
		ИТ	УИ	ИПЗ	ЗО	МО	ИЗ
1	На пенсии и работают	0,64	0,69	2,58	3,73	3,07	6,8
2	На пенсии и не работают	0,77	0,63	2,96	4,68	3,58	8,3

\* Условные обозначения см. в табл. 19.

обострившим эту ситуацию, явилось внедрение государственного механизма «монетизации» медико-социальных льгот. Все эти общие социально-исторические и возрастно-психологические особенности положения пенсионеров как социально-медицинской общности проявляются с неодинаковой остротой в разных этнических средах и в структуре расселения. Наконец, именно в среде пенсионеров состояние здоровья становится главным детерминантом образа жизни, определяет основные виды и способы их жизнедеятельности.

Одновременно в среде пенсионеров с наибольшей активностью происходит формирование особых сообществ, организованных на основе сходных заболеваний и социальной взаимоподдержке (общества больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой, онкологических больных и др.). Отличительная черта подавляющего большинства этих социальных групп — адаптация всего образа жизни к ограничениям или требованиям, возникающим в связи с конкретными заболеваниями. Однако было бы преувеличением считать, что пенсионерам как социально-медицинской группе присуща однородность. В этой группе обнаруживается по целому ряду социально-медицинских параметров не только глубокая дифференциация<sup>1</sup>, но и противоречивость информационных, ценностных и поведенческих сторон. Все сказанное и придает особую значимость медико-социологическому анализу положения пенсионеров в контексте комплексного изучения общественного здоровья.

Здоровье находится в центре ценностного ядра большинства пенсионеров (78%), и <sup>2</sup>/<sub>3</sub> их свойственно частое или постоянное беспокойство по поводу здоровья. Лишь каждый двадцатый пенсионер считает себя здоровым человеком. Наряду с этим четверть пенсионеров утверждает, что в жизни есть более важные вещи, чем здоровье, правда, удельный вес таких суждений с возрастом снижается и одновременно растет признание здоровья в качестве главной ценности (табл. 20).

Многие различия как в социально-экономическом положении пенсионеров, так и в их объективных и субъективных социально-медицинских характеристиках обусловлены их социальным статусом. Так, тревожность по поводу состояния здоровья и ценностное отношение к собственному здоровью среди работающих пенсионеров почти вдвое ниже по сравнению с неработающими пенсионерами.

<sup>1</sup> Среди пенсионеров 20% мужчин находятся в возрасте до 60 лет и 10% женщин — до 55 лет. Экономическая дифференциация пенсионеров связана с наличием трудоустройства (20%) или его отсутствием (80%), что в большой степени обусловлено состоянием здоровья. Средний возраст работающих пенсионеров составляет 59 лет, неработающих — 67 лет.

Наибольшая разница в субъективных социально-медицинских параметрах двух категорий пенсионеров относится к самооценке здоровья. Среди неработающих пенсионеров практически каждый второй считает свое состояние здоровья плохим, в то время как среди работающих пенсионеров таким образом здоровье оценивает в среднем лишь каждый шестой. Самооценка здоровья как удовлетворительного в указанных группах свойственна, соответственно 39 и 67%.

В характеристике положения пенсионеров как специфической социально-медицинской общности заслуживает особого внимания проблема доступности врачебной помощи. Для многих пенсионеров доступность медицинской помощи в значительной мере определяет их ежедневное самочувствие и повседневную активность. Ситуация в этом плане в Новгородском регионе, судя по данным опроса, выглядит относительно благополучно: лишь около 12% пенсионеров ссылаются на постоянные затруднения в получении общей врачебной помощи.

Значительно больше распространено среди пенсионеров мнение о недоступности специализированной медицинской помощи. Более трети пенсионеров отмечает, что попасть на прием к врачу-специалисту бывает всегда трудно, еще около половины (47%) испытывает подобные затруднения время от времени, и лишь каждый шестой пенсионер считает специализированную медицинскую помощь вполне доступной.

Затруднения пенсионеров в получении некоторых видов медицинской помощи нельзя целиком ассоциировать с недостатками системы здравоохранения. Эти затруднения в реальности нередко связаны с ограниченной подвижностью самих пациентов пожилого возраста. Так или иначе значительный масштаб выявленных затруднений в получении своевременной и качественной медицинской помощи служит поводом к постановке новых организационно-технических задач в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», других федеральных медико-социальных программ для обеспечения большей доступности медицинской помощи пенсионерам и инвалидам.

### 3.2.2. Слои населения по уровню благосостояния

Уровень благосостояния индивида или группы является существенным фактором состояния и динамики здоровья (с точки зрения обладания достаточными финансовыми средствами для приобретения необходимых медицинских товаров и услуг), структуры денежных расходов и потребления индивида, его образа жизни в целом.

В соответствии с накопленным при проведении социологических исследований методическим опытом за основу измерения уровня материального благосостояния взрослых нами была принята номинальная шкала. Ее пять градаций последовательно обозначают достаточность денежных доходов для удовлетворения потребностей в трех основных видах жизненных средств: питании, товарах повседневного спроса и товарах длительного пользования.

В табл. 22 представлена структура оценок ценностного отношения взрослых к здоровью по уровням их благосостояния и самоидентификация разных слоев населения на фоне образа «здорового человека». Статистическая картина в целом говорит об обратной зависимости между этими характеристиками: чем выше благосостояние индивида, тем слабее ценностное отношение к своему здоровью, на фоне возрастающей динамики самооценок «Я — здоровый человек». Противоречивое влияние уровня благосостояния на ценностное отношение к собственному здоровью ранее зафиксировано исследователями и применительно к экономическим элитам современного российского общества<sup>1</sup>.

Таблица 22

**Взаимосвязь ценностного отношения взрослого населения к здоровью с уровнем благосостояния, %**

№ п/п	Утверждения	Доля согласных по уровням благосостояния				
		крайне низкий	низкий	средний	хороший	высокий
1	«Я — здоровый человек»	11	8	15	28	46
2	«Здоровье — самое главное в жизни»	66	62	52	38	36
3	«Здоровье — не главное, есть более важные вещи»	42	35	48	55	53

Применение зеркальной пары индикаторов позволяет заметить, что наиболее противоречивое ценностное отношение к здоровью сложилось в достаточно представительном слое с «хорошим» уровнем благосостояния. В нем лишь 28% опрошенных признают себя здоровым человеком, однако более половины не считают здоровье приоритетной жизненной ценностью.

Связь ценностного отношения к здоровью с уровнем материального благосостояния прослеживается не только на фоне всего мас-

<sup>1</sup> Бабаева Л.В., Чирикова А.Е. Бизнес-элита России: образ мировоззрения и типы поведения // Социологические исследования. 1995. № 4.

сива, но и внутри отдельно взятой возрастной категории взрослых (табл. 23). Доминирующее признание ценности здоровья присуще лишь слоям с «крайне низким» и «низким» уровнем благосостояния. Внутри отдельных возрастных когорт динамика ценностного отношения к здоровью в зависимости от уровня благосостояния принципиально повторяется с общей тенденцией к увеличению с возрастом.

Таблица 23

**Возрастные особенности взаимосвязи  
ценностного отношения взрослого населения к здоровью  
с уровнем благосостояния, %**

№ п/п	Возраст, лет	Уровни благосостояния	Отношение к высказыванию: «Здоровье — самое главное в моей жизни»		
			согласны	не согласны	затруд. ответить
1	до 30	Крайне низкий и низкий	35	43	22
2		Средний	33	40	27
3		Хороший и высокий	30	35	35
4	31–40	Крайне низкий и низкий	39	30	31
5		Средний	37	39	24
6		Хороший и высокий	25	38	37
7	41–50	Крайне низкий и низкий	45	31	24
8		Средний	38	34	28
9		Хороший и высокий	37	36	27
10	51–60	Крайне низкий и низкий	62	20	18
11		Средний	58	22	20
12		Хороший и высокий	47	25	28
13	61–70	Крайне низкий и низкий	82	6	12
14		Средний	76	9	15
15		Хороший и высокий	71	17	12

Приводимый ниже комплекс медико-социальных индикаторов показывает, что информированность о заболеваниях и результаты объективных медицинских обследований статистически связаны с уровнем материального благосостояния (табл. 24).

**Взаимосвязь медико-социальных индикаторов  
с уровнем благосостояния населения**

№ п/п	Уровни благосостояния	Медико-социальные индикаторы*					
		ИТ	УИ	ИПЗ	ЗО	МО	ИЗ
1	Крайне низкий	73	59	2,49	4,22	2,50	6,72
2	Низкий	68	61	2,46	4,06	2,47	6,53
3	Средний	56	61	2,02	3,31	2,02	5,33
4	Хороший и высокий	47	60	1,59	2,63	1,57	4,20

\* Условные обозначения см. в табл. 19.

Рассматривая статистические данные табл. 23 и 24, мы не можем, к сожалению, проанализировать причинно-следственные связи выявленной зависимости медико-социальных индикаторов и уровня благосостояния пациентов. Использование только количественных методов исследования не позволяет доказательно судить о том, в какой мере заболеваемость (в объективных показателях — по обращаемости или медицинским осмотрам) обусловлена уровнем материального благосостояния и через какие именно социальные (социально-правовые, медико-социальные, социально-экономические) механизмы общественной жизни реализуется подобная обусловленность. Для раскрытия причинно-следственных связей данной проблемы требуется разработка и реализация методологии, сочетающей количественные и качественные методы сбора и анализа медико-социальной информации. Определенные шаги в этом направлении нами сделаны при разработке эмпирических индикаторов социальной обусловленности общественного здоровья<sup>1</sup>.

В данном случае можно констатировать, как именно распределяется статистическая картина заболеваемости по основным социально-экономическим слоям населения. Можно также утверждать, что с повышением уровня благосостояния существенно снижается заболеваемость по обращаемости (с 4,2 до 2,6 диагнозов в среднем) и исчерпанная заболеваемость (с 6,7 до 4,2 диагнозов в среднем). Одновременно с повышением уровня благосостояния пациентов устойчиво снижается их тревожность по поводу состояния своего здоровья (индекс тревожности варьирует от 73 до 47), при сравнительно одинаковых уровнях информированности пациентов всех социально-экономических слоев о своих заболеваниях (59–61).

<sup>1</sup> Подробнее см.: Медик В.А., Осипов А.М. Методологические проблемы социальной статистики общественного здоровья // Здоровоохранение Российской Федерации. 2007. № 5.

Социально-экономические слои мало разнятся по социальным практикам в сфере здоровья и, в частности, по сравнительной распространенности стратегии самолечения, что видно из табл. 25. Приведенные в ней данные лишь подчеркивают наличие своеобразного медико-культурного кризиса слоев со «средним» и «хорошим» уровнями благосостояния. Материальный достаток в массе этих слоев, к сожалению, не ведет к формированию оптимальной стратегии поведения в случае болезни. Большинство их представителей закрепляется на позициях самолечения и «мягкого отказа» от профессиональной медицинской помощи. Одну из причин этого можно видеть в состоянии государственного и неразвитости частного секторов здравоохранения, что в том и другом случае не отвечает запросам пациентов со «средним» и «хорошим» благосостоянием пациентов.

Таблица 25

**Распространенность поведенческих стратегий в сфере здоровья по уровням благосостояния населения, %**

№ п/п	Уровни благосостояния	Варианты ответов на вопрос: «Всегда ли при болезни Вы обращаетесь к врачу?»		
		«Жесткий отказ»	«Мягкий отказ»	Всегда обращаются за медицинской помощью
1	Крайне низкий	15	67	16
2	Низкий	11	65	19
3	Средний	12	73	13
4	Хороший и высокий	17	66	16

В то же время социально-экономические слои существенно различаются по самооценке здоровья (табл. 26). При этом самооценка статистически оказывается в прямой зависимости от уровня благосостояния. В слоях с низким уровнем благосостояния неудовлетворительная оценка своего здоровья свойственна едва ли не каждому второму, в то время как в слоях со средним и высоким уровнями — соответственно лишь каждому пятому и каждому одиннадцатому.

Таблица 26

**Взаимосвязь самооценок здоровья с уровнями благосостояния населения, %**

№ п/п	Уровни благосостояния	Самооценка здоровья			
		Плохое	Удовлетворительное	Хорошее	Затруд. ответить
1	Крайне низкий	46	31	8	15
2	Низкий	42	41	4	13
3	Средний	18	62	8	12
4	Хороший и высокий	9	54	22	9

**3.2.3. Учащаяся молодежь**

В проведенном исследовании общественного здоровья учащаяся молодежь выделялась как категория, которая характеризуется достижением совершеннолетия и принадлежностью к образовательным учреждениям. Положение учащейся молодежи в социально-медицинском плане имеет ряд заметных особенностей. Во-первых, по сравнению с другими категориями молодежи по основному роду занятий (безработные, работающие, сочетающие работу с учебой, находящиеся в декрете или отпуске по уходу) студентам чаще присуща общая положительная самооценка здоровья и реже — затруднение в его оценке (табл. 27).

Таблица 27

**Взаимосвязь самооценок здоровья с основным родом занятий молодежи, %**

№ п/п	Основной род занятий	Самооценки здоровья			
		Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Затруд. ответить
1	Учатся	35	51	6	8
2	Работают	27	58	4	11
3	Учатся и работают	34	43	7	16
4	Не работают и не учатся	27	44	7	13
5	В декрете, отпуске по уходу	26	55	9	10

Причины этого относительного благополучия вряд ли можно понять без проведения специального медико-социологического исследования. В их числе могут быть механизмы культурного и социально-экономического отбора (относительно лучшие шансы поступления в учреждения профессионального образования выходцев из более обеспеченных в культурном и финансовом плане слоев

общества, отмеченных и лучшим потенциалом здоровья). Свою роль играет, видимо, и сохранение в части учреждений профессионального образования (особенно в крупных вузах), в отличие от предприятий реального сектора экономики, элементов собственной медицинской инфраструктуры и традиций социальной и медицинской поддержки учащихся.

Ценностное отношение учащихся к своему здоровью на фоне других групп молодежи, различающихся по основному роду занятий, оказывается в целом сходным. Но, как было отмечено выше, учащаяся молодежь характеризуется наиболее низким уровнем информированности об установленных заболеваниях и тревожности по поводу состояния собственного здоровья. Одновременно учащимся больше, чем другим группам населения, свойственна завышенная самоидентификация и ложное представление о неисчерпаемом ресурсе здоровья, сознательная готовность к вступлению в разрушительные для здоровья ситуации. Поэтому в социально-медицинском плане учащихся следует рассматривать как группу риска, обусловленного прежде всего ее неразвитым ценностным отношением к своему здоровью.

Следует также отметить неодинаковый в действительности уровень организации медицинской помощи разным категориям учащихся. Если в условиях общеобразовательной школы такая помощь носит более систематический характер, то в учреждениях профессионального образования она заметно слабее. Со смещением молодежи в возрастную категорию совершеннолетних, а значительной ее части — из общеобразовательной школы в профессиональную происходит ее переход из-под опеки педиатрической службы во взрослую лечебную сеть. При этом уровень организованного медицинского наблюдения снижается вопреки возрастающей потребности в сохранении здоровья учащейся и занятой молодежи. Таким образом, риски в сфере здоровья для учащихся профессиональных училищ, колледжей и вузов возрастают.

Подобный вывод служит веским основанием для расстановки правильных акцентов в концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации и выделения студентов профессионально-образовательных учреждений в качестве одной из приоритетных групп в федеральных и региональных медико-социальных программах.

Беспокойство вызывает уже то обстоятельство, что лишь около трети студентов оценивает свое здоровье как «хорошее» и немногим более половины — как «удовлетворительное». Подобная структура самооценок здоровья студентов в целом мало меняется от младших курсов обучения к старшим, что противоречит реальной возрастной динамике показателей заболеваемости.

Во второй половине 1990-х гг. в результате выборочных обследований учащихся школ в Российской Федерации у 45–50% выпускников школ были выявлены серьезные морфофункциональные отклонения. Уровни хронической заболеваемости среди подростков составляли 50% у мальчиков и 75% у девочек. Практически каждый год уровень болезненности вновь поступающих в университет студентов оказывается выше по сравнению с предыдущими курсами<sup>1</sup>.

Материалы многолетних обследований студентов Новгородского государственного университета позволяют утверждать, что со второй половины 1990-х гг. происходит ухудшение показателей здоровья зачисляемых в вуз первокурсников. Оценки соматического здоровья студентов НовГУ, фиксируемые по индексному методу Г.Л. Апанасенко, свидетельствуют о преобладании низкого уровня здоровья. Доля студентов с высоким уровнем здоровья отмечается в пределах 1–2 процентных пунктов. Уровни хронической болезненности среди студентов составляют 47% у девушек и 36% у юношей<sup>2</sup>, а уровни информированности о хронических заболеваниях — соответственно 74 и 57%.

Структура самооценок здоровья студентов противоречит выводам, получаемым из анализа симптоматики самочувствия и данных о заболеваемости. Можно говорить об определенном притуплении саморефлексии по отношению к собственному здоровью у значительной части студентов, а также о завышении индивидуальных самооценок здоровья. Очевидно, это происходит под влиянием качественных сдвигов в социокультурной среде и образе жизни студенчества в целом. Значительно усиливается автономия студентов в планировании бюджета времени, в выборе круга общения и видов досуга. Одновременно в этой среде ослабевают социальный контроль и опека со стороны родителей и других взрослых, а институт кураторов в наших вузах по-прежнему не развит. Характерно, что в массе студентов девушкам намного реже, чем юношам, присуща удовлетворенность здоровьем, они же сравнительно лучше информированы о наличии хронических заболеваний.

Более высокий уровень материального благосостояния сочетается с более высокой самооценкой здоровья студентов: в экономически благополучном слое доля положительной самооценки здоровья втрое больше, чем в слое с низким благосостоянием. Такая динамика подтверждается и показателями частоты острых заболеваний, переносимых студентами из разных экономических слоев.

<sup>1</sup> Медик В.А., Осипов А.М. Университетское студенчество. М.: Логос, 2003.

<sup>2</sup> Фоменко Л.А. Оценка психосоматического здоровья студентов на основе математико-статистического моделирования по данным мониторинга. Автореф. дис... канд. психол. наук. СПб., 2002.

Ценностное отношение студентов к своему здоровью противоречиво. Самооценка здоровья в значительной степени не совпадает с самоидентификацией на фоне «здорового человека», что, возможно, связано с отсутствием у многих студентов надежных оснований (знаний, ценностного отношения) в оценке здоровья. И наоборот, к числу здоровых людей относят себя более четверти тех, кто болеют часто или сообщают о наличии диагнозов хронических заболеваний. Почти каждый седьмой из тех, кто относит себя к числу здоровых людей, ссылается на частые простудные заболевания или наличие хронических заболеваний и около трети студентов, не относящих себя к числу здоровых, все-таки определяют свое здоровье как «хорошее».

Индивидуальная самооценка здоровья в студенческой среде нередко противоречит оценке, определяющим фоном которой выступает преобладающее стереотипное представление о «здоровом человеке».

Положительная самооценка здоровья у студентов сочетается с более высокой удовлетворенностью взаимоотношениями в студенческой группе. И наоборот, у тех студентов, которые ссылаются на частые острые респираторные заболевания или наличие хронических заболеваний, чаще встречаются конфликтные взаимоотношения с товарищами по учебе<sup>1</sup>.

Несомненно, что самооценки студенческого здоровья заслуживают дальнейшего исследования, соотнесенного с анализом объективных показателей. С учетом заметной социальной дифференциации и динамики самооценок здоровья важно с помощью качественных методов уточнить и те смысловые основания, на которых строятся эти оценки, и стереотипные признаки «здорового человека» как нормативные критерии самоидентификации и поведения разных групп студентов в сфере здоровья.

Медико-социологический анализ симптоматики студенческого здоровья служит основанием для постановки и уточнения научных и практических проблем с позиции профессиональной медицины. Выявление негативной симптоматики самочувствия в анкетном опросе строилось на основе частотной шкалы и ряда индикаторов, включающих психосоматические и физиологические состояния, которые представляется необходимым рассмотреть более подробно.

**Психосоматические симптомы.** Симптомы психосоматического характера фиксируются в студенческом восприятии повседневно, они характерны для разных демографических и социально-эконо-

мических категорий учащейся молодежи. Повышенная утомляемость, усталость в течение дня — наиболее часто упоминаемый студентами симптом. Усталость выражает соотношение психофизических свойств, в частности утомляемости или устойчивости к умственным и физическим нагрузкам, с одной стороны, и реального объема и характера нагрузок — с другой. Причем нагрузки не ограничиваются учебными занятиями, а включают также иные энергозатратные виды деятельности, в том числе постоянные или временные приработки, спорт, развлечения и пр. Некоторые молодежные развлечения, будучи по форме пассивными, притом в сочетании с алкоголем, также порождают остаточную усталость.

Не испытывают усталости или испытывают ее редко лишь 38% студентов вуза. Среднее значение показателя частоты усталости во время учебного дня достигает 43% и незначительно варьирует между различными факультетами. Заметнее всего различия по данной симптоматике связаны с полом и экономическим положением. Среди девушек регулярная или частая усталость отмечается в полтора раза чаще, чем среди юношей. Чем ниже уровень благосостояния студентов, тем чаще они отмечают свою регулярную усталость в течение учебного дня, а между полярными слоями по благосостоянию разница в частоте этого симптома достигает трехкратного размера. От младших курсов к старшим показатели усталости снижаются, свидетельствуя о функциональной адаптации новичков в вузе.

Сонливое состояние на занятиях отмечается студентами столь же часто, как и повседневная усталость. Сонливость, регулярно мешающая учебным занятиям, свойственна в среднем каждому шестому студенту (17%), но ссылка на нее оказывается вдвое чаще среди студентов с «критически низким» уровнем благосостояния и тех, кто не занимается спортом. Любопытно то, что с наличием у студентов постоянных приработков — вечерней работы, ночных дежурств и т. п., этот симптом не превышает общие фоновые значения. Значит, такая сонливость на занятиях имеет иную обусловленность, коренится не во вторичных трудовых нагрузках (подработках), а в состоянии здоровья или связана с иными секторами жизнедеятельности (общением и досугом, самостоятельной учебной работой и пр.).

Более частые жалобы студентов на сонливость сочетаются с ослабленным интересом к учебе, с повышенной заболеваемостью и обостренным беспокойством по поводу собственного здоровья. Этот симптом характерен для молодежи с наиболее низкой позицией в стратификации здоровья.

Раздражительность — третий по частоте упоминаний симптом психосоматического плана. Повышенная раздражительность как

<sup>1</sup> Медик В.А., Осипов А.М. Университетское студенчество. М.: Логос, 2003. С. 100–110.

неадекватная реакция на ситуативные раздражители присуща каждому второму студенту. Показатель ее частоты достигает 38%, причем среди девушек он почти вдвое выше чем среди юношей. Частота данного симптома вдвое превышает фоновые значения среди студентов с «крайне низким» уровнем благосостояния и с повышенной тревожностью по поводу своего здоровья. Повышенная раздражительность взаимосвязана с отсутствием интереса к учебе, неудовлетворенностью качеством обучения и психологическим климатом в своей учебной группе.

Дурное настроение в отличие от ряда рассмотренных выше симптомов — один из интегральных субъективных индикаторов социального самочувствия. Оно, несомненно, служит фоном многих процессов не только в эмоционально-волевой сфере или в общей динамике психофизиологического состояния человека, но и в корпоративном психологическом климате. Распространенность «дурного настроения» представляется слишком широкой, особенно если иметь в виду возрастную специфику образа жизни студенчества и привычные стереотипы, приписывающие студенчеству жизнерадостное мироощущение.

Дурное настроение, подавленное состояние — признаки угнетенного социального самочувствия, которым часто сопутствует социальный пессимизм. Ссылки на дурное настроение характерны почти для каждого второго студента («время от времени» — 38%, «часто» — 10%), а средняя частота проявления составляет 37%. «Дурное настроение» взаимосвязано с социально-экономическими признаками: оно вдвое чаще отмечается у студентов с крайне низким уровнем благосостояния. Подобная связь отмечена также с низкой самооценкой здоровья и тревожностью, более частыми простудными заболеваниями, отсутствием интереса к учебе, неудовлетворенностью качеством обучения в вузе и взаимоотношениями в студенческой группе, устойчивой зависимостью от табакокурения и алкоголя, включенностью в наркополюльные компании.

Рассеянность и невозможность сосредоточиться на занятиях — мешают в учебе 42% студентов вуза, а как постоянный симптом отмечаются каждым десятым. Статистически они связаны с низким уровнем благосостояния студентов — две трети студентов из малообеспеченной среды ссылаются на регулярный характер этого симптома. Вполне ожидаемым является то, что с устойчивым отсутствием интереса к учебе рассеянность отмечается гораздо чаще (в четыре раза). Она также более характерна для студентов, в образе жизни которых нет баланса учебных занятий и полноценного активного отдыха (спорта, культурно-творческих занятий, общественной

работы). Невозможность сосредоточиться на учебных занятиях чаще присуща студентам с повышенной тревожностью по поводу собственного здоровья и с признаками наркополюльности. Среди таковых она свойственна каждому второму, т.е. превышает фоновые значения в полтора раза.

Общая тревожность как симптом вдвое чаще свойственна девушкам, а также студентам с низким уровнем благосостояния. Ее уровень мало взаимосвязан с восприятием учебного процесса или отношениями с товарищами по учебе, но прямо связан с низкой самооценкой здоровья и высокой метеочувствительностью.

Головные боли — сравнительно редкий симптом в числе психосоматических отклонений, но именно он имеет более выраженную физиологическую обусловленность. Их повышенная частота среди студентов должна вызывать тревогу по поводу возможных нарушений со стороны центральной нервной системы и снижения способности к обучению. Четверть студентов ссылается на регулярные головные боли, и распространенность этого симптома варьирует между факультетами от 21 до 32%. Данное недомогание более характерно для студентов гуманитарных и педагогических специальностей.

Ссылки студентов на частые головные боли в наибольшей степени детерминированы их половой принадлежностью и социально-экономическим положением (табл. 28). Среди юношей частота ссылок на головные боли почти вдвое ниже, чем среди девушек (соответственно 20 и 36%). В экономически бедствующем слое более 40% студентов оказывается под прессингом регулярных головных болей. Есть основание предполагать, что такое состояние — один из факторов низкой текущей успеваемости и отсева из вуза.

Таблица 28

Частота ссылок на головные боли  
в зависимости от уровня благосостояния студентов, %

№ п/п	Уровни благосостояния	Как часто бывают головные боли?				Средневзвешенное
		Никогда	Редко	Время от времени	Часто	
1	Крайне низкий	21,2	36,4	24,2	18,2	34,9
2	Низкий	18,1	52,8	20,8	8,3	29,8
3	Средний	18,2	56,6	17,5	6,9	28,0
4	Хороший	25,5	50,1	18,1	5,1	25,4
5	Высокий	26,9	52,7	16,1	3,2	23,7

Бессонница — один из редких симптомов, но для 1/7 части студентов она представляет серьезную проблему, повседневно отражаясь

на общем самочувствии, учебе и других видах деятельности. Лишь около 50% студентов не страдают от бессонницы.

Частота жалоб на бессонницу усиливается от первого курса обучения к пятому, и уже сам этот факт заставляет внимательнее анализировать ее динамику в студенческой среде. Большая частота жалоб свойственна девушкам а также студентам, имеющим свои собственные семьи или проживающим в общежитиях. Как ни странно, совмещение учебы с приработками не влияет на частоту бессонницы, но ее заметным статистическим фактором оказывается низкий уровень материального благосостояния, при котором каждый четвертый-пятый студент регулярно ссылается на бессонницу.

Бессонница служит и своеобразным индикатором тревожности по поводу своего здоровья. Так, среди студентов, испытывающих постоянное беспокойство по поводу своего здоровья, практически треть регулярно страдает от бессонницы, что более чем вдвое выше фоновых величин. Бессонница в полтора раза чаще свойственна курильщикам и лицам, регулярно употребляющим алкоголь.

**Физиологические симптомы.** Многообразие и сложность диагностики физиологических симптомов самочувствия не позволяет в полном объеме отразить их в инструментарии стандартизированного опроса. Поэтому из массы таких симптомов были выбраны лишь те, которые отличаются однозначным восприятием респондентами и позволяют косвенно оценить распространенность некоторых заболеваний, а также значимость тех или иных мероприятий медико-профилактического характера в студенческой среде.

«Беспричинные» подъемы температуры тела — наиболее редкий и одновременно тревожащий симптом в самочувствии. Он с большой вероятностью говорит о наличии хронических очагов инфекции в организме. На него с разной частотой указывает почти треть студентов. Средняя частота ссылок составляет около 10% и вдвое выше среди девушек, чем среди юношей (что может быть связано отчасти с индивидуальными особенностями протекания менструального цикла у женщин). Другим дифференцирующим фактором частоты ссылок на повышение температуры тела оказывается уровень материального благосостояния студентов. При критически низком уровне благосостояния каждый второй студент ссылается на появление данного симптома, а каждый десятый испытывает его так часто, что он более чем вдвое превышает фоновые значения. Повышение температуры тела, фиксируемое самим пациентом, к сожалению, далеко не во всех случаях становится поводом обращения за медицинской помощью.

Боли в животе могут быть обусловлены факторами образа жизни или патологиями разного плана. Они в значительной степени связа-

ны с функционированием гормональной системы и пищеварения. Лишь пятая часть студентов не страдает от болей в животе, а средняя частота ссылок на боли достигает 28%. Данный симптом в полтора раза чаще встречается среди девушек и студентов из наименее обеспеченного слоя. Значимым фактором риска, как и следовало ожидать, является соблюдение правильного режима питания: среди студентов, соблюдающих такой режим постоянно, почти 40% вообще не ссылаются на боли в животе, что вдвое лучше фоновых значений. Статистическая динамика этого симптома также связана с тревожностью по поводу собственного здоровья: при характерной тревожности частота ссылок на боли в животе почти вдвое превышает фоновые значения.

Насморк — один из наиболее распространенных негативных симптомов самочувствия студентов. Средняя частота ссылок на него достигает 38% и почти вдвое выше фоновых значений среди студентов с крайне низким уровнем благосостояния. Постоянный насморк среди курильщиков встречается вдвое чаще, чем во всем массиве студентов. Это настолько привычное явление в молодежной среде, что он почти не ассоциируется с заболеваемостью: 45% студентов, жалующихся на частый насморк, одновременно относят себя к здоровым людям, и лишь около 30% проявляют тревожность по поводу здоровья. Хронический насморк, как правило, сочетается с другими симптомами заболевания дыхательных путей, в частности с кашлем: почти 50% студентов, жалующихся на частый насморк, одновременно ссылаются и на частый кашель.

На кашель как многогранный симптом состояния органов дыхания не жалуется лишь каждый шестой студент, а средняя частота ссылок на него составляет 28%. Частота жалоб на кашель статистически связана с метеочувствительностью и наличием аллергических заболеваний. Каждый шестой курильщик жалуется на регулярный кашель, а средняя частота ссылок на кашель у выкуривающих около пачки сигарет в день достигает 39%.

Привычный характер кашля в студенческой среде и слабое ценностное отношение к здоровью приводят к тому, что он не вызывает особой тревоги ни у его носителей, ни у подвергающихся опасности инфицирования окружающих. Несмотря на то что кашель является одной из главных причин распространения ОРВИ, его наличие не препятствует высокой самооценке здоровья. Среди тех, кого кашель беспокоит регулярно или часто (а таких в массе студентов — четверть), каждый второй считает себя здоровым.

Еще одной существенной стороной самочувствия студентов является широкая распространенность аллергических реакций.

Практически четверть студентов ссылается на признаки аллергии, а подавляющее большинство из этого числа знает перечень своих аллергенов. К наиболее часто упоминаемым аллергенам относятся некоторые пищевые продукты, пыльца, пыль, шерсть животных и лекарственные препараты. Характерно, что аллергические заболевания не воспринимаются как серьезные проблемы. Большинство страдающих от аллергии студентов никогда не обращались к врачу по этому поводу.

Между успеваемостью студентов и их медико-социальными характеристиками существует многоплановая связь, проявляющаяся в субъективных и объективных оценках. Высокая успеваемость сочетается с высокой самооценкой здоровья (табл. 29).

**Таблица 29**

**Взаимосвязь положительной самооценки здоровья с успеваемостью студентов, %**

№	Самооценка «здоровье хорошее»	Успеваемость (преобладающие оценки)		
		«5»	«4»	«3»
1	Весь массив	34,3	25,6	21,0
2	Мужчины	55,6	32,6	21,7
3	Женщины	25,2	21,4	19,5

Динамика взаимосвязи самооценок здоровья и успеваемости складывается под влиянием гендерного фактора — среди мужчин она выражена значительно сильнее.

Образ жизни и здоровье студентов связаны с уровнем напряженности учебного процесса, с соотношением времени учебы и отдыха в общем бюджете времени студентов. Это соотношение обусловлено внешними и внутренними факторами. Внешние факторы связаны с формальными рамками, налагаемыми учебным планом и графиком учебного процесса, требованиями преподавателей и техническими возможностями (доступностью литературы, лабораторий и пр.). Среди внутренних факторов — эмоционально-волевые характеристики личности и навыки самоорганизации, индивидуальная техническая, а также бытовая обеспеченность, обусловленная социоэкономическим статусом студента и его участием в разнообразных социальных связях и т. п. Особая роль принадлежит мотивации и ценностной ориентации студентов. Если в этих ориентациях будущая профессия и подготовка к ней занимают второстепенное место (а это свойственно значительной части студентов), то сложности, порождаемые внешними факторами, как правило, усиливаются.

Общая картина соотношения учебной и рекреационной деятельности студентов вуза вытекает из ответов на вопрос: «Насколько напряженной оказывается учеба для Вас лично?». Несомненно, что оптимальной является такая ситуация, в которой систематическая учеба сочетается с достаточными возможностями (экономическими, временными, физическими и др.) для активного отдыха, восстановления сил и духовного развития. Однако в действительности она не является типичной.

В среднем каждый пятый студент вуза отмечает, что учеба бывает «крайне напряженной» — настолько напряженной, что времени на отдых практически не остается. В этой ситуации есть позитивные и негативные стороны. Позитивная сторона состоит в наличии признаков сильной мотивации и развитой профессиональной ориентации, помогающих сосредоточиться на занятиях в течение учебного года. Негативная сторона видится в признаках явной перегрузки таких студентов учебой. Занятия не оставляют им времени для других необходимых видов жизнедеятельности — общественно-полезной, коммуникативной и досуговой. Спорт, забота о близких людях, а также о собственном здоровье и т. п. выпадают из их поля зрения.

Лишь около 40% студентов указывают на то, что в их учебе в вузе преобладают систематические занятия, но при этом остается достаточно времени на полноценный отдых и развлечения. Почти такая же часть студентов отмечает, что учеба не требует от них систематических занятий, а некоторая напряженность ощущается только во время экзаменационной сессии. Оценки напряженности неуклонно снижаются от первого к пятому курсу обучения, и доля студентов, которым напряженная учеба не оставляет времени для полноценного отдыха, снижается с 33 до 12%.

Значительная корреляция обнаруживается между показателями напряженности учебы и самоидентификацией студентов по образу «здорового человека» (табл. 30). С повышением самооценки здоровья снижается восприятие напряженной учебы и наоборот. При отрицательной самоидентификации у студентов нарастает пессимизм в отношении возможности сочетания систематической учебы с регулярным отдыхом. Сходная динамика проявляется между напряженностью учебы, с одной стороны, и тревожностью студентов по поводу своего здоровья. Сильная тревожность обостряет восприятие напряженности учебы.

Ситуация институциональной неупорядоченности ценностей и норм, связанных со здоровьем, становится все более типичной для российской молодежи. Как соотносятся в этой ситуации две стержневые ценности в образе жизни студенчества — учеба и здоровье?

Таблица 30

**Напряженность учебы и самоидентификация студентов  
на фоне «здорового человека», %**

№ п/п	Высказывания относительно напряженности учебного процесса в вузе	Ответы на вопрос: «Считаете ли Вы себя здоровым человеком?»				
		Да	Скорее да	Затруд. ответить	Скорее нет	Нет
1	Учеба не оставляет возможностей для полноценного отдыха	14	18	21	28	44
2	Удастся регулярно сочетать учебу и отдых	42	45	41	32	27

В отношении дилеммы «учеба — лечение» преобладает, как и во взрослом сообществе, так называемый «мягкий отказ» от врачебной помощи при болезни, когда студенты пропускают учебные занятия лишь при серьезном, по их мнению, заболевании (79%). На этом доминирующем фоне как исключение выглядят две полярные позиции: «всегда пропускают занятия при болезни» (9%) и «не пропускают занятия даже во время болезни» (12%).

Распространенность табакокурения и употребления алкоголя в студенческой среде притупляют восприятие напряженности учебного процесса, понижают долю учебной деятельности в бюджете времени, ослабляют ценностное отношение к здоровью и учебе. Две трети курильщиков, а также тех, кто употребляет алкоголь раз в неделю или чаще, сосредотачиваются на учебе лишь во время сессии. Зависимость от табака и алкоголя втрое сокращают возможность сочетания учебы с активным отдыхом.

Оценивая общие изменения в состоянии собственного здоровья за время учебы в вузе, 25% студентов отмечает его ухудшение, около 40% — стабильность, почти 35% затрудняется однозначно определить такое изменение. Показательно то, что в массе ответов практически отсутствует ссылка на сколько-нибудь заметное улучшение здоровья. Более конкретная характеристика такой ситуации возникает на основе детализированного анализа динамики заболеваемости, симптоматики самочувствия, а также при изучении показателей обращаемости к врачебной помощи.

В целом признаки ухудшения состояния здоровья за время учебы охватывают более 50% студентов вуза. При этом доля студентов вуза, отмечающих ухудшение состояния своего здоровья за время обуче-

ния от первого курса к выпускному, ежегодно увеличивается в среднем почти на 10%.

Среди пятикурсников она достигает 40%. Значительную часть в этом негативном приросте составляют девушки и приезжие студенты, что говорит об их недостаточной защищенности в медицинском плане, слабой адаптации и интеграции в сравнительно небольшом социально-медицинском пространстве вуза и города и, как следствие, приводит к более интенсивным потерям здоровья.

Анализ взаимосвязи медико-социальных характеристик с миграционными биографиями позволяет утверждать, что приезжие студенты в целом несколько улучшают общие медицинские показатели контингента студентов вуза. Однако в этой группе одновременно обнаруживаются и более существенные потери здоровья. Доля мигрантов среди учащейся молодежи больше, чем среди других социально-профессиональных групп населения. Но при исследованиях социальных проблем мигрантов нередко упускается из виду то, что сам факт миграции, как добровольной, так и вынужденной, часто сопровождается дезадаптивной ситуацией и стрессами. В связи с этим приезжие студенты заслуживают особого внимания в контексте программ профилактической медицины и социальной поддержки.

Но самым заметным фактором отрицательной динамики является уровень материального благосостояния студентов вуза. Чем он ниже, тем выше доля негативных самооценок в изменении здоровья (табл. 31), что в целом подтверждается и данными объективных медицинских обследований студентов вуза.

Таблица 31

**Взаимосвязь ухудшения здоровья за время обучения в вузе  
и уровня благосостояния студентов, %**

№ п/п	Уровни благосостояния	Варианты ответов на вопрос: «Произошло ли ухудшение Вашего здоровья за время обучения в вузе?»		
		Да	Нет	Затруд. ответить
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Крайне низкий	55	15	30
2	Низкий	33	36	28
3	Средний	29	38	33
4	Хороший	20	45	35
5	Высокий	20	53	26

Каков же характер потерь, связанных в ухудшением здоровья в процессе обучения, в наиболее общем виде? Треть всех студентов

усматривает ухудшение своего здоровья в более частых, чем прежде, недомоганиях, каждый восьмой студент — в появлении дополнительно установленных диагнозов хронических заболеваний и каждый двадцатый — в более частых острых заболеваниях.

Происходящее ухудшение состояния здоровья, по мнению самих студентов, связано в основном с тремя обстоятельствами: неправильным режимом учебного дня (который якобы не оставляет возможности для активного отдыха и восстановления), неудовлетворительным питанием и невозможностью следить за собственным здоровьем. В числе причин, упоминаемых реже, — высокие умственные нагрузки в учебе и отсутствие доступной врачебной помощи. В такой картине причин мнение студентов совпадает с экспертными оценками специалистов по общей гигиене, придающих образу жизни значение главного детерминанта общественного здоровья.

В этом контексте заслуживает внимания то обстоятельство, что, судя по социально-статистическим параметрам, учащаяся молодежь сравнительно быстро переходит на некоторые разрушительные для собственного здоровья модели поведения. Данная группа, средний возраст которой лишь немногим превышает 21 год, практически «догоняет» работающих взрослых по показателям активности курения и употребления алкоголя. Это обстоятельство прямо указывает на приоритеты профилактической медицины и социальной поддержки учащихся, которые более эффективно должны осуществляться в рамках государственной молодежной политики в стране и ее отдельных регионах.

### 3.3. ДЕТИ КАК ОСОБАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОБЩНОСТЬ

Международные классификации возрастных категорий, как известно, пока не достигли однозначности в определении формальных границ отдельных общностей, в том числе детей. Это связано нередко с национальными культурно-историческими или экономическими условиями отдельных стран, а также, возможно, с правовыми рамками и международными обязательствами, вытекающими из признания тех или иных определений возрастных границ детства.

Детский возраст, согласно существующей в Российской Федерации демографической классификации, определен в границах 0—17 лет и включает в себя подростковый возраст 15—17 лет. В культуре и правовых системах европейских стран в последние десятилетия действует тенденция повышения верхней границы подросткового возраста, что проявилось в увеличении продолжительности

программ обязательного образования. Молодежный возраст обычно определяется интервалом 15—29 лет. Таким образом, возникает взаимное рамочное наложение детского, подросткового и молодежного возраста.

Не включаясь в дискуссию о границах значимых возрастных интервалов, отметим, что в исследовании при разграничении детского и молодежного возрастов мы придерживались принятого в Российской Федерации официального социально-возрастного рубежа в 18 лет. С достижением этого возраста у индивида возникают многие качественно новые, не свойственные детству жизненные обстоятельства, гражданские права и обязанности. В частности: вступление в брак, реальное начало самостоятельной профессионально-трудовой жизни, достижение призывного возраста для юношей и наступление одинаковой с взрослыми юридической ответственности за некоторые виды правонарушений, гражданские права — избирать и быть избранным на выборах в органы государственной власти и местного самоуправления и др.

Важнейшей социальной особенностью детского возраста, впрочем, в большой степени это относится и к молодежному возрасту, является незавершенность процесса социализации. Такая незавершенность обнаруживается, в частности, в сфере здоровья и проявляется в отсутствии у многих представителей данной возрастной группы развитого ценностного отношения к собственному здоровью, сочетающего понимание возможностей и объективных ограничений в потенциале здоровья с чувством ответственности за его сохранение. Напротив, большинство лиц в детском возрасте проявляют незнание оптимальных моделей поведения в ситуациях, представляющих реальную опасность для здоровья. Более того, детям и многим людям в молодежном возрасте присуще иллюзорное представление о неисчерпаемости ресурса своего здоровья, отсюда — соответствующие модели поведения, пренебрегающие реальными рисками. Такое представление нередко переносится детьми и молодежью на людей старших возрастов, порождая своеобразные коллизии в социальных отношениях между поколениями.

Здоровье детей и подростков вполне обоснованно рассматривается в научно-практическом плане (на уровне отдельной семьи и социума) в качестве особой гуманитарной ценности, стратегического ресурса экономики и национальной безопасности государства.

Социальная ответственность за состояние здоровья детей в большинстве современных обществ возлагается преимущественно на государство и взрослых родителей. Она подкрепляется целевыми федеральными и региональными медико-социальными программами

ми. Данная тенденция отразилась в термине, обозначающем особый тип моногамной семьи — «детоцентристская семья»<sup>1</sup>, в которой совместная деятельность супругов в значительной степени сосредоточена на детях и связанных с ними проблемами.

С учетом отмеченной тенденции научно-методическая особенность проведенного нами медико-социологического исследования детей состояла в том, что анкетный опрос по поводу состояния здоровья и условий жизни ребенка проводился с одним из его родителей в момент, предшествующий объективному медицинскому обследованию ребенка. Материалы опроса соотносились с медицинской информацией из персонифицированных баз данных организаций здравоохранения и территориального фонда ОМС, а затем дополнялись результатами медицинских осмотров.

В массиве опрошенных взрослых родители составили около 90%. В остальных случаях респондентами выступили бабушки (5%), взрослые сестры или братья, другие близкие, опекуны, проживающие вместе с ребенком (5%). Дополнительно среди пациентов в возрасте 14–17 лет проводился опрос по блоку индикаторов, нацеленных на их социальную и психологическую идентификацию и лежащих в границах социального опыта подростков.

В сформированной системе эмпирических индикаторов опроса родителей впервые в России была сделана попытка выявить связь между факторами риска (конкретными социальными условиями, образом жизни семьи и ребенка), с одной стороны, и особенностями самосохранительного поведения родителей, детей и состоянием здоровья самого ребенка — с другой. Опрос был нацелен на сбор следующих блоков эмпирической информации о семье и ребенке:

- социально-культурные характеристики семьи (образование, этнический состав, уровень интеллектуальной деятельности);
- состав семьи (наличие совместно проживающих с ребенком родителей и ближайших родственников);
- социально-экономические условия (характер и условия труда занятых родителей и детей, уровень материального благосостояния, жилищно-бытовые условия семьи и ребенка);
- индивидуально-психологические особенности детей (индикаторы самооценки личности, психологическое самочувствие);
- социально-медицинские характеристики (информированность взрослых об имеющихся у детей заболеваниях, родительская тревожность по поводу состояния здоровья ребенка, опыт взаимодействия с медицинскими учреждениями, доступность общей и спе-

<sup>1</sup> Глод С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ. СПб.: Петрополис, 1998.

циализированной медицинской помощи, удовлетворенность медицинской помощью);

- социально-гигиенические условия жизни и здоровьесберегающая деятельность детей (индикаторы физической активности, режима дня и питания, лояльность к злоупотреблению ПАВ).

#### **Информированность взрослых об имеющихся у детей заболеваниях.**

Вне всякого сомнения, забота родителей о здоровье детей до достижения ими определенной самостоятельности является ведущим социальным фактором не только сохранения детского здоровья, но и опосредующим звеном эффективной медицинской помощи при заболевании.

В проведенном нами изучении здоровья населения установлено, что разница между показателями заболеваемости по обращаемости и исчерпанной заболеваемостью оказывается существенно меньше среди детей, чем у взрослых. Если уровень исчерпанной заболеваемости взрослых в 2 раза превышает значения показателя заболеваемости по обращаемости, то применительно к детскому населению подобное превышение составляет около 25%<sup>1</sup>. Объяснение этому — действующая в стране система профилактических медицинских осмотров, проводимых в детских дошкольных и школьных образовательных учреждениях, а также дополнительная опека детей в вопросах здоровья со стороны их родителей или взрослых родственников. Активность и эффективность такой опеки в значительной мере обусловлены информированностью родителей о состоянии здоровья своего ребенка. Причем под уровнем информированности родителей о здоровье ребенка мы понимаем отношение числа диагнозов заболеваний ребенка, сообщенных родителями в стандартизированном опросе, к данным о заболеваемости ребенка, зафиксированным при их обращаемости за медицинской помощью в медицинское учреждение. Оптимальной в данном случае представляется такая информированность родителей, когда это отношение приближается к 1,0. Ниже мы проанализируем уровень информированности взрослых о состоянии здоровья их детей по ряду количественных показателей, опираясь на данные стандартизированного опроса: сообщения родителей о известных им диагнозах острых и хронических заболеваний ребенка. Анализ проводился на фоне объективных медицинских данных детей, зафиксированных в персонифицированных базах данных. Характерно, что информированность взрослых о заболеваниях ребенка существенно полнее, чем их информированность о собственных заболеваниях. Тем не менее большинство взрослых, как

<sup>1</sup> Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

видно из материалов опроса, недостаточно информированы о состоянии здоровья своих детей и, в частности, об имеющихся у детей заболеваниях. Половина опрошенных на вопрос: «Есть ли у ребенка заболевания?» не назвали ни одного конкретного заболевания (причем несколько чаще это проявляется в отношении детей мужского пола), 22% сообщили об одном установленном диагнозе, 15% — о двух диагнозах, 14% — о трех и более диагнозах. Объективные медицинские исследования детей опрошенных родителей показали, что исчерпанная заболеваемость детей превышает эти показатели информированности в среднем в два раза.

Одним из первых факторов, попадающих в поле зрения при анализе информированности родителей о заболеваниях их детей, является достигнутый родителями уровень образования. В массиве опрошенных матерей действие образовательного фактора с очевидностью проявляется сразу по нескольким важным параметрам (табл. 32).

Таблица 32

**Взаимосвязь медико-социальных индикаторов здоровья детей с уровнем образования матерей**

№ п/п	Медико-социальные индикаторы здоровья детей	Достигнутый уровень образования матери				
		Неполное среднее	Полное среднее	Начальное профессиональное	Среднее профессиональное	Высшее
1	Не знают об установленных диагнозах заболеваний ребенка, %	64	56	53	43	43
2	Среднее число заболеваний ребенка, сообщенных родителями	0,51	0,90	0,84	1,18	1,17
3	Среднее число острых и хронических заболеваний ребенка, по обращаемости	2,80	2,70	3,40	3,47	3,48
4	Число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах	1,31	1,26	1,57	1,63	1,63
5	При заболеваниях ребенка никогда не обращаются к врачу («жесткий отказ»), %	15,5	12,5	6,3	6,2	5,6

Характерно, что более высокий уровень образования матери еще не обеспечивает решительного сокращения разрыва между действительным числом установленных диагнозов, с одной стороны, и информированностью матери о заболеваниях ребенка — с другой. В разных образовательных категориях матерей такой разрыв остается значительным, что видно из сравнения величин в строках 2 и 3 табл. 32. Низкий образовательный уровень матери, кроме того, выступает индикатором сравнительно большего риска такого поведения, когда при заболевании ребенка она отказывается от обращения к профессиональной медицинской помощи («жесткий отказ»).

Родители не информированы в среднем о двух заболеваниях своего ребенка, установленных по обращаемости. При этом они крайне редко проводят разграничения между диагнозами острых и хронических заболеваний ребенка (табл. 33).

Таблица 33

**Соотношение диагнозов заболеваний ребенка, сообщенных в опросе взрослыми, по данным обращаемости и медицинских осмотров**

№ п/п	Результаты объективных исследований	Количество заболеваний ребенка, известных взрослому					
		0	1	2	3	4	5
1	Число острых заболеваний, по обращаемости	—	1,35	1,33	1,55	1,77	1,45
2	Число хронических заболеваний, по обращаемости	—	1,97	2,71	3,02	2,88	3,41
3	Число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах	1,18	1,44	1,97	2,10	2,07	2,5
4	Итого в среднем по исчерпанной заболеваемости	1,18	4,76	6,01	6,67	6,72	7,36

Тревожную картину, отраженную в табл. 33, вряд ли можно признать нормальной. Ее объяснение может быть лишь отчасти связано с недостаточной частотой медицинских обследований детей (особенно мальчиков) или сочетанной природой ряда заболеваний.

С социологической точки зрения данная ситуация выражает усиливающееся отставание информированности тех групп родителей, чья ответственность за здоровье ребенка, при регулярном обращении к медицинской помощи должна становиться все более значимой социальной предпосылкой как качественной диагностики, так и эф-

фективного лечения заболеваний. Поэтому выявление социальных факторов информированности представляется особенно важным для вскрытия причин, обуславливающих отмеченное отставание информированности взрослых о здоровье собственных детей.

Положительным свойством информированности взрослых о заболеваниях является то, что сообщения о заболеваниях детей, сделанные ими в стандартизированном опросе, лежат, как правило, в рамках перечня тех диагнозов, которые были ранее установлены при диспансерных медицинских осмотрах или по обращаемости в организации здравоохранения. Они зафиксированы в соответствующих документах медицинских учреждений и в персонифицированных базах данных. Наряду с этим значительная часть информации об установленных диагнозах ребенка, к сожалению, как показал опрос, остается не известной родителям. Вероятно, она забывается с течением времени или же родители не придают ей должного значения. А это опять-таки указывает на неразвитое ценностное отношение родителей к здоровью детей и ослабление их социальной ответственности в данной сфере семейной жизни. Так или иначе отсутствие у родителей информации о ранее установленных заболеваниях ребенка может служить гипотетическим индикатором и того обстоятельства, что ребенок не получает соответствующего лечения.

Лишь каждый пятый родитель информирован об определенном диагнозе хронического заболевания своего ребенка, и это по крайней мере в пять раз ниже объективного уровня заболеваемости детского населения, фиксируемого по обращаемости и в ходе регулярных диспансерных осмотров учащихся в образовательных учреждениях. Одно из наиболее заметных различий в информированности родителей о заболеваниях детей связано с фактом посещения ребенком детских и образовательных учреждений. Можно смело утверждать, что информированность родителей, чей ребенок не посещает детские учреждения, оказывается в среднем в два раза ниже фоновых значений. Почти  $\frac{3}{4}$  таких родителей в опросе сообщили, что ничего не знают о заболеваниях своего ребенка. Хотя доля таких семей в выборке по Новгородской области оказалась невелика (около 11%), развитие во многих регионах России вариативных и индивидуальных образовательных программ, в том числе дошкольных, может вести к увеличению доли детей, не включенных в рамки профилактических медицинских осмотров. Поэтому выявленная особенность заставляет обратить более пристальное внимание на указанную группу семей и, возможно, служит поводом к разработке и реализации индивидуальных (специальных) медико-образовательных программ в государственной системе здравоохранения и образования.

Уровни тревожности и информированности отца и матери о состоянии здоровья ребенка, а также их практика обращения к медицинской помощи оказываются весьма чувствительными к такой культурной характеристике, как образовательный статус родителей. В семьях с относительно низким образовательным статусом (неполное среднее образование, начальное профессиональное образование) вдвое чаще практикуется «жесткий отказ» от медицинской помощи при болезни ребенка, существенно реже бывает беспокойство и вдвое ниже — информированность о заболеваниях ребенка.

Другая особенность выражается в далеко не одинаковой информированности взрослых родственников (представляющих разные статусы внутри семьи) об образе жизни, здоровье и заболеваниях детей<sup>1</sup>. Традиционное распределение социальных ролей в современной семье относит заботу о здоровье детей и, соответственно, поддержание информированности об их заболеваниях, преимущественно к роли матери. Как и следовало ожидать, в опросе выявилась более высокая материнская информированность по сравнению с отцовской.

В полных нуклеарных семьях именно матери проявляют не только существенно более сильную обеспокоенность здоровьем ребенка, но сравнительно более полно информированы об имеющихся у ребенка заболеваниях. О наличии у ребенка хронических заболеваний информированы 14% отцов и 18% матерей. Здоровье собственного ребенка оценили как «хорошее» каждый второй опрошенный отец (в чем может проявляться завышенная оценка) и лишь каждая третья мать. Сосредоточение такой роли у женщин усугубляется тенденцией роста доли неполных семей, обычно сопровождающей процессы урбанизации. В неполных семьях, где ребенок проживает с отцом и другими родственниками без матери, отцы чаще принимают на себя функции заботы о здоровье детей, обычно свойственные матерям. В таких семьях, по сравнению с полными семьями, отцы вдвое чаще информированы о хронических заболеваниях детей, проявляют более выраженную тревожность, более последовательно прибегают к медицинской помощи при заболеваниях детей.

Многопоколенные семьи, в структуре которых присутствуют по крайней мере три поколения родственников (дети, их родители, родители их родителей — бабушки и/или дедушки), отмечены более разносторонней и полной информированностью о проблемах детского здоровья. Родственники третьего поколения (как правило, бабушки), по сравнению с матерями и отцами, оказываются наибо-

<sup>1</sup> В выборке опрошенных взрослых матери составили более 85%, отцы — 5%, другие близкие или родственники (бабушки, старшие сестры и братья, опекуны) — около 9%.

лее информированными об установленных диагнозах заболеваний детей (соответственно на 14 и 27 процентных пунктов). В многопоколенных семьях, по-видимому, складывается более оптимальное распределение социальных ролей между взрослыми, в том числе в отношении информации и участия в решении вопросов здоровья проживающих в семье детей.

Уровень информированности родителей о заболеваниях ребенка имеет определенную динамику соответственно возрасту детей. В целом, чем старше ребенок, тем выше общая информированность взрослых о перенесенных им заболеваниях, но и она оказывается все-таки далеко не полной, что видно из приводимой ниже табл. 34.

Таблица 34

**Возрастные особенности медико-социальных индикаторов здоровья детей**

№ п/п	Медико-социальные индикаторы здоровья детей	Возраст ребенка, лет			
		0–4	5–9	10–14	15–17
1	Родители, которые не сообщили (не знают) о заболеваниях ребенка, %	63	55	40	46
2	Среднее число острых заболеваний ребенка, сообщенных родителями	0,63	0,88	1,18	1,13
3	Среднее число острых заболеваний ребенка, по обращаемости	1,46	1,58	1,12	1,05

Частным примером исчерпывающе детальной информированности мамы о диагнозах двухлетнего ребенка служит следующее глубинное интервью.

Женщина, 30 лет, замужем, мать двухлетней девочки, образование высшее.

«У нас стоит диагноз кифоз позвоночника. Еще у нас небольшой астигматизм с глазками, но сказали, что со временем должно пройти. Еще у нас небольшие шумы в сердце, но это, говорят, в этом возрасте у многих. Они становятся меньше, но все равно держу это в голове».

В отношении информированности родителей о здоровье своих «взрослых» детей можно считать весьма типичной ситуацию, представленную в следующем фрагменте глубинного интервью.

Женщина, 38 лет, замужем, образование высшее, горожанка.

«Сыну почти 18, ... я, наверно, о его здоровье знаю не все. В наших детских поликлиниках ... они приписаны только до 16 лет. А, может, до 14?... Я тут теряюсь ..., а потом их переводят во взрослую... И в школе есть [медосмотры], и для мальчиков какие-то медосмотры в военкомате есть. Какие-то обследования худо-бедно были. Результаты их, конечно, знаю, только со слов сына. Что рассказывал, то и знаю...»

Противоречивой оказывается статистическая связь между информированностью родителей о заболеваниях ребенка, с одной стороны, и уровнем материального благосостояния семьи – с другой. В среднем по массиву обследованных семей, чем выше такой уровень, тем реже родители оказываются в состоянии ответить на вопрос о диагнозах заболеваний своего ребенка (табл. 35).

Таблица 35

**Взаимосвязь информированности родителей о заболеваниях ребенка с уровнем благосостояния семей**

№ п/п	Информированность родителей	Уровни благосостояния семей			
		Низкий	Средний	Хороший	Высокий
1	Родители не сообщили (не знают) о диагнозах заболеваний своего ребенка, %	39,8	47,2	52,4	56,0
2	Среднее число заболеваний ребенка, сообщенных родителями	1,09	1,08	0,89	0,96

Приведенные данные в целом подтверждают, применительно к здоровью детской популяции, закономерность, которая выражается в наличии обратной зависимости между уровнем материального благосостояния родителей и уровнем их информированности о состоянии здоровья ребенка, что само по себе является неожиданным и тревожным признаком.

Все сказанное выше указывает на то, что многочисленная категория детей из экономически неблагополучных семей, составляющая в обследованном репрезентативном массиве до 55%, оказывается в социально обусловленной ситуации риска.

Проблема информированности взрослых о состоянии здоровья их детей заслуживает внимания в практическом плане с точки зрения обеспечения достаточной и своевременной информации, способной повлиять на ценностное отношение родителей к здоровью детей и стратегии поведения. Так, если родители, как правило, неплохо информированы об учебных делах своих детей в школе, то совершенно неоправданным выглядит их неосведомленность в вопросах здоровья. На родительских собраниях в школах детально обсуждаются вопросы поведения и успеваемости детей, а вопросы здоровья, как правило, необоснованно игнорируются, не становясь предметом пристального внимания и своевременного решения. Однако именно от них в немалой степени зависит успеваемость, психологический климат, само будущее ребенка. Признав на национальном уровне

приоритетность здоровья детей, следует в деятельности педагогов и школьных медицинских работников сделать особый акцент на эту область профилактической медицины. Только таким образом можно добиться столь необходимой интеграции усилий работников здравоохранения, образования, семьи в здоровьесберегающей деятельности, придав данному направлению по-настоящему системный, межведомственный характер.

**Оценка взрослыми здоровья детей в семье.** Говоря в самом общем плане о состоянии здоровья своих детей, взрослые респонденты чаще склонны к положительным оценкам. В массиве опрошенных взрослых каждый третий считает состояние здоровья собственного ребенка хорошим, около 50% — удовлетворительным и лишь около 5% — плохим. Показательно, что затрудняется определенно оценить здоровье своего ребенка каждый десятый взрослый. Доля затруднившихся существенно возрастает при оценке состояния здоровья детей в возрасте старше 11 лет, т.е. за возрастными границами начальной школы. Например, в отношении подростков 16–17 лет каждый пятый взрослый затрудняется дать общую (положительную или отрицательную) оценку их состояния здоровья.

Насколько адекватны мнения взрослых в отношении состоянии здоровья своих детей, как эти оценки связаны со статусом ребенка и взрослого в семье и как они отражаются на поведении населения в сфере здоровья?

Статистический анализ показал, что существуют некоторые пороги соотношения преобладающих общих оценок здоровья ребенка и числа известных родителям диагнозов заболеваний, установленных у ребенка. Таблица 36 дает представление об этих порогах.

Таблица 36

**Взаимосвязь медико-социальных индикаторов с родительской оценкой здоровья детей**

№ п/п	Медико-социальные индикаторы здоровья детей	Оценка родителей здоровья ребенка			
		Хорошее	Удов-летв.	Плохое	Затруд. ответить
1	Родители не сообщили (не знают) о диагнозах заболеваний своего ребенка, %	69,1	39,4	16,3	55,7
2	Среднее число всех заболеваний ребенка, сообщенных родителями	0,38	1,24	2,04	0,96
3	Среднее число хронических заболеваний ребенка, сообщенных родителями	0,08	0,36	0,98	0,28

№ п/п	Медико-социальные индикаторы здоровья детей	Оценка родителей здоровья ребенка			
		Хорошее	Удов-летв.	Плохое	Затруд. ответить
4	Среднее число острых заболеваний ребенка, по обращаемости	1,07	1,37	1,82	2,06
5	Среднее число хронических заболеваний ребенка, по обращаемости	1,71	2,18	3,20	2,06
6	Среднее число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах	1,17	1,63	2,31	1,46

Все типы родительских оценок в отношении здоровья своих детей сочетаются с приблизительно одинаковым средним числом хронических заболеваний ребенка, зафиксированных при обращении в медицинские учреждения (1,7–2,1). Это позволяет предположить, что дальнейшие вариации в соотношении таких оценок и объективного состояния связаны с действием социальных и субъективных обстоятельств — ценностным отношением взрослого к здоровью своего ребенка, информированностью, субъективным представлением о значимости (опасности) тех или иных заболеваний детей и некоторыми другими факторами.

Как видно из табл. 36, у детей, чье здоровье родители считают хорошим, по данным обращаемости, в среднем установлено 1,7 диагноза хронических заболеваний, а при медицинском обследовании — еще дополнительно один диагноз. При родительской оценке «здоровье плохое» у ребенка зафиксировано по обращаемости в среднем 3 и более диагноза хронических заболеваний, а при объективном обследовании, дополнительно — 2, 3 диагноза.

Иными словами, низкая оценка родителями состояния здоровья ребенка может служить косвенным индикатором сравнительно более высокой «скрытой заболеваемости» и должна учитываться в работе врачей-педиатров.

В зафиксированной массе мнений взрослых о здоровье ребенка переход от положительной оценки к оценке «удовлетворительно» сочетается с информированностью об одном установленном диагнозе. Порогом негативной оценки (здоровье плохое или очень плохое) служит информированность в среднем о двух установленных диагнозах.

Учитывая, что среднее значение показателя заболеваемости детей по обращаемости втрое превышает значение уровня информирован-

ности взрослых о заболеваниях своих детей (а разница показателей исчерпанной заболеваемости и информированности, следовательно, оказывается еще больше), приведенные оценки здоровья детей из уст значительного числа взрослых можно считать завышенными. Общая оценка здоровья ребенка, по-видимому, во многом определяет то место, которое в совокупности повседневных проблем и забот взрослых занимает проблема здоровья ребенка. Косвенно это место отражается в частоте тревожности, испытываемой ими в связи с данной проблемой.

Такая тревожность родителей, как показывает опрос, не носит преобладающего характера. Ее распространенность во взаимосвязи с общей оценкой состояния здоровья ребенка на фоне обследованного массива представлена в табл. 37.

Таблица 37

**Взаимосвязь показателя тревожности  
с общей оценкой состояния  
здоровья ребенка родителями, %**

№ п/п	Варианты ответов на вопрос: «Есть ли у Вас беспокойство по поводу состояния здоровья ребенка?»	Общие оценки здоровья ребенка родителями			Затруд. ответить
		Хоро- шее	Удовлетво- рительное	Плохое	
1	Есть постоянно	4,3	16,6	67,3	14,2
2	Бывает часто	6,8	22,0	30,6	28,3
3	Бывает изредка	59,0	53,7	2,0	27,4
4	Беспокойства нет	28,6	6,1	0,0	2,8
5	Не дали ответа	1,3	1,6	0,0	27,4
6	Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Тревожность родителей особенно понятна в отношении здоровья детей младшего возраста, даже при общей положительной оценке здоровья ребенка. Такая тревожность, к сожалению, подчас основывается на недостаточности, неоднозначности и противоречивости получаемой от врачей педиатрической службы информации о состоянии здоровья ребенка. Неприятные ситуации, подобные той, что описывается в приведенном ниже фрагменте глубинного интервью, указывают не только на необходимость более полного использования

потенциала этой службы, особенно в части специализированной диагностики. Они также подводят к признанию целесообразности качественного изменения сложившихся практик взаимодействия педиатрической службы с родителями юных пациентов. В свою очередь, это должно привести к полному и систематическому обеспечению родителей медицинской информацией, к предотвращению возникновения и массового распространения среди них негативных стереотипов в отношении профессиональной педиатрии, к сокращению все еще очень значительной доли родителей, отдающих предпочтение стратегии самолечения при заболеваниях ребенка.

Женщина, 30 лет, замужем, образование высшее, мать двухлетней девочки.

«Беспокойство по поводу здоровья ребенка есть. У нас стоит диагноз кифоз позвоночника. И здесь была неприятная ситуация... на первом году жизни мне сказали, что динамика у нас хорошая и ничего делать не надо. Врачу ведь виднее... Но меня это все очень беспокоило. Мне посоветовали хорошую массажистку, и выяснилось, что массаж нам все-таки был очень нужен! Я считаю, что в детской поликлинике приуменьшили тяжесть нашего заболевания, ... им просто лень что-то делать. Мол, зарплаты маленькие. Они ничем не стимулируются, не мотивируются.

В поликлинике говорят одно, массажистка говорит другое, и я склонна верить ей. Наверное, мне надо сходить к какому-то третьему лицу, чтобы все прояснить...».

Вероятно, что многие родители оказываются один на один с проблемой поиска этого «кого-то третьего», и педиатрическая служба в данном отношении должна проявлять более активные усилия для лучшей ориентации родителей при поиске необходимой дополнительной консультативной помощи.

Болезни ребенка, особенно по мере его взросления, становятся, к сожалению, все более привычным явлением в жизни большинства современных семей. Чем старше ребенок, тем реже родители оценивают его здоровье как «хорошее», соответственно, тем чаще звучит оценка «удовлетворительное» и «плохое». Возникает впечатление, что в большой доле семей при отрицательной динамике состояния здоровья ребенка (объективном нарастании числа заболеваний) общие оценки чаще смещаются в категорию «здоровье удовлетворительное» и весьма редко — в категорию «здоровье плохое». В табл. 38 приведены оценки в отношении состояния здоровья мальчиков и девочек.

Таблица 38

Возрастно-половые особенности оценок состояния здоровья ребенка родителями, %

№ п/п	Возрастные группы детей, лет	Общие оценки здоровья ребенка родителями, по полу ребенка							
		Хорошее		Удовлетворительное		Плохое		Затруд. ответить	
		М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1	0–4	49	50	45	43	3	2	6	5
2	5–9	38	47	50	44	5	2	7	7
3	10–14	33	32	54	58	6	2	7	7
4	15–17	21	22	57	62	5	6	17	10

Преобладающим мнением о здоровье ребенка, с позиции родителей, остается оценка «здоровье удовлетворительное». В отмеченных выше детских возрастных интервалах данная оценка усиливается с 45 до 57% у мальчиков и с 43 до 62% у девочек.

Многие взрослые, будучи недостаточно полно и точно информированными о заболеваниях своего ребенка, а также о природе и последствиях конкретных заболеваний, воспринимают болезни ребенка как неизбежность. В итоге значительное число родителей имеет о здоровье собственного ребенка неадекватное мнение, которое приглушает необходимую ответственность за сохранение и укрепление его здоровья. Данное обстоятельство нельзя рассматривать вне контекста общего ослабления ценностного отношения к здоровью — как собственному, так и здоровью других людей, в том числе близких родственников и детей.

Представляет интерес та ситуация, в которой сочетаются удовлетворительная оценка состояния здоровья ребенка и редкое беспокойство взрослых по этому поводу. Во всем обследованном массиве такая позиция оказывается весьма распространенной, охватывая 28% взрослых. Как показал дальнейший анализ, эта позиция отмечена более низкой информированностью взрослых о здоровье ребенка (по сравнению с объективными данными о его заболеваниях, в том числе хронических), более привычным отказом родителей от медицинской помощи при болезни ребенка, более частым признанием отсутствия достаточного взаимопонимания между взрослыми членами семьи и ребенком.

В показателях тревожности родителей в отношении здоровья своих детей также обнаруживается весьма заметная динамика, связанная с полом и возрастом ребенка, которая представлена в табл. 39.

Таблица 39

Показатели тревожности родителей по поводу состояния здоровья ребенка в зависимости от его пола и возраста, %

№ п/п	Возрастные группы детей, лет	Варианты ответов на вопрос: «Есть ли у Вас беспокойство по поводу состояния здоровья ребенка?»							
		Есть постоянно		Бывает часто		Бывает изредка		Нет	
		М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1	0–4	11	8	15	17	55	50	18	21
2	5–9	12	9	17	19	58	59	13	13
3	10–14	18	16	18	22	50	52	13	9
4	15–17	16	20	16	20	42	51	25	9

Из таблицы видно, что отличительной чертой родительского восприятия состояния здоровья девочек от младшего возраста к старшему является увеличение доли родителей, испытывающих постоянное беспокойство (с 8 до 20%), при одновременном сокращении доли родителей, которые никогда не испытывают такого беспокойства (с 21 до 9%).

Иная картина складывается в родительском восприятии здоровья мальчиков. Их состояние здоровья, особенно в старшем подростковом возрасте, не вызывает беспокойства у каждого четвертого родителя, что противоречит объективной картине заболеваемости.

Итак, зафиксированная динамика и степень тревожности родителей по поводу состояния здоровья своих детей часто оказываются неадекватными и существенно заниженными. Это является не только психологическим основанием недооценки значительной частью родителей факторов риска детских заболеваний, необходимости здоровьесберегающей деятельности в повседневной жизни ребенка, но подчас напрямую ведет к игнорированию профессиональной медицинской помощи даже во время болезни ребенка.

**Взаимодействия родителей с профессиональной медициной.** Выше уже отмечалось, что в отношении здоровья своих детей значительная часть родителей действует с позиции широко распространенной в современном российском обществе стратегии самолечения. Обращение к медицинской помощи происходит зачастую в случае тяжелого состояния ребенка либо имеет место практически полный отказ от профессиональной помощи при любых заболеваниях. В массиве опрошенных родителей такие стратегии свойственны соответственно 39 и 7% респондентов. Уже из этого факта можно предположить, что

значительная часть детских заболеваний остается своевременно не выявленной и не санированной.

Структура поведенческих стратегий родителей в этом плане существенно меняется с возрастом ребенка, что видно из табл. 40. Чем старше дети, тем чаще родители при болезни ребенка игнорируют профессиональную медицинскую помощь.

**Таблица 40**

**Распространенность поведенческих стратегий родителей в зависимости от возраста ребенка, %**

№ п/п	Возрастные группы детей, лет	Варианты ответов на вопрос: «Всегда ли при болезни ребенка Вы обращаетесь к врачу?»			
		Всегда обращаются за медицинской помощью	«Мягкий отказ»	«Жесткий отказ»	Не дали ответа
1	0–4	60,3	32,8	3,8	3,1
2	5–9	52,3	41,5	4,3	1,9
3	10–14	48,3	40,6	8,9	2,2
4	15–17	38,4	41,7	9,6	10,3

Наиболее выразительная динамика родительских стратегий при болезни ребенка обнаруживается внутри возрастной группы детей до 4 лет. На первом и втором году жизни ребенка родители проявляют максимальное внимание и обращаются, как правило, к медицинской помощи при любых заболеваниях ребенка, затем подобное отношение заметно ослабевает. За границами этого возраста существенно усиливается «мягкий отказ» от медицинской помощи и обращение к ней лишь при серьезных заболеваниях ребенка, что, разумеется, нельзя признать оправданным. Такова типичная стратегия родителей с высоким социально-экономическим и образовательным статусом. Она зафиксирована в глубинном интервью с матерью двухлетней девочки, фрагмент которого приводится ниже.

Женщина, 30 лет, замужем, образование высшее, мать двухлетней девочки.

«Если я вижу, что с ребенком происходит то, что мне уже знакомо — сопли, там, кашель, то к врачу мы не обращаемся. Я вполне могу с этим справиться сама. Я сильно не беспокоюсь, ... испытанные методы лечения есть. Травки, там, всякие позавариваем... Это в том случае, если я точно знаю, что они помогают. Если нам выписывают антибиотики, то я очень осторожно к ним отношусь. Даю, если только вижу, что без них уже не обойтись».

В связи с этим возникает закономерный вопрос: как персонал педиатрической службы, зная о такой типичной стратегии из повседневных взаимодействий с родителями, реагирует на возрастающую медицинскую «самостоятельность» родителей? Сдержанное отношение многих педиатров к применяемым родителями средствами домашней медицины (которые сами по себе в отдельных случаях могут быть эффективными), возможно, подхлестывает в быту рост стратегий, игнорирующих профессиональную медицину.

Однако сознательная опора основной массы родителей исключительно на собственный опыт на всем протяжении «привычного» детского заболевания («сопли там, кашель...») означает, что профессиональная медицина в значительной степени выпадает из лечебно-диагностического процесса на разных стадиях болезни ребенка.

Сделанный выше вывод особенно актуален в плане предотвращения возможных обострений при течении заболевания ребенка, равно как и возможных осложнений. Риски, вытекающие из подобной стратегии, особенно нежелательны. Они выражают, по существу, нарастающую в обществе утрату ответственности и контроля профессиональной медицины в сфере охраны здоровья населения и, что особенно тревожно, детей.

Судя по данным стандартизированного опроса, следующее резкое изменение в родительских позициях по отношению к медицинской помощи происходит при достижении ребенком возраста 10 лет, когда стратегия «жесткого отказа» усиливается практически вдвое. В данных опроса заметен нарастающий отказ респондентов от ответа, что можно рассматривать как косвенный признак того или иного варианта игнорирования медицинской помощи при болезни ребенка.

Уровень обращений родителей при болезни ребенка к врачебной помощи оказывается статистически связанным со структурой семьи: родители в однодетных семьях чаще игнорируют врачебную помощь при заболеваниях мальчиков.

Очередность рождения ребенка также оказывает влияние на обращаемость родителей к врачебной помощи. При болезни ребенка большей очередности рождения (второй, третий ребенок) родители чаще прибегают к методам домашней медицины и самостоятельному лечению детей, что, вероятно, связано с высокой самооценкой родителями собственных медицинских знаний и личного опыта, вынесенного из практики лечения более раннего ребенка. Явное завышение такой родительской самооценки подчеркивается другим существенным обстоятельством: постоянное игнорирование врачебной помощи при любом, даже тяжелом течении болезни ребенка («жесткий

отказ») чаще свойственно родителям с низким образовательным статусом (14% матерей и 24% отцов с неполным средним образованием и лишь 5% матерей и отцов с высшим образованием).

Показательно то, что обращаемость родителей к медицинской помощи при болезни ребенка до определенного момента статистически мало связана с объективным состоянием его здоровья. Определенный перелом отношения родителей к врачебной помощи (преобладание установки на обращение при любом заболевании ребенка) возникает лишь когда у ребенка уже имеется три и более хронических заболевания. Отсюда можно сделать вывод, что обращаемость родителей в большей степени обусловлена именно субъективной опорой на собственный опыт, который становится в определенной степени барьером во взаимодействии с профессиональной медицинской.

Сильно выраженная субъективная, психологически неадекватная обусловленность обращений родителей к врачебной помощи проявляется и в зависимости этих обращений от характера взаимоотношений взрослых со своим ребенком в семье. В ситуациях с преобладанием хороших отношений и полным взаимопониманием между родителями и ребенком распространенность оптимальной стратегии (обращение к врачу при любом заболевании ребенка) достигает 46%, тогда как при плохих взаимоотношениях оптимальная стратегия охватывает лишь 1/4 родителей. Выявление подобной взаимосвязи — существенный повод для психологической диагностики семьи в целях профилактики тех поведенческих стратегий родителей, которые порождают дополнительные риски.

Лишь отчасти обращаемость родителей к врачебной помощи при болезни ребенка связана с доступностью общей врачебной помощи. Почти одинаково часто родители, расценивающие такую помощь как доступную или как всегда сопряженную с трудностями, прибегают к «мягкому отказу» и методам самолечения. Однако «жесткий отказ» вдвое чаще характерен для тех семей, в которых взрослые считают помощь участкового врача-педиатра всегда сопряженной с трудностями, что более характерно для сельской местности и малообеспеченных в экономическом плане семей. Сходная зависимость проявляется и в связи с доступностью специализированной медицинской помощи.

Структура обращений родителей к медицинской помощи при болезни ребенка статистически связана с уровнем материального благосостояния семьи. Особую тревогу вызывают в этом отношении малообеспеченные семьи, где отмечена наибольшая распространен-

ность «жесткого отказа» от медицинской помощи детям. Причем распространенность такой стратегии в семьях с крайне низким уровнем благосостояния в пять раз превышает аналогичный показатель в семьях с высоким уровнем достатка, что видно из анализа ответов родителей на вопрос: «Всегда ли при болезни ребенка Вы обращаетесь к врачу?» (табл. 41).

Таблица 41

**Распространенность поведенческих стратегий родителей в зависимости от уровня благосостояния семьи, %**

№ п/п	Уровни благосостояния семей	Варианты ответов на вопрос: «Всегда ли при болезни ребенка Вы обращаетесь к врачу?»			
		Всегда обращаются за медицинской помощью	«Мягкий отказ»	«Жесткий отказ»	Не дали ответа
1	Крайне низкий	47	33	20	1
2	Низкий	52	33	14	1
3	Средний	48	43	6	3
4	Хороший	52	38	8	2
5	Высокий	60	32	4	4

**Социально-гигиенические условия жизни детей.** Очевидно, что уровень заболеваемости детей зависит от жилищно-бытовых условий (табл. 42). Среднее число острых и хронических заболеваний у детей, не имеющих отдельных условий для проживания, значительно выше, чем у детей, проживающих в отдельной комнате.

Таблица 42

**Медицинские характеристики детей в зависимости от жилищно-бытовых условий**

№ п/п	Медицинские характеристики детей	Жилищно-бытовые условия ребенка			
		Отдельная комната	Детская для всех детей	Уголок в квартире	Отдельных условий нет
1	Среднее число острых заболеваний ребенка, по обращаемости	1,0	1,2	1,0	1,4
2	Среднее число хронических заболеваний ребенка, по обращаемости	1,9	1,9	2,4	2,4
3	Среднее число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах	1,4	1,4	1,4	1,3

Важнейшим показателем гигиенических условий быта ребенка является система его повседневного питания. Правильный режим питания предусматривает регулярный, не реже трех раз в день, прием полноценной, богатой витаминами пищи. Соблюдение такого режима питания детей обеспечивается, судя по данным опроса родителей, в среднем в 45% семей и обусловлено в первую очередь уровнем материального благосостояния. Так, постоянное соблюдение правильного режима питания ребенка обеспечивается в 65% экономически благополучных семей и только в 32% семей с низким уровнем благосостояния.

Но более действенным фактором соблюдения или несоблюдения ребенком правильного режима питания является, по-видимому, способность взрослых в семье к организации здорового питания как одного из необходимых элементов здорового образа жизни детей. В качестве узнаваемой «домашней» иллюстрации этой массовой проблемы ниже приведен фрагмент глубинного интервью с молодой мамой.

Женщина, 30 лет, замужем, образование высшее, мать двухлетней девочки.

«Режим питания ребенок, к сожалению, не соблюдает. Здесь, конечно, моя вина. Садимся есть: Аня, давай кушать — первое, второе и компот. Она поклоует — там чуть-чуть, там чуть-чуть, ко мне в тарелку залезет. Культуры питания, конечно, еще нет. И — все, побежала. Потом прибежит через пять минут — «Дай еще!». Я надеюсь, что в садике это наладится. Периодически покупаем витамины, стараемся, чтобы фрукты, соки были постоянно. Вот, муж с чего-то взял, что красная икра — это очень хорошо. И теперь каждый день — ложка икры. ... Да, сама в шоке».

Слабость родительских установок, связанных с обеспечением правильного режима питания детей, отсутствие необходимых представлений о культуре питания вообще и детского питания в частности — все эти отрицательные факторы, безусловно, способствуют возникновению ранних заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей.

Вряд ли можно рассчитывать на то, что преодоление перечисленных выше негативных факторов будет происходить само по себе. Совершенно недостаточными являются меры, лишь ограничивающие рекламу и розничную продажу ряда так называемых «массовых» продуктов питания и напитков, в том числе из известной категории «фаст-фуд», в детских и образовательных учреждениях. По-видимо-

му, распространенность этих факторов и их существенное влияние на совокупность социально-медицинских индикаторов детского здоровья заставляет говорить о целесообразности разработки образовательных программ, ориентированных на родителей, в том числе и по вопросам детского питания. Современная гигиена питания, педиатрическая служба, образовательные учреждения, разделяющие ответственность за социальное развитие и благополучие российской молодежи, не должны стоять в стороне от решения этого сложного комплекса учебно-методических и медико-гигиенических задач.

Внимание родителей к организации правильного режима питания уменьшается по мере взросления детей. Так, если в дошкольном возрасте необходимый режим питания постоянно соблюдается 70% обследованных детей, то к завершению школьного возраста (16–17 лет) — лишь 1/4 учащихся школ. Весьма показательным, что соблюдение правильного режима питания ребенка коррелирует с общими оценками взрослого о состоянии здоровья ребенка, что видно из анализа ответов на вопрос: «Соблюдает ли ребенок правильный режим питания?» (табл. 43).

Таблица 43

**Взаимосвязь оценки состояния здоровья ребенка родителями и его режима питания, %**

№ п/п	Варианты ответов на вопрос: «Соблюдает ли ребенок правильный режим питания?»	Общая оценка состояния здоровья ребенка		
		Хорошее	Удовлетворительное	Плохое
1	Да, постоянно	55,8	42,6	18,4
2	Да, с некоторыми исключениями	35,7	38,3	40,8
3	Редко	5,0	10,5	16,3
4	Нет	1,3	6,3	20,4
5	Не дали ответа	2,3	2,4	4,1

Другая существенная характеристика санитарно-бытовых и гигиенических условий жизни детей связана с табакокурением их родителей. На уровне обследованного репрезентативного массива более половины детей оказываются в зоне пассивного воздействия табачного дыма (табл. 44).

Таблица 44

**Распространенность табакокурения  
в семьях обследованных детей, %**

№ п/п	Члены семьи	Не дали ответа	Активность табакокурения (количество сигарет в день)			
			Не курят	Несколько сигарет	Около пачки сигарет	Курят, сколько точно — не известно
1	Отец	23,3	24,2	10,5	28,5	13,5
2	Мать	21,7	62,4	11,2	3,7	1,9
3	Братья / сестры	65,8	29,8	1,8	0,8	1,8

Табакокурение характерно для 40% отцов обследованных детей. Наибольшая степень зависимости от табака отмечена среди молодых отцов, сочетающих работу с учебой, — 49%. Среди матерей обследованных детей курит каждая шестая, чаще — женщины молодого возраста. Не вызывает сомнения взаимосвязь табакокурения родителей, с одной стороны, и отношением к курению ребенка — с другой (величина коэффициента корреляции Пирсона для этих пар признаков составляет: курит отец — 0,64 и курит мать — 0,61). Лояльность родителей к табакокурению наследуется большинством детей, со всеми вытекающими последствиями для их здоровья.

В проведенном исследовании подтверждено наличие взаимосвязи табакокурения родителей с распространенностью хронических заболеваний у детей (табл. 45). Данные этой таблицы заслуживают самой серьезной оценки. В семьях, где курят оба родителя, среднее число хронических заболеваний ребенка, выявленных по обращаемости и дополнительно установленных на медицинских осмотрах, значительно превышает аналогичные показатели в некурящих семьях.

Таблица 45

**Некоторые медико-социальные характеристики детей,  
проживающих совместно с курящими и некурящими родителями**

№ п/п	Медико-социальные характеристики детей	Родители не курят	Курят оба родителя
1	Среднее число хронических заболеваний ребенка, по обращаемости	2,21	2,73
2	Среднее число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах	1,66	2,33
3	Доля родителей, которые при болезни ребенка никогда не обращаются к врачу, %	5,2	20,0
4	Доля детей, занимающихся укреплением здоровья (закаливание, спорт, гимнастика), %	41,8	33,3

Вывод из приведенных выше данных однозначен: семейная среда, отмеченная стойкой зависимостью родителей от табакокурения, оказывается намного опаснее для состояния здоровья проживающих в такой семье детей. И не только в том отношении, что ребенок, подвергаясь повседневному воздействию табачного дыма, становится «пассивным курильщиком». Характерно, что в такой семье дети реже занимаются здоровьесберегающей деятельностью, а показатели их хронической заболеваемости почти на  $\frac{1}{4}$  выше.

В семьях с курящими родителями процессы формирования хронических заболеваний развиваются значительно активнее. Вероятно, еще и потому, что курящие родители в четыре раза чаще, чем некурящие, практикуют «жесткий отказ» от врачебной помощи при заболевании детей.

Следовательно, дети, проживающие в семьях курильщиков, нуждаются в более эффективной медицинской помощи, в своеобразной социальной «защите» от опасностей, связанных с неразвитой культурой быта и здоровья, с неадекватными социальными стратегиями курящих родителей. В таких случаях необходимо целенаправленное медико-пропагандистское воздействие на курящих родителей и более тщательное диспансерное наблюдение детей из таких семей, с использованием всего арсенала средств профилактической медицины. Кроме того, необходима более активная и разносторонняя социальная реклама здорового образа жизни всей семьи как ячейки социального сообщества и жизненно важной среды, влияющей на потенциал здоровья ребенка.

Употребление алкогольных напитков свойственно подавляющему большинству семей, в которых проживают обследованные дети (табл. 46). Трезвости привержены лишь около 10% семей, а регулярно употребляют алкоголь оба родителя (по праздникам, по выходным или ежедневно) в более 50% семей.

Таблица 46

**Распространенность употребления алкоголя  
в семьях обследованных детей, %**

№ п/п	Члены семьи	Не дали ответа	Не употребляют вообще	Частота употребления			
				Несколько раз в год	По праздникам	По выходным	Почти ежедневно
1	Отец	24,2	10,9	10,5	45,6	6,9	1,9
2	Мать	13,1	18,2	17,7	49,2	1,5	0,3

**Взаимосвязь показателей включенности отцов  
в табакокурение, употребление алкоголя и доли детей,  
занимающихся укреплением здоровья, %**

№ п/п	Показатели включенности отцов в табакокурение, употребление алкоголя	Доля детей, занимающихся укреплением здоровья, %
<i>Табакокурение</i>		
1	Не курят	38
2	Выкуривают несколько сигарет в день	33
3	Выкуривают около пачки сигарет в день	31
<i>Употребление алкоголя</i>		
4	Не употребляют	44
5	Употребляют несколько раз в год	35
6	Употребляют регулярно (по праздникам, выходным)	31

Удручает и другое, выявленное в процессе исследования обстоятельство: чем старше дети, тем ниже показатели вовлеченности их в занятия здоровьесберегающей деятельностью. В подростковом возрасте, судя по данным опроса родителей, лишь 32% детей включены в подобные занятия. Средства контроля, примененные в статистическом инструментарии, позволяющие утверждать, что мнения родителей и самих подростков в отношении включенности расходятся почти вдвое: свыше половины подростков (56%) сообщают о занятиях в организованных или индивидуальных формах, так или иначе направленных на укрепление здоровья. Очевидно, что приведенным перечнем видов деятельности не ограничивается широкое по своему смыслу понятие «регулярное укрепление здоровья». В него могут также входить и иные виды — прогулки на свежем воздухе в городе и в лесу, уроки физкультуры в образовательных учреждениях, занятия танцами, общение с животными, труд в саду или в огороде и многие другие. Затруднения части опрошенной группы взрослых респондентов в категоризации таких видов деятельности выразились в том, что почти каждый шестой не дал определенного ответа на поставленный вопрос о здоровьесберегающей деятельности ребенка.

Конкретное содержание таких занятий, которые можно рассматривать в качестве особых дополнительных физических, психоэмоциональных, рекреативных или социальных нагрузок и компонентов образа жизни ребенка, разумеется, оказывает дифференцированное влияние на разные функциональные системы детского организма. В зависимости от состояния конкретного ребенка оно может служить

Частоту употребления алкоголя родителями, особенно применительно к матерям, можно рассматривать как один из индикаторов общего социального неблагополучия семьи. Такое неблагополучие, в свою очередь, через многообразную совокупность социально-экономических, культурных и психофизических условий жизни ребенка может объективно отражаться и на его здоровье. В семьях, где мать ребенка регулярно употребляет алкоголь, показатели хронической заболеваемости детей в среднем на 25% выше фоновых.

Одним из индикативных показателей гигиенических условий является присутствие в повседневной жизни ребенка занятий, направленных на укрепление его здоровья (утренней гимнастики, закаливания или спорта). Судя по данным опроса родителей, подобные занятия охватывают около 38% обследованных детей, в том числе такие традиционные, как утренняя гимнастика — 16%, закаливание — 6%, спортивные занятия — 22%.

Инициатива здоровьесберегающей деятельности детей, особенно в младших возрастных группах, должна в первую очередь принадлежать родителям и старшим членам семьи. Между тем последние, зачастую испытывая перегрузки в сфере занятости, при общем ослаблении ценностного отношения к здоровью даже в свободное время недостаточно ориентированы на совместные здоровьесберегающие занятия с детьми. Подобное оправдание родительского «бессилия» в сфере здоровьесберегающей деятельности звучит в приводимом ниже фрагменте глубинного интервью с мамой двухлетнего ребенка.

Женщина, 30 лет, замужем, образование высшее, проживает в городской квартире с мужем и двухлетним ребенком вместе с родителями.

«Думаю, что если бы я сидела дома, то я бы с ребенком занималась и гимнастикой, закаливанием и многим другим полезным для его здоровья. Но я решила, что буду работать, а всем остальным занимается мать. Но она — пенсионерка, и я понимаю, что о закаливании и гимнастике говорить бесполезно... Она говорит: «Повесили мне хомут на шею». Больше о чем-то просить — у меня совести не хватит».

В процессе исследования были получены интересные результаты, устанавливающие взаимосвязь показателей включенности отцов в табакокурение, употребление алкоголя, с одной стороны, и доли их детей, занимающихся укреплением здоровья, — с другой. Анализ табл. 47 показывает: чем чаще отцы курят и употребляют алкоголь, тем меньше вовлеченность их детей в здоровьесберегающую деятельность, и наоборот. В этом смысле, вероятно, приверженность к здоровому образу жизни отцов сочетается с их большим вниманием к образу жизни детей, особенно — мальчиков.

позитивным или негативным фактором его здоровья. Более того, состояние здоровья ребенка само по себе служит предпосылкой для занятий тем или иным видом здоровьесохраняющей деятельности, а причинно-следственная связь между ними может быть не однозначной. Последнее обстоятельство необходимо учитывать при подборе индивидуальных лечебно-оздоровительных программ для ребенка.

Содержание и эффективность таких занятий, направленных на укрепление здоровья ребенка, составляют особый аспект медико-социологического изучения детского здоровья, требующий более детального рассмотрения. В проведенном же исследовании этот аспект рассматривался лишь в общем плане — как факт наличия подобных видов деятельности ребенка во взаимосвязи с некоторыми индикаторами состояния детского здоровья. Кроме того, сама социальная информация, получаемая методом опроса родителей, заслуживает критического осмысления в связи с тем, что некоторые виды занятий детей родители не воспринимают как здоровьесохраняющие или не вполне информированы о таковых. Эти замечания, на наш взгляд, могут стать отправной точкой для дальнейшего, более углубленного изучения социальных аспектов здоровьесохраняющей деятельности детей.

Особый аспект социально-гигиенических условий быта детей проявляется в психологическом климате. В опросе взрослых состояние этого климата измерялось посредством таких индикаторов, как частота конфликтов ребенка с окружающими людьми. В опросе детей подросткового возраста — через оценку их взаимоотношений с родителями, а также комплексом психологических индикаторов самооценки личности. На первый взгляд, общий уровень конфликтности в жизни взрослых существенно выше, чем в жизни подростков (табл. 48).

**Таблица 48**

**Распространенность психологических конфликтов взрослых и детей подросткового возраста, %**

№ п/п	Частота конфликтов	Взрослые	Подростки
1	Часто, почти ежедневно	7,3	6,5
2	Не часто, раз в неделю	57,2	27,0
3	Очень редко, раз в месяц	26,0	25,8
4	Конфликтов практически не бывает	11,1	34,4
5	Не дали ответа	2,9	6,3
6	Всего	100,0	100,0

Однако контрольные средства опроса родителей и их детей-подростков позволяют утверждать, что часть родителей не вполне информирована о психологических состояниях и конфликтах своего ребенка или склонна занижать оценку их частоты. Последнее обстоятельство, по-видимому, связано с боязнью того, что признание частых конфликтов с ребенком может быть воспринята критически посторонними, как косвенная негативная характеристика самого респондента-родителя.

Частота конфликтов ребенка взаимосвязана с соблюдением правильного режима питания подростком (табл. 49).

**Таблица 49**

**Взаимосвязь частоты психологических конфликтов подростка и соблюдение им правильного режима питания, %**

№ п/п	Частота конфликтов	Соблюдение правильного режима питания подростком				Всего
		Постоянно	С исключениями	Редко, никогда	Не дали ответа	
1	Часто, ежедневно	15	27	50	8	100
2	Не часто, раз в неделю	20	56	22	2	100
3	Редко, раз в месяц	39	41	18	2	100
4	Конфликтов не бывает	43	33	22	2	100

Весьма существенным является тот факт, что свыше половины подростков, характеризующихся повышенной психологической конфликтностью, не соблюдают правильный режим питания. То есть чем регулярнее подростки соблюдают правильный режим питания, тем уровень их конфликтности ниже. Данный вывод, возможно, указывает на особый круг задач, встающих, с одной стороны, перед психологическими службами образовательных учреждений, а с другой — перед профилактической медициной в вопросах детского здоровья и гигиены питания.

В оценке социальной обусловленности здоровья детей представляет интерес анализ и такого гигиенического фактора, как объем времени, затрачиваемого ребенком на просмотр телепередач. Среднее время, ежедневно проводимое детьми в возрасте 14–17 лет у телевизора, составляет 2,3 часа (девушки — 2,2 часа и юноши — 2,5 часа). К сожалению, продолжительность времени, проводимого детьми у телевизора, оказывается в обратной взаимосвязи со временем их занятий здоровьесохраняющей деятельностью.

**Мнение родителей о системе педиатрической помощи.** Риски ребенка в сфере здоровья и, соответственно, его защищенность в значительной степени обусловлены отношением родителей к действующей педиатрической службе. Естественно предположить, что обращаемость родителей к врачебной помощи при недомогании ребенка зависит от имеющихся у них гигиенических навыков и самооценки в ситуациях различных заболеваний. Также нельзя игнорировать существующие у родителей представления о качестве медицинской помощи и о конкретных затруднениях в ее получении при соответствующих ожиданиях. В связи с этим одним из аспектов медико-социологического изучения детского здоровья является спектр родительских мнений о педиатрической службе, который предстоит учесть в процессе совершенствования управления этой службой и оптимизации ее взаимодействия с социально-медицинскими общностями, в частности с родителями.

Судя по данным проведенного репрезентативного опроса родителей, в региональном общественном мнении о педиатрической службе к настоящему времени не сложилось квалифицированное большинство (табл. 50). Сходная ситуация и в структуре мнений взрослого населения о местной системе здравоохранения в целом, но с той лишь разницей, что в отношении педиатрической службы доля резко критических мнений оказывается втрое меньше.

**Таблица 50**

**Удовлетворенность взрослого населения функционированием местной системы здравоохранения в целом и педиатрической службы, %**

№ п/п	Варианты ответов на вопрос	Вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует ...»	
		... местная система здравоохранения?» (все взрослые респонденты)	... система педиатрической службы?» (родители)
1	Да, вполне	6,4	14,5
2	Скорее да	22,9	16,5
3	Трудно сказать	35,7	41,2
4	Скорее нет	17,7	21,8
5	Совсем нет	17,5	6,0
6	Всего	100,0	100,0

*Примечание.* В таблице не учтены отказы от ответа, составившие в массах взрослых и родителей, соответственно, 4 и 5%.

Статистический анализ показывает, что родители детей одной и той же возрастной группы с почти одинаковой частотой прибегают к методам домашней медицины и избегают обращения к медицинской помощи при заболевании ребенка. Причем такие поведенческие стратегии родителей не зависят от уровня удовлетворенности деятельностью местной педиатрической службы. Отсутствие статистической связи подтверждается коэффициентом ранговой корреляции Пирсона для двух названных признаков — стратегии обращения к медицинской помощи при болезни ребенка и удовлетворенности педиатрической службой ( $r = 0,088$ ). Другими словами, положительные или отрицательные впечатления о системе педиатрической помощи, основанные на личном опыте родителей, не влияют на их стратегию взаимодействия с детской медициной, при этом ориентация родителей на методы самолечения в случае болезни ребенка оказывается доминирующей.

Данное обстоятельство можно объяснить глубокой укорененностью привычки самолечения в бытовой культуре, образе жизни разных групп и слоев населения. Стратегии повседневного самолечения приобрели среди взрослых характер социокультурной нормы, как в отношении собственных болезней, так и в отношении заболеваний детей. Детской медицине для повышения ее эффективности предстоит предпринять серьезные и долгосрочные усилия в попытке переломить сложившуюся установку массового сознания на самолечение.

Уровень благосостояния и состав семьи также не оказывает статистического влияния на структуру мнений о педиатрической службе. Дифференцирующим фактором является уровень образования родителей ребенка: чем выше такой уровень, тем критичнее мнение о педиатрической службе.

В структуре мнений родителей о педиатрической службе существенной оказывается роль такого субъективного фактора, как тревожность по поводу состояния здоровья ребенка. Чем больше такая тревожность, тем ниже удовлетворенность действиями педиатрической службы.

Реальная доступность медицинской помощи для взрослых и для детей по-разному воспринимается населением. Эти различия приведены ниже в табл. 51 и указывают на то, что педиатрическая служба сохраняет определенные преимущества (особенно в плане общей педиатрической помощи), доступность которой оценивается почти вдвое выше по сравнению с медицинской помощью для взрослых. Однако, наряду с признанием доступности общей педиатрической помощи, среди родителей все больше распространяется неуверенность в достаточности уровня квалификации участковых педиатров,

в том числе индивидуального внимания врача к пациенту. Именно такое сомнение звучит в глубинном интервью, фрагмент которого приводится ниже.

Женщина, 30 лет, образование высшее, проживает в городе с мужем и ребенком.

«Попасть к участковому легко, но только *что* это за педиатр, с каким опытом — этого ведь не знаешь! Попасть можно, а вот результат такого общения предвидеть трудно. У меня есть сомнения в профессионализме, в компетентности».

Что касается специализированной медицинской помощи, то проблема ее доступности для детей воспринимается родителями намного критичней. Более того, отдельные врачебные ошибки навсегда врезаются в память родителей и могут усилить сомнения в компетентности врачей. Весьма характерное мнение о проблемах получения квалифицированной помощи содержится в глубинном интервью с тем же родителем.

«Меня беспокоит то, что мы не можем получить квалифицированные консультации от хороших специалистов, чтобы видеть реальную картину. У меня в жизни был похожий случай, когда мне в подростковом возрасте сказали, что надо делать операцию на сердце. Нам уже дали направление, уже все, конкретно, ложиться на операцию. Мы приезжаем в Санкт-Петербург и мне полностью снимают диагноз! Полностью! У меня нет проблем с сердцем!».

Такое восприятие доступности, вероятно, является одним из детерминантов родительской мотивации при обращении к врачебной помощи при заболевании ребенка и, соответственно, ориентации части родителей на домашнее самолечение.

Таблица 51

**Доступность общей и специализированной медицинской помощи для взрослых и детей, %**

№ п/п	Варианты ответов на вопрос: «Легко ли попасть на прием к врачу?»	Медицинская помощь для детей	Медицинская помощь для взрослых
<i>Общая медицинская помощь</i>			
1	Всегда легко	66,8	39,6
2	Иногда трудно	18,1	28,7
3	Всегда трудно	4,1	9,2
4	Затруднились, не дали ответа	11,0	22,4
5	Всего	100,0	100,0

№ п/п	Варианты ответов на вопрос: «Легко ли попасть на прием к врачу?»	Медицинская помощь для детей	Медицинская помощь для взрослых
<i>Специализированная медицинская помощь</i>			
6	Всегда легко	18,1	15,0
7	Иногда трудно	45,0	36,4
8	Всегда трудно	18,9	23,4
9	Затруднились, не дали ответа	18,0	25,2
10	Всего	100,0	100,0

Итак, общая удовлетворенность родителей педиатрической службой и, соответственно, стратегии при обращении за медицинской помощью в случае заболевания ребенка во многом связаны с их мнением о доступности общей и специализированной педиатрической помощи. Учет этого обстоятельства подводит к необходимости дальнейшего совершенствования управления системой педиатрической помощи, а также эффективного использования ресурсов. Кроме того, необходим активный выход специалистов педиатрической службы в широкое социальное пространство конкретных региональных и локальных сообществ (взаимодействие с родительскими ассоциациями, бизнесом, СМИ, церковью и т.д.). Средства прикладного социологического анализа оказываются как никогда востребованными для решения этой научно-практической задачи.

**Социальные факторы заболеваемости в детской субпопуляции.**

В качестве одного из основных социальных факторов заболеваемости населения, в том числе детского, обычно выделяют уровень материального (экономического) благосостояния индивида или его семьи. Действие этого и других факторов, традиционно принимаемых во внимание, на самом деле является неоднозначным и даже противоречивым. При статистическом анализе репрезентативной персонафицированной базы данных пациентов детской субпопуляции оказывается, что уровень благосостояния семьи может находиться как в прямой, так и опосредованной связи с состоянием здоровья детей.

Чем шире круг рассматриваемых параметров общественного здоровья и перечень обуславливающих их факторов, тем более высокими становятся требования к аналитическим процедурам и постулируемым выводам в связи с вероятностью скрытых систематических ошибок. Эти ошибки могут быть обусловлены как несовершенством самой методологии исследования, так и неправильной интерпрета-

цией полученных результатов. Кроме того, в значительной степени они определяются непознанным характером объективной взаимосвязи состояния здоровья, с глобальными механизмами регулирования экологического равновесия, а также социоприродными и популяционными механизмами воспроизводства физического и психического потенциала людей. Проведенный анализ факторов риска заболеваемости детей по материалам персонифицированной базы данных подтверждает существование таких сложных механизмов. При этом статистические выводы не всегда укладываются в схему привычной логики: так, например, относительно лучшие условия, более правильный тип поведения или культурный уровень оказывают в ряде случаев обратное влияние на показатели заболеваемости и характер отношений различных слоев населения со службами профессиональной медицинской помощи. Все это с новой силой подчеркивает важность комплексного, междисциплинарного изучения подобных проблем.

В обычной линии рассуждений высокие уровни благосостояния семьи рассматриваются как отражение более развитой профессиональной или общей культуры ее взрослых членов. При этом они полагаются необходимой предпосылкой более качественной и благоприятной среды жизни (труда, потребления, питания, отдыха и т.п.), а также доступной и качественной медицинской помощи. Но приведенная выше логика рассуждений не срабатывает в реалиях современного российского общества, вступившего в период глубоких социально-экономических и культурных трансформаций — резкого экономического расслоения, перекомпозиции социальной структуры, а также мотивационных деформаций в ценностных ориентациях многих групп населения и социальных институтов.

Социально-экономическая структура (а в первую очередь такой ее параметр, как величина душевого дохода представителей разных социальных групп) находится подчас в обратной связи с уровнями образования и культуры обширных слоев населения. Высокий уровень благосостояния у части занятого населения может сочетаться с большой по объему и чрезмерно интенсивной профессионально-трудовой деятельностью в структуре образа жизни индивида или группы, в то время как сегмент, включающий здоровьесберегающую или медико-профилактическую деятельность, может существенно сокращаться. И наоборот, слои населения со сравнительно низким уровнем благосостояния могут в силу достигнутого ранее культурного уровня или традиции поддерживать более эффективные, рациональные практики здоровьесберегающей деятельности, в том числе по отношению к детям внутри семьи. Отмеченная противоречивость

выявлена в материалах проведенного комплексного исследования общественного здоровья.

Однако в определенных возрастных группах детей обнаруживается прямая статистическая связь уровня материального благосостояния семьи с некоторыми показателями заболеваемости ребенка.

Статистическая связь показателей заболеваемости с уровнем благосостояния семьи проявляется в динамике среднего числа острых и хронических заболеваний среди семей разных социально-экономических слоев (табл. 52).

Таблица 52

**Медицинские характеристики детей и уровень благосостояния семей**

№ п/п	Медицинские характеристики детей	Уровни благосостояния семей			
		Низкий	Средний	Хороший	Высокий
1	Среднее число острых заболеваний ребенка, по обращаемости	1,34	1,31	1,28	0,68
2	Среднее число хронических заболеваний ребенка, по обращаемости	2,27	2,11	2,07	1,08
3	Среднее число заболеваний, дополнительно установленных на медицинских осмотрах	1,60	1,51	1,41	1,36

*Примечание.* В таблице в категории «низкий» агрегированы данные по двум уровням, фиксируемым в анкете как «крайне низкий» и «низкий».

Анализ данных, приведенных в табл. 52, показывает, что у детей из неблагополучных социально-экономических слоев, по данным обращаемости, фиксируется в среднем вдвое больше, как острых, так и хронических заболеваний, нежели у детей из семей с высоким уровнем благосостояния (1,34—2,27 против 0,68—1,08 заболеваний). Более того, все это происходит на фоне латентно протекающих хронических патологических процессов и приводит в итоге у детей, проживающих в семьях с низким уровнем материального достатка, к большему числу дополнительно выявленных на медицинских осмотрах заболеваний (1,6 против 1,36). Что же касается статистики острых заболеваний у детей из семей с высоким уровнем достатка, то следует иметь в виду, что в них в большей мере, чем в других семьях, распространена стратегия «жесткого отказа» от врачебной помощи при заболевании ребенка. Поэтому зафиксированные в таких семьях показатели острой заболеваемости следует оценивать с поправкой на отмеченную особенность.

Структура семьи, в которой живет ребенок, оказывается весьма заметным фактором микросреды ребенка. Следует отметить, что социологический анализ обнаруживает существенную роль этой структуры, например в образовательной карьере и социальной успешности детей<sup>1</sup>. Говоря о структуре семьи, мы имеем в виду прежде всего показатели ее полноты (наличие обоих или одного родителя), количество и очередность рождения детей.

Показательно то, что в неполных семьях родители при заболевании ребенка почти вдвое чаще склоняются к отказу от врачебной помощи, что, возможно, объясняется сравнительно большими индивидуальными нагрузками в сфере домашнего быта. Но одновременно у таких родителей, как правило — матерей, отмечается и более высокий уровень тревожности по поводу состояния здоровья ребенка и несколько лучшая информированность о диагнозах ранее установленных у ребенка заболеваний. С точки зрения социально-гигиенических условий неполные семьи в большей степени являются зоной риска для ребенка: матери-одиночки вдвое чаще курят, существенно реже (на 27% по сравнению с полными семьями) обеспечивают соблюдение ребенком правильного режима питания и др.

При общем сходстве показателей заболеваемости по обращаемости двух категорий детей — из неполных и полных семей — у первых при углубленном медицинском обследовании выявляется существенно большее число новых заболеваний (в среднем на 10%, в том числе у девочек — на 30%). Кроме того, дети в неполных семьях в 1,5 раза реже занимаются здоровьесберегающими видами деятельности.

### 3.4. СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Под здоровьесберегающей деятельностью подразумеваются те элементы образа жизни (видов деятельности), которые целенаправленно реализуются индивидами для сохранения и увеличения потенциала собственного здоровья. При этом предполагается прежде всего изучение включенности населения в занятия спортом и иными видами оздоровительных систем физической активности. Таким образом, удастся проследить влияние здоровьесберегающей активности на общественное здоровье, ее связь с субъективными и объективными социально-медицинскими характеристиками. Разумеется, в реальности эта активность охватывает широкий круг видов досуговой и рекреационной деятельности. В данном исследовании для ана-

<sup>1</sup> Осипов А.М. Социология образования: очерки теории. Ростов н/Д: Феникс, 2006.

лиза здоровьесберегающей деятельности населения выбраны спорт и оздоровительная гимнастика в целях индикации элементов здорового образа жизни.

Спорт является объектом одной из отраслей современной социологии. Но социология спорта сегодня сосредоточивается больше на профессиональном спорте, социальных взаимодействиях в спортивных коллективах, чаще всего — молодежных. Социология общественного здоровья призвана охватить популяционный аспект спорта и всех других видов здоровьесберегающей деятельности населения.

Не ставя пока точки над «i» в вопросе о причинно-следственных связях между состоянием здоровья взрослых и их активностью в сфере здоровьесберегающей деятельности, рассмотрим некоторые социально-статистические аспекты этой взаимосвязи на основе анализа данных проведенного медико-социологического исследования.

Оздоровительной гимнастикой занимается 13% взрослого населения региона, а спортом — 7% (табл. 53). На уровень здоровьесберегающей активности влияют такие социальные факторы, как организационные, демографические, экономические и культурные, приводящие подчас к выраженным различиям.

Таблица 53

Доля лиц, занимающихся спортом и оздоровительной гимнастикой, в отдельных демографических группах населения, %

Некоторые демографические группы населения	Спорт (регулярно)	Оздоровительная гимнастика		
		Регулярно	Часто	Изредка
Весь массив	6,7	4,4	8,6	20,4
Женщины	5,0	4,3	8,8	22,1
Мужчины	9,0	4,6	8,3	18,1
Состоят в браке	5,4	3,8	7,7	20,1
Не были и не состоят в браке	15,7	5,4	12,5	24,3

Впечатляющее различие охвата спортом и оздоровительной гимнастикой людей, состоящих и не состоящих в браке, указывает на выпадение этих видов здоровьесберегающей деятельности из семейного образа жизни и, как следствие, на нерелевантность условий, которые создаются в сфере спорта и оздоровительных мероприятий, возможностям и запросам семейных групп населения. Не состоящие в браке (седьмая часть популяции взрослых) в одних и тех же возрастных группах втрое чаще занимаются спортом и вдвое чаще — оздоровительной гимнастикой. Данный вывод в целом вновь повторяет результаты нашего регионального исследования второй поло-

вины 1990-х гг. и позволяет утверждать, что ситуация в данной сфере, к сожалению, не изменилась к лучшему<sup>1</sup>.

Оздоровительная гимнастика в одинаковой степени популярна среди мужчин и женщин, но спортом мужчины занимаются почти вдвое чаще.

По данным проведенного исследования, каждый пятый учащийся (в общеобразовательной и профессиональной школе) регулярно занимается спортом, в то время как среди лиц трудоспособного возраста таких энтузиастов лишь около 7% (табл. 54). Организация занятий спортом в системе образования — пока единственный фактор сравнительно большей вовлеченности учащихся в спортивные занятия. Но организующее влияние школы со временем ослабевает, и на первом курсе обучения в вузе доля занимающихся спортом снижается до 15%, а на пятом курсе — до 6%.

Таблица 54

Доля лиц, занимающихся спортом и оздоровительной гимнастикой, в отдельных категориях населения, %

Категории населения	Спорт (регулярно)	Оздоровительная гимнастика		
		Регулярно	Часто	Изредка
Учащиеся и студенты	21,9	5,3	8,1	5,2
Работающие	6,8	2,8	7,9	20,9
Пенсионеры	4,1	7,0	8,2	18,1

Уровни спортивной активности в действительности могут иметь локальную специфику, и в других регионах исследователи фиксируют более высокие ее показатели<sup>2</sup>. Понятно, что спортивная активность пенсионеров и работающих после достижения возраста 40 лет ни в какое сравнение не идет с молодежным спортом. В основном это — занятия в специализированных группах здоровья, часто формирующихся на основе увлечения определенным видом спорта (волейболом, футболом, настольным теннисом, баскетболом, плаванием и пр.). Существенно большее распространение в старших возрастных группах работающих, а также среди пенсионеров имеет оздоровительная гимнастика, особенно в качестве одного из ее вариантов — «изредка» возникающее желание «поражаться».

Однако в целом необходимо отметить крайне низкий уровень распространенности оздоровительной гимнастики среди населения

<sup>1</sup> Молодежь страны и региона на пороге XXI века / Под ред. А.М. Осипова, В.В. Матвеева. Великий Новгород, 2001.

<sup>2</sup> Свадьбина Т.В., Осянин А.Н. Изменение практик поддержания собственного здоровья // Социология. 2006. № 2. С. 28.

региона, несмотря на ее весьма значимую здоровьесберегающую роль. К слову сказать, в Китае оздоровительными видами гимнастики (у-шу, до-ин, шэна и др.), особенно в городах, занимается до 80% пенсионеров, а в США оздоровительный бег принял масштабы общенационального «утреннего забега».

Взаимосвязь здоровьесберегающей активности с уровнем образования населения (табл. 55) однозначно подтверждает, что среди лиц с высшим образованием осознание полезности занятий спортом и оздоровительной гимнастикой несколько выше, чем среди имеющих среднее образование, хотя в целом тоже чрезвычайно низкая.

Таблица 55

Доля лиц, занимающихся спортом и оздоровительной гимнастикой, в зависимости от уровня образования, %

Категории населения	Спорт (регулярно)	Оздоровительная гимнастика		
		Регулярно	Часто	Изредка
Имеющие высшее образование	11,0	7,2	15,9	27,8
Имеющие среднее образование	7,1	2,9	6,4	19,8

Активность здоровьесберегающей деятельности, к большому сожалению, имеет выраженную зависимость от уровня благосостояния. Дороговизна спортивных (оздоровительных) услуг объясняет тот факт, что в экономически обеспеченных слоях, составляющих пятую часть населения региона, распространенность регулярных занятий спортом почти втрое выше по сравнению со средне- и малообеспеченными категориями населения (табл. 56).

Таблица 56

Доля лиц, занимающихся спортом и оздоровительной гимнастикой, в зависимости от уровня благосостояния, %

Уровень благосостояния населения	Спорт (регулярно)	Оздоровительная гимнастика		
		Регулярно	Часто	Изредка
Низкий	4,3	5,2	6,9	19,7
Средний	5,6	4,3	8,1	20,7
Хороший	12,1	4,3	12,0	20,6

Например, цена месячного абонемента в плавательный бассейн Новгородского Дворца спорта равна половине величины прожиточного минимума и превышает расходы по квартплате. Для  $\frac{2}{3}$  взрослых эта цена превышает  $\frac{1}{4}$  месячного заработка и потому недоступна. Фактор экономической недоступности проявляется и внутри группы

взрослых с высшим образованием, указывая на доминантный характер экономического расслоения в сфере здоровья.

Проблема взаимосвязи между состоянием здоровья социального субъекта и его активностью в сфере здоровьесберегающей деятельности обычно трактуется следующим образом: чем выше активность, тем лучше состояние здоровья. В действительности указанная связь не однозначна. Само состояние здоровья объективно обуславливает способность индивида к физической активности (спорту, иным видам здоровьесберегающей деятельности), расширяя или ограничивая спектр и уровень этой активности. Оно же детерминирует ролевую модель поведения индивида по отношению к сфере спорта и физической культуры. Если в сообществе складывается стереотип доступности здоровьесберегающих технологий для избранных, то остальные члены социума вынуждены отказываться от поиска для себя возможностей в данной сфере. Эти стереотипы и ролевые модели должны стать предметом дальнейшего изучения с позиции социологии общественного здоровья.

Степень соответствия создаваемых в обществе и локальном сообществе условий запросам конкретных групп населения при освоении ими ролевых моделей объективно влияет на массовую включенность или исключенность индивидов в реальных сегментах здоровьесберегающей деятельности.

Статистически заметна взаимосвязь самооценки здоровья и вовлеченности в спортивные занятия. В данном случае, не располагая достаточными данными для установления причинно-следственной взаимосвязи, тем не менее, подчеркнем важное с социальной точки зрения распределение самооценок здоровья внутри популяции взрослых, занимающихся спортом регулярно и не регулярно (рис. 13 и 14).



**Рис. 13.** Распределение самооценок здоровья в группе занимающихся спортом регулярно, %



**Рис. 14.** Распределение самооценок здоровья в группе занимающихся спортом не регулярно, %

Данные опроса могут показывать прямую и обратную связь между двумя рассматриваемыми параметрами. Низкая самооценка, будучи отражением ослабленного состояния здоровья индивида, может ограничивать его способность к занятиям спортом. С другой стороны, регулярные занятия спортом могут повышать объективные показатели здоровья и его субъективную самооценку. Так, доля респондентов, оценивших свое здоровье на «хорошо» и «удовлетворительно» в группе занимающихся регулярно спортом, составила 85%, а в группе занимающихся спортом не регулярно, оказалась значительно ниже — 66%. Увеличение положительной самооценки здоровья в зависимости от регулярных занятий спортом, выявленное на уровне популяции, с некоторыми отклонениями повторяется в основных возрастных группах. А это можно уже с большей определенностью принимать как признак влияния здоровьесберегающей деятельности на общественное здоровье.

Близкая по направленности статистических тенденций картина обнаруживается во взаимосвязи между отношением к спорту, с одной стороны, и тревожностью по поводу своего здоровья — с другой (табл. 57). Эти взаимосвязи начинают проявляться уже в молодежной популяции. Регулярные занятия спортом на уровне популяционной статистики в 1,5 раза повышают положительную самооценку здоровья и снижают тревожность по поводу состояния здоровья. И, что особенно интересно для медико-социологического анализа, — это влияние усиливается в старших возрастных группах.

**Таблица 57**

**Взаимосвязь показателя тревожности по поводу своего здоровья и включенности в регулярные занятия спортом, %**

Занятия спортом	Насколько часто бывает беспокойство по поводу здоровья?				
	Никогда	Редко	Часто	Постоянно	Итого
Регулярно	15	52	16	17	100
Нет	7	38	30	25	100

Принципиально важной можно считать выявленную в разных возрастных группах взрослых связь между включенностью в активные виды здоровьесберегающей деятельности и стратегиями поведения в сфере здоровья, в частности — обращение к профессиональной медицине в случае заболеваний. В разных возрастных группах респондентов проявляется общая тенденция: людям, игнорирующим спорт и физическую культуру, в 1,5–2 раза чаще присущ «жесткий отказ» от медицинской помощи (т.е., установка на самолечение и отказ от обращений даже при тяжелых состояниях).

Включенность в спорт делает взрослого человека более восприимчивым к ценности здоровья. Правда, следует помнить и о действии сопутствующих социально-культурных факторов, в частности, более высокого уровня образования на ценностное отношение к здоровью.

Итак, активность взрослых в сфере здоровьесберегающей деятельности остается крайне низкой. В стране пока не создана достаточная инфраструктура для здоровьесберегающей деятельности населения. А там, где она есть, — экономически и территориально ограничен доступ к ней. Остаются весьма слабыми стимулы (в том числе информационные, мотивационные, организационные, корпоративные и т.п.) активности взрослых в данной сфере. Практически отсутствует социальная реклама здоровья и здоровьесберегающей деятельности.

На фоне приведенных выше статистических данных очевиден вывод о назревшей необходимости переориентации государственной политики в сфере спорта. Эта политика до последнего времени почти полностью ограничивается поддержкой профессионального спорта (спорта высоких достижений). Подтверждением несостоятельности такой политики стало крайне слабое выступление российской сборной на последних XXI зимних Олимпийских играх в Ванкувере. В государственной политике спорта требуется усиление приоритетов, относящихся к массовой спортивной активности населения, прежде всего детей и молодежи. Это предполагает широкое институциональное понимание спортивной жизни и комплексного социального стимулирования населения в сфере здоровьесберегающей активности.

## Глава 4. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### 4.1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

С позиции общей и отраслевой социологии медицинские работники рассматриваются как социально-профессиональная группа. С учетом этого исследования социальных проблем медицинской профессии традиционно посвящаются вопросам об источниках и каналах воспроизводства этой группы и затрагивает прежде всего характер ее социального состава: квалификацию кадров, структуру врачебных должностей, средних медицинских работников, положение группы в системе социального неравенства, стратификации на фоне других сопоставимых категорий населения и др. Кроме того, исследования касаются проблем образа жизни, профессиональной культуры и социальной активности медицинских работников (социальной мобильности, взаимоотношений с другими группами населения, участия в политической и культурной жизни и т.п.)<sup>1</sup>.

Особое звучание социологическому анализу медицины как профессии и врачей как социальной группы придали классики социологии М. Вебер, Т. Веблен, К. Мангейм. Макс Вебер отмечал, что медицинские работники (наряду с военными, инженерами, юристами, служителями культов) представляют собой яркий образец из категории «подлинных профессионалов»<sup>2</sup>. Критериями причисления врачей именно к этой категории, а также ее противопоставления «полупрофессионалам» служат:

- длительные сроки профессионального обучения медиков;
- реальное влияние на жизнь потребителей их услуг (пациентов);
- контроль над стандартами, действующими внутри своей профессии, а также процедурами «входа» новичков в профессиональную группу;
- наличие в распоряжении врачей эзотерического знания, недоступного остальным людям, не связанным с медицинской профессией;

<sup>1</sup> Социальное развитие советской интеллигенции. М.: Наука, 1986.

<sup>2</sup> Вебер М. Основные понятия стратификации // Социологические исследования. 1994. № 5. С. 147–156.

- сравнительно более тесные социальные связи между представителями внутри профессии.

К числу «подлинных профессионалов», по замечанию М. Вебера, не относятся учителя, социальные работники, конторские служащие, многие другие массовые категории служащих и ремесленников в индустриальном обществе, не отвечающие приведенным выше критериям.

Эти классические традиции социологического изучения медицины как профессии получают существенное дополнение, детализируются с позиции медико-социологического исследования или, иными словами, в рамках социологии общественного здоровья. Последнее, в свою очередь, подразумевает преломление социологического анализа всего спектра проблем медицинской профессии сквозь призму ее влияния на общественное здоровье, а также на функционирование здравоохранения и всех его институциональных форм и организаций, с точки зрения социальной эффективности здравоохранения как института.

На данном этапе развития отечественных исследований строгое отраслевое разграничение общесоциологических и медико-социологических подходов вряд ли целесообразно. Скорее, желательно поддержание более эффективной связи между набирающими силу медико-социологическими научно-прикладными разработками, с одной стороны, и общесоциологическими концепциями и моделями, применительно к системе здравоохранения, — с другой.

В последующих разделах книги, с опорой на отраженный в литературе опыт медико-социологических исследований и материалы серии научно-прикладных работ, выполненных с участием авторов, будут рассмотрены некоторые социальные проблемы деятельности системы здравоохранения.

#### 4.1.1. Социальные ресурсы системы здравоохранения

С широких социально-научных позиций здравоохранение, как и любая социальная система, способно выполнять свои функции в обществе или локальном сообществе лишь благодаря наличию соответствующих качеств и ресурсов. Функционирование здравоохранения как элемента социального пространства в данном контексте может рассматриваться как обмен услугами и ресурсами: общество (сообщество) предоставляет в распоряжение здравоохранения материальные, финансовые, информационные и иные ресурсы. В свою очередь, здравоохранение преобразует эти ресурсы в собственные функциональные качества и использует для осуществления харак-

терной для него деятельности — производства и реализации медицинских услуг.

Все упомянутые выше ресурсы являются социальными по своему происхождению и по форме движения. Являясь продуктом деятельности людей и групп, они создаются, накапливаются и определенным образом распределяются в соответствии с социально обусловленной потребностью общества в собственном воспроизводстве. Данные ресурсы в совокупности определяют потенциал всей системы здравоохранения, а также ее отдельных организаций и работников. В наиболее общем смысле объем этих ресурсов, их виды и определяют социальную эффективность системы здравоохранения — ее способность удовлетворять потребности социальной клиентуры в получении качественной и доступной медицинской помощи.

Для целей медико-социологического исследования деятельности здравоохранения концептуально важным является решение вопроса о дифференциации этих ресурсов, определение их видов с точки зрения управляемости, взаимозаменяемости и взаимного сочетания. Также важной задачей является обоснование научно-методических подходов к измерению объема и качеств ресурсов, оказывающихся в распоряжении системы здравоохранения. Но, вероятно, такая задача потребует в последующем специальных эмпирических и теоретических исследований.

В рамках общего социально-системного взгляда на здравоохранение представляется возможным выделить следующие основные виды взаимосвязанных ресурсов в данной сфере: материально-технические, финансовые, политические, правовые, кадровые, административные, информационные, интеллектуальные, культурно-психологические (в том числе мотивационные).

Говоря о проблеме социальных ресурсов здравоохранения, целесообразно иметь в виду «внешние» и «внутренние» ресурсы. Между ними не всегда удастся провести строгое эмпирическое разграничение, однако для решения вопроса об ответственности за использование, воспроизводство ресурсов и, в конечном счете, за эффективность управления подобное деление представляется весьма существенным.

Особым видом ресурсов в большинстве социальных систем, в том числе и здравоохранении, являются материально-технические ресурсы. Они образуют материальную инфраструктуру системы здравоохранения и представлены прежде всего совокупностью основных и оборотных средств (здания, сооружения, оборудование, транспорт, лекарственные средства и т.п.). Кроме того, принято выделять меди-

ко-технологические ресурсы, которые представлены медицинскими технологиями. Но если материально-технические ресурсы характеризуются накоплением, долгосрочностью использования, некоторой стабильностью и постепенным износом (амортизацией), то медико-технологические оказываются объектом более динамичного, инновационного обновления.

Состояние материально-технических и медико-технологических ресурсов в значительной степени зависит от ресурсов финансовых, которые во многом и определяют динамику их обновления. Однако суть проблемы не только в этом. Финансовые ресурсы могут, с учетом характера их распределения, играть существенную роль в формировании и воспроизводстве кадровых ресурсов, культурно-психологического и квалификационного потенциала системы здравоохранения. Именно поэтому принципиально важным в медико-социологическом исследовании является раскрытие социальных механизмов, опосредующих движение финансовых и иных ресурсов внутри системы здравоохранения.

Говоря о таких механизмах, следует выделить социетальный (государственный) уровень, на котором формируются политические и правовые ресурсы системы здравоохранения. В их числе заслуживают приоритетного внимания:

- ценность здоровья в общей концепции социальных прав, обязанностей и свобод граждан, закрепленных в действующей совокупности правовых актов, массовом сознании и культуре населения;
- реальное место здравоохранения в системе государственных приоритетов на конкретном социально-историческом этапе развития общества;
- организационно-правовой статус отдельных элементов системы здравоохранения и др.

Динамизм политических и правовых ресурсов здравоохранения оказывается особенно наглядным при обращении к периоду развития российского государства в XX в., связанному с полномасштабным становлением советской системы охраны здоровья населения. Это развитие выразилось в постоянно растущей совокупности общедоступных (бесплатных) медицинских учреждений и системы государственных гарантий в сфере здоровья. Здравоохранение было включено в перспективное социально-экономическое планирование всей инфраструктуры общественной жизни<sup>1</sup>.

Закрепленная на государственно-политическом уровне приоритетность общественного здоровья, вписываясь в систему обществен-

<sup>1</sup> Авторы в данном случае не вступают в дискуссию о политико-идеологическом контексте стратегии советского или современного российского государства в сфере общественного здоровья, хотя она заслуживает внимания в качестве предмета отдельного исследования.

ных ценностей, поддерживаемых советским строем (труд, коллективизм и равенство, забота государства о трудящихся), на протяжении нескольких десятилетий прочно вошла в социальное сознание советских людей, в ту его область, которая обозначается понятием социального права.

Как известно, даже после происшедшего в 1990-е гг. своеобразного возврата государства к частнособственническим основам экономической и социальной жизни (по сути — социальной конверсии) сознание людей в отношении здоровья и здравоохранения проявляет известную инерцию. В общественном сознании здоровье по-прежнему рассматривается как область ответственности, относимой в значительной мере на счет государства. Здоровье на индивидуальном и даже корпоративном уровне все еще крайне редко воспринимается и учитывается как индивидуальный или корпоративный, экономически значимый ресурс. Отчасти следствием этих негативных инерционных тенденций является приниженное место здоровья в индивидуальных системах ценностей, массовых образовательных программах, концепциях корпоративного менеджмента. Вне всякого сомнения, эти тенденции сыграли и продолжают играть свою печальную роль в продолжающихся и поныне потерях индивидуального и общественного здоровья, в депопуляционных процессах современной России.

Правовые ресурсы здравоохранения оказываются особенно важными и характеризуются неоднозначным проявлением в ситуации реформы правовой системы, экономики, политического устройства государства, в процессах модернизации самой системы здравоохранения. Правовой ресурс относится, в частности, на счет способности отдельных учреждений или специалистов сохранить свою целостность и функциональность в случае нарушения внутреннего или внешнего баланса. Подобные нарушения баланса в виде правовых коллизий (конфликтов) могут возникать внутри профессионального медицинского коллектива, а также во взаимоотношениях медицинского учреждения или специалиста с получателями медицинской помощи.

Эффективность использования материально-технических, финансовых и иных ресурсов обусловлена рядом других взаимосвязанных факторов, в частности их размещением и доступностью для разных категорий медицинского персонала и функциональной организации системы здравоохранения, ее отдельных учреждений. Это дополнительно указывает на два вида ресурсов: организационные и кадровые.

Социальный механизм распределения и перераспределения ресурсов заключен как во властных структурах управления, так

и внутри локальных организаций здравоохранения. Опыт исследования процессов принятия управленческих решений на федеральном и региональном уровнях управления здравоохранением свидетельствует о том, что при отсутствии эффективных механизмов общественной экспертизы практика их выработки и принятия подчас ограничивается формальными и узкогрупповыми рамками. Это зачастую вступает в противоречие с социальными заказами отдельных социальных групп и ведущим социальным заказом общества к здравоохранению, поэтому заслуживает углубленного изучения с позиции социологии организаций. Сама структура медицинской организации, придающая всем ее элементам определенные ресурсы, права и возможности, является крайне важной предпосылкой не только ее общей функциональной эффективности, но также служит фактором социального самочувствия и стабильности персонала данного учреждения как организации.

Социальная организация предполагает относительное сходство и одновременно существенное несовпадение интересов разных групп персонала, представляющих отдельные уровни или секторы функциональной структуры учреждения. Социальные взаимодействия этих групп могут содержать скрытый или явный конфликт, стремление к подчинению и контролю, внутреннюю борьбу и в то же время идентификацию целостности данной организации, в определенном смысле противостоящей окружающему социальному пространству. Именно в этом контексте у медицинского учреждения возникает комплекс свойств, характерных для корпорации.

Современная социология организаций предоставляет разнообразные концептуальные и научно-методические средства прикладного изучения организационных ресурсов здравоохранения. Она может подсказать решения вопроса о выборе эффективных (в узкофункциональном и широком социальном плане) моделей управления конкретными элементами системы здравоохранения.

Кадровый ресурс медицинской организации также является традиционным объектом социологического исследования. Социальным проблемам персонала, применительно к региональной системе здравоохранения, будут посвящены следующие разделы данной работы.

Наконец, заслуживают внимания и культурно-психологические ресурсы системы здравоохранения. В широком контексте они охватывают состояние как профессиональной врачебной культуры во всех секторах и уровнях системы, так и массовой культуры здоровья, а также возможности ее воздействия на поведение людей в разных социальных сообществах и группах, ценностную и мотивационную сферу поведения людей в ситуациях, затрагивающих индивидуальное

или общественное здоровье. Понимание природы и детерминации этих ресурсов, возможно, является ключом к выработке более реалистической концепции управления общественной системой здравоохранения.

#### 4.1.2. Учреждение здравоохранения как корпорация

Медицинское учреждение, насчитывающее в своем составе от трех-четырех работников до нескольких тысяч сотрудников и пациентов, является примером отраслевой организации. Социально-организационные аспекты здравоохранения в целом пока недостаточно освещены в отечественной социологической литературе, но именно они открывают подход к медико-социологическому анализу эффективности отдельных учреждений и всей системы здравоохранения.

Поведение медицинского учреждения как социальной организации в окружающем профессионально-отраслевом и социальном пространстве в значительной степени обусловлено комплексом его взаимосвязанных характеристик. С социологической точки зрения к их числу следует отнести сложную совокупность ценностных ориентаций, складывающиеся формальные и неформальные структуры, вырабатываемую внутри организации стратегию в отношении целевой деятельности и окружающего социума. Большое значение имеют также совокупность организационно поддерживаемых видов и способов деятельности и, наконец, функциональное строение организации. Эти внутренние характеристики медицинского учреждения, проявляясь во взаимодействии с окружающим социальным пространством, не только влияют решающим образом на качество его функционирования (его функциональную эффективность), но и обуславливают развитие социальной системы, в которой действует медицинское учреждение, предопределяя ее состояние и динамику, структуру, потенциал, социальные отношения.

Однако, судя по совокупности опубликованных работ, важность социально-организационных аспектов развития и функционирования здравоохранения в российской социологии, в том числе социологии медицины, длительное время недооценивалась.

В исследованиях социально-гигиенического плана внимание в основном фиксировалось на противоречии между потребностями общества в доступной, качественной медицинской помощи и достигнутыми показателями здоровья населения и деятельности системы здравоохранения. Но это противоречие не рассматривалось сквозь призму социальной организации самого здравоохранения (персонала

органов управления, лечебно-профилактических и других медицинских учреждений), а трактовалось лишь как частный случай «отдельных недостатков» или просчетов управления со стороны вышестоящих инстанций. В то же время современные социальные исследования здравоохранения в России отмечают недостаточную укомплектованность медицинских учреждений кадрами, низкий уровень заработной платы и благосостояния сотрудников, профессиональную текучесть. Этим они вновь подчеркивают актуальность социально-организационных аспектов проблемы воспроизводства общественного здоровья.

Особым поводом для выдвижения социально-организационной проблематики здравоохранения служат неудовлетворенность значительной части локального сообщества деятельностью учреждений здравоохранения (в связи с потерями времени пациентов в очередях, низким уровнем сервисных услуг, трудностями в обеспечении населения льготными или бесплатными лекарствами, ростом платных медицинских услуг, недостаточным уровнем общей культуры медицинских работников и др.). Немаловажным может оказаться и характер поведения медицинского учреждения и его отдельных сотрудников в возможном конфликте с сообществом («консервация системы и оборона», «развитие собственной структуры», «поиск партнеров и кооперация», «ретритизм» и др.).

В связи с ограниченностью существующей научно-информационной базы, при осмыслении данной проблемы могло сложиться ложное впечатление, что источник противоречий в системе здравоохранения относится исключительно к недостаточному уровню финансирования и неэффективному использованию ресурсов. При этом из поля зрения исследователей совершенно неправоммерно исключалась многоуровневая, разветвленная совокупность органов управления и учреждений здравоохранения, а также смежных с ними ведомств. Тот факт, что при схожих финансовых ресурсах и технической базе разные медицинские организации проявляют разную медицинскую, а также социальную результативность — служит дополнительным эмпирическим подтверждением действительности социально-организационного фактора.

Специалисты социологии организаций в СССР и России слишком редко, к сожалению, затрагивали функционально-организационное строение здравоохранения. В связи с концентрацией ученых-социологов преимущественно в образовательных и научных учреждениях, лабораториях промышленной социологии, исследования социально-организационных аспектов чаще велись в вузах, промышленных и научных коллективах, но не в медицинских учреждениях. Ниже проблема корпоративной организации здравоохранения будет рас-

смотрена с опорой на доступные теоретические и эмпирические источники, в том числе специальные социологические исследования, проведенные в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Новгородской области в период 2003—2008 гг.

В действительности же с социологической точки зрения последствия реформ в здравоохранении, результаты управленческой или клинической работы следует связывать не только с технико-технологической базой здравоохранения, но и с реальным характером и свойствами той социальной организации, продуктом которой являются конкретные управленческие решения или весь комплекс медицинской помощи.

Внимание к медицинским учреждениям как организациям в последнее время проявляется в публикациях по медицинскому маркетингу и медицинскому менеджменту. Однако в них рассматриваются преимущественно социально-экономические аспекты медицинской услуги — ее производство и наиболее эффективные способы доставки потребителям (пациентам), а не внутрикорпоративные или социально-организационные отношения.

Вплоть до последнего времени отечественная социология медицины не касалась внутренней организации и социальной жизни конкретных профессиональных коллективов. Она не затрагивала социально-организационные механизмы развития самой системы здравоохранения. При этом имеется в виду, что конкретные решения в ней вырабатываются во взаимодействии определенных статусных групп и в соответствии со строго распределенными организационными ролями, а также разделяемыми ожиданиями и требованиями различных социальных слоев общества.

В отечественных исследованиях здравоохранения априори не допускалась даже сама постановка вопроса об учреждении здравоохранения как корпорации, которая может обладать особыми интересами и руководствоваться не общегосударственными или ведомственными, а некими собственными ориентирами в отношении социума (получателей определенных услуг данной корпорации). Развитие системы здравоохранения и всех ее учреждений, в свою очередь, полагалось как целесообразно управляемый процесс, относящийся к компетенции государственных органов управления здравоохранением. В последнее время данный недостаток постепенно преодолевается, что подтверждается, в частности, развитием исследований в области медицинской конфликтологии, внедрением маркетинговых подразделений внутри крупных медицинских организаций, более широким использованием организационно-управленческих корпоративных тренингов.

В типологии социальных организаций довольно сложно определить место современных учреждений здравоохранения<sup>1</sup>, особенно с учетом разнообразия их организационно-правовых форм.

Анализ медицинской организации как корпорации лежит в русле проблематики социологии организаций и подразумевает признание сложной иерархической структуры корпорации наряду с противоречивостью интересов, проявляющихся на разных ее уровнях и в разных секторах. Выделение корпоративного характера медицинской организации позволяет анализировать ее поведение в конкурентной среде и организационно-институциональной системе региона в целом, а также обнаруживать в ней специфические интересы и стратегии. Благодаря этому удается более точно определить ответственность медицинской организации и отдельных групп персонала внутри корпорации и в локальном сообществе.

Изучение медицинских корпораций является важным дополнением институционального анализа здравоохранения, получившего широкое распространение в зарубежной медицинской социологии во второй половине XX в. Определенным преимуществом такого изучения является то, что его эмпирической основой может служить не только национальная или международная статистика, страдающая подчас недостаточной совместимостью информации и неточностью категорий, но также показатели функциональной деятельности конкретных медицинских учреждений, полученные в результате специально проведенных выборочных исследований.

В социологии здравоохранения проблематика медицинских учреждений как формальных организаций восходит к работам М. Вебера<sup>2</sup>. Затем Т. Веблен одним из первых поставил задачу изучения институциональных структур и их поведения в условиях капиталистического рынка<sup>3</sup>. А идеи Т. Парсонса о медицинской профессии и формировании социальной роли пациента, основанные на его теории социального действия, также имеют существенное значение для понимания социально-организационной специфики здравоохранения<sup>4</sup>.

В современных исследованиях общественного здоровья и здравоохранения, проводимых с позиции экономической социологии

и политической экономии, по многим аспектам управления (организации, мотивации, маркетинга и контроля) проводится аналогия между медицинским учреждением и промышленным предприятием в рыночной системе.

Нельзя не упомянуть о том, что в современном обществе медицина может рассматриваться в качестве своеобразного поля социального контроля, а также пространства для врачебного бизнеса<sup>1</sup>. Речь может идти даже о монополии медицинской профессии, отчего ее влияние на поведение индивида, на личность пациента лишь усиливается<sup>2</sup>. В то же время любое обратное влияние со стороны получателей медицинской помощи, в силу монополии и эзотеричности медицинской профессии, а также проявляющегося в ее среде корпоративизма, оказывается неадекватным или попросту невозможным. Это и становится одним из оснований конфликта общества и здравоохранения, нашедшего яркое художественное воплощение в известном фильме Милоша Формана «Пролетая над гнездом кукушки».

Так, приложение веберовской теории бюрократии к медицинской организации дает основания для постановки вопросов об организационных патологиях (верховенство структуры над функцией), когда административные структуры внутри организации стремятся к самодовлеющему авторитету, превращая средства в цель. По мысли Т. Веблена, в рыночном обществе даже гуманитарные институты (университеты, медицинские клиники и учреждения культуры) в своем развитии подчиняются ценностям и законам рыночного выживания, нормам предпринимательства, подстраиваясь под требования представителей власти и отступая от своих истинных социальных целей и ценностей. Так учреждение здравоохранения, выступая игроком в конкурентном политическом и экономическом пространстве, тем более в условиях рынка, создает предпосылку социальных конфликтов внутри собственной организации и, как следствие этого, — напряженность в окружающем его социальном сообществе.

Последние годы мы стали свидетелями того, как постепенно стал формироваться исследовательский подход, сочетающий организационный и властный аспекты системы здравоохранения. В зарубежной социологии, прежде всего в американской, при таком подходе

<sup>1</sup> Пригожин А.И. Современная социология организаций. М., 1995; Щербина В.В. Социология организаций. Словарь-справочник. М., 1996.

<sup>2</sup> Weber M. The Theory of Social and Economic Organization. N.Y.: Oxford University Press, 1947.

<sup>3</sup> Веблен Т. Теория праздного класса. М.: Прогресс, 1984; Veblen T. The Place of Science in Modern Civilization. N.J., New Brunswick: Transaction Publishers, 1990.

<sup>4</sup> Парсонс Т. О структуре социального действия. М.: Академический проект, 2002.

<sup>1</sup> Stone Deborah A. Doctoring as a Business: Money, Markets, and Managed Care. In: Conrad P. The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. 8th Edition. N.Y.: Worth Publishers, 2009. P. 329–336.

<sup>2</sup> Conrad P. Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. 8th Edition. N.Y.: Worth Publishers, 2009.

отдельные медицинские организации и их объединения нередко рассматриваются как относительно автономные корпорации<sup>1</sup>.

Данная традиция была поддержана в исследованиях здравоохранения, проводимых с позиции критических социальных теорий (социологии конфликта, теории культурных кодов, теории символического контроля, теории взаимодействия)<sup>2</sup>. В них медицинские организации подчас прямо уподобляются капиталистическому предприятию или наделяются многими его чертами.

Однако при этом не следует забывать, что продукт деятельности медицинской организации (медицинские услуги) значительно отличается по своим социальным и потребительским характеристикам от обычного промышленного товара. В то же время экспансия рыночных отношений, протекающая и вне финансово-промышленной сферы (сервис, развлечения, рекреация, религия), вскоре, по мнению ряда экспертов, сотрет остатки принципиальных различий в предмете производства между индустрией и медициной. Но общественно-политическая и научная дискуссия по поводу миссии здравоохранения в государствах с рыночной экономикой не прекращается, и, на наш взгляд, она должна завершиться утверждением гуманитарных начал и социальной предназначенности здравоохранения в обществе.

Что касается современных российских исследований, то в них социально-организационный контекст и корпоративный характер жизни медицинских организаций пока не получил должного внимания<sup>3</sup>. Постановка подобной исследовательской проблемы в нашей стране затруднена тем, что в советский период отношения конкуренции и «корпоративного поведения» в системе здравоохранения не признавались или замалчивались. В этом отношении отечественным специалистам социологии медицины еще только предстоит освоить и развить опыт зарубежной социологии. Однако, предвзято последующий анализ, нужно подчеркнуть, что социально-организационный или корпоративный характер медицинских систем вовсе не обязательно возникает и проявляется в связи с тенденцией коммерциализации здравоохранения.

В отечественной социологии организаций до недавнего времени в типологии деловых организаций выделялись лишь два типа: «пер-

вичные» и «надорганизации» (к числу которых и отнесена «корпорация»). Главный признак корпорации состоит в том, что она складывается на более высоком уровне, возвышающемся над отдельной деловой (трудовой) организацией. Корпорация — это, как правило, организация отраслевого профиля.

Такое определение корпорации применимо к отдельному крупному медицинскому учреждению в том отношении, что оно само представляет собой объединение первичных деловых организаций — клинических и диагностических отделений и целого ряда вспомогательных подразделений. Медицинские организации подчас не только развивают уникальные направления медицинской науки и практики, но и выходят в этой деятельности далеко за рамки своих городов и даже регионов, развивая собственную сетевую структуру с гибкими линейными связями<sup>1</sup>.

Важным признаком корпорации является то, что медицинская организация самоидентифицируется в конкурентной среде как нечто целое, противопоставляя себя внешней конкурентной среде. Подобное противопоставление не было характерно для медицинских организаций в советский период, т.е. до появления принципов страховой медицины и конкуренции в здравоохранении.

Черты корпорации заметны в таких признаках деятельности медицинской организации, как:

- институциональная и организационная устойчивость (медицинская организация отчасти сама развивает стандарты деятельности и собственную структуру);
- восприятие окружающего пространства в качестве потенциального потребителя корпоративного продукта и источника необходимых для корпорации ресурсов;
- включенность в отношения обмена ресурсами и продуктами между «производителем» и «потребителем» медицинских услуг;
- включенность в конкурентные отношения с производителями аналогичных услуг;
- идентификация себя как целого и противопоставление конкурентной среде («корпоративный дух»);
- обладание кадровыми и информационными ресурсами, составляющими основу корпоративного капитала, наращивание которого зависит от положения в отраслевой конкурентной среде (в региональном, национальном или международном масштабе);
- локальный и сетевой характер деятельности медицинских учреждений;

<sup>1</sup> *Conrad P. Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. 8th Edition. N.Y.: Worth Publishers, 2009.; Henderson Gail E. Ed. Social Medicine Reader. Vol. 2. Durham, NC: Duke University Press, 2005; Brown, Phil. Perspectives in Medical Sociology. Illinois: Waveland Press, 2000.*

<sup>2</sup> *Kasper A. and S. Ferguson. Breast Cancer: Society Shapes an Epidemic. N.Y.: St. Martin's Press, 2000; King, N. et al. Social Medicine Reader. Vol. 1. Durham, NC: Duke University Press, 2005.*

<sup>3</sup> См.: Социология в России. 2-е изд. М., 1998; *Хабидуллин К.Н. Медицинская социология. СПб.: СПбГУ, 2000.*

<sup>1</sup> *Алешин Н.А. Реализация экономических интересов субъектов рынка медицинских услуг. Автореф. дис... канд. экон. наук. Саратов, СГСЭУ, 2007.*

- относительная общность интересов и социально-экономического положения большинства сотрудников, зависящего от формирующейся вокруг медицинской организации конкурентной среды и клиентской базы;

- иерархическая социальная организация значительного по численности управленческого персонала, при которой возможно «смещение целей», а также расхождения в интересах управляющего звена и массы рядовых сотрудников.

Дополнительный признак медицинской организации как корпорации — ее стремление к укрупнению и росту, возможному поглощению других организаций. Укрупнение может быть предпосылкой развития и усиления функционального потенциала организации и, значит, ее возможного влияния на сообщество получателей медицинской помощи. Этот признак может усиливаться на фоне недостаточного бюджетного финансирования. Примеры бурного роста и развития некоторых медицинских организаций, особенно в коммерческом секторе (г. Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск), служат лишь подтверждениями данного признака.

Учитывая многообразие современных медицинских организаций, правомерно поставить вопрос о применимости понятия «корпорация» к их разным типам. Если исходить из приведенных выше признаков корпорации, то данное понятие применимо ко многим лечебно-профилактическим учреждениям. Оно тем более применимо к коммерческим, негосударственным структурам, заинтересованным в обеспечении своего экономического, организационного и социального развития. Вступление медицинских организаций в конкурентные отношения с подобными себе является важным признаком корпорации, однако отсутствие видимой конкуренции, например в случае уникальности профиля или закрытости этих организаций, вовсе не исключает корпоративный характер.

Особенно ярко выражены признаки корпорации у тех медицинских организаций, которые развили сложные собственные иерархические и горизонтальные структуры, добились определенной устойчивости и значительного влияния в окружающем социуме. К этому типу следует отнести не только ведущие национальные медицинские организации («столичные и федеральные клиники»), но и все более многочисленные региональные. Их инновационная и интегрирующая роль в системе здравоохранения в социально-экономическом и интеллектуальном развитии неуклонно возрастает в связи с процессами регионализации здравоохранения. Данный процесс стимулируется и развитием бюджетно-страховой медицины.

Изучение медицинской организации как корпорации предполагает выделение в ней нескольких основных характеристик — функциональной, социальной, организационной и нормативной, а кроме того, их анализ в динамике. Подобная концепция позволяет выдвинуть ряд новых исследовательских гипотез при анализе медицинских организаций в условиях рыночной трансформации экономики России, формирование рынка медицинских товаров и услуг.

Особый интерес представляют организационные патологии и поддержки в системе здравоохранения. Они становятся более понятными при изучении реальных ролей, статусов, функций и моделей поведения отдельных слоев и групп в линейной структуре корпорации: на уровне федерального органа управлением здравоохранением, региональной системы, учреждения. Заслуживают внимания проблемы формирования и воспроизводства квалификационных слоев медицинского персонала, формальных и неформальных корпоративных объединений, а также их участия в выработке и реализации управленческих решений.

В изучении медицинских организаций как корпораций и проблем их взаимодействия с окружающим сообществом целесообразно выделять следующие группы факторов:

- характер внутренних структур корпорации (социальной, функциональной, организационной, ценностной и нормативной);
- механизмы и процессы внутренней социальной жизни медицинского учреждения;
- механизмы и процессы, относящиеся к горизонтальным и вертикальным связям данной корпорации в окружающем сообществе.

Детальнее эти группы факторов будут рассмотрены далее.

## 4.2. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

### 4.2.1. Социальные противоречия медицинского труда

С позиции предмета медицинской социологии проблематика медицинских работников как группы закономерно вписывается в представление о здравоохранении как социальной системе, где взаимодействуют социально-медицинские общности. Наиболее полное раскрытие совокупности этих общностей, их существенных свойств и характера взаимодействий является предпосылкой целостного исследования системы здравоохранения и одновременно условием более точного понимания комплекса назревших социальных проблем медицинских работников. Без понимания объективного харак-

тера социального статуса медицинских работников, особенностей их социальных взаимодействий с другими субъектами сферы здоровья невозможно сформулировать концепцию кадровой политики в системе здравоохранения.

Нынешнее состояние социологического изучения проблем медицинских работников как социальной группы в России, к сожалению, следует признать пока недостаточным<sup>1</sup>. Возможности экстраполяции данных зарубежных исследований являются также весьма ограниченными ввиду особенностей становления и развития отечественной системы здравоохранения. В нашей стране медицинская профессия развивалась на протяжении многих десятилетий в рамках только государственной системы здравоохранения, при ограничении частной практики. Тем не менее современная социология медицины позволяет выработать ряд важных положений, характеризующих эту профессиональную группу.

Одно из главных положений состоит в том, что медицинский работник оказывается в пересечении целого ряда социальных противоречий и зачастую не может своими силами преодолеть их влияние.

**Первым** и наиболее важным противоречием, отражающимся на профессиональной деятельности врача, является противоречие между тремя детерминантами:

- институциональными функциями здравоохранения;
- совокупностью социальных заказов к системе здравоохранения;
- публичными задачами учреждений здравоохранения.

Это противоречие, имеющее глубокие социально-исторические корни, может обостряться в связи с ускорением процессов социальной дифференциации и дезинтеграции социума, а также значительным усложнением организационной структуры современной системы здравоохранения.

**Вторым** по значимости является противоречие между двумя сферами — формального и неформального здравоохранения. Первая сфера представлена совокупностью учреждений, сосредоточенных на оказании общей и специализированной медицинской помощи населению. Неформальное здравоохранение включает в себя традиционные модели поведения людей в сфере здоровья в семье, общественных местах, трудовых коллективах, в том числе транслируемые посредством СМИ, а также средства народной медицины. Есть основания предполагать, что в повседневной жизни людей первая

<sup>1</sup> Морозов П.Н. Медико-социологический взгляд на врача-клинициста и его работу в современных условиях // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета: ежеквартальный научно-практический журнал. 2005. № 1. С. 73–78.

сфера пока не имеет значительного перевеса над второй ни в плане времени воздействия на пациентов, ни в разнообразии форм и интенсивности такого влияния.

Система формального здравоохранения современного общества, в определенном смысле, испытывает недостаток социальной системности. Она реализует в обществе частичную функцию, что проявляется в своеобразной «эрозии целеполагания». Эта эрозия выражается в устоявшейся ориентации профессиональной медицины на лечение определенной болезни, в то время, как известно, лечить следует человека в целом — субъекта, обладающего определенным образом жизни и своеобразной средой обитания. Лишь в последнее время усиливается призыв (в лучших традициях отечественной медицины) обратить внимание не только на больных, но и на здоровых людей, на профилактику факторов риска заболеваний и минимизацию последствий инвалидности и смертности населения, прежде всего в трудоспособном возрасте.

Другим проявлением частичной функции можно считать реальную зависимость здравоохранения от существующих моделей культуры. В зарубежных исследованиях с середины XX в. в рамках теорий символического интеракционизма и социального конструктивизма разрабатывается понятие «**социальной конструкции лечения**» — присущей данному обществу относительно устойчивой модели организации медицинской помощи<sup>1</sup>.

В этой модели своеобразно в рамках определенных культур реализуются стереотипы власти, достоинства, престижа, стыда, верований, безопасности и других ценностей в конкретных ситуациях взаимодействий медицинских работников и пациентов. Многообразие таких взаимодействий порождает определенный набор социальных конструкций, которыми руководствуются их участники (врачи, пациенты), что особенно заметно в педиатрии, гинекологии, урологии.

Медицинские работники, нередко ощущая социальную значимость таких культурно-психологических моделей и свою зависимость от них, не могут «перешагнуть» через подобные конструкции или попросту их игнорировать. Сама технология лечения часто оказывается детерминированной моделями субкультуры. Решение данной проблемы порой содержится в принципе сугубой деперсонализации необходимых профессиональных манипуляций или информации. Например, таких манипуляций или сведений, которые подразумевают заболевания кожи, мочеполовых органов и др. Впрочем, подобную зависимость ощущают и пациенты.

<sup>1</sup> Brown Phil. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. In: Brown, Phil. Perspectives in Medical Sociology. Illinois: Waveland Press, 2000. P. 74–103.

Следствием недостатка социальной системности можно считать и разделение сложившейся модели профессионального здравоохранения на ряд известных направлений. С одной стороны — это набор клинических дисциплин: хирургия, терапия, акушерство и гинекология и др. С другой — набор вспомогательных специальностей: лабораторная диагностика, диетология, физиотерапия и др. «Вклиниться» в эти устойчивые комплексы предметных областей чрезвычайно сложно, примером чему и служит трудный опыт внедрения социологии медицины в вузовские программы.

Здравоохранение в данном отношении не является исключением. Подобное деление присуще и другим социальным институтам. В частности, в системе образования веками воспроизводится предметно-урочная практика, хотя сегодня вряд ли кто-то из ее адептов может обосновать роль отдельных когнитивных комплексов в реализации институциональных функций образования. Тем не менее в значительной степени управление образованием ориентировано не на функциональную эффективность, а на воспроизводство урочной традиции и формальный, поверхностный (особенно в контексте столь широко обсуждаемых инструментов ЕГЭ и так называемого «компетентностного» подхода) контроль предметно-урочной системы обучения.

Вне сомнения, отмеченные противоречия накладывают свой отпечаток на реальные образцы профессиональной культуры в медицине вообще и в ее специальных областях, воспроизводимые в новых поколениях медицинских работников. Учитывая авторитет и референтный характер этой крупной профессиональной группы в современном обществе, означенная проблема заслуживает, по нашему мнению, дополнительного исследования, в том числе в целях совершенствования подготовки кадров здравоохранения.

Отсутствие в общественном сознании четких критериальных оценок эффективности системы здравоохранения ведет к тому, что обществом на систему здравоохранения, как социальный институт, и на медицинских работников, как социальную группу, возлагается главная ответственность за неудовлетворительное состояние общественного здоровья. Однако это не соответствует пониманию институционального строения общества и становится существенной преградой на пути дальнейшего развития системы охраны здоровья населения.

**Третьим** противоречием является большой разрыв между грузом моральной и юридической ответственности, налагаемой обществом на медицинских работников, с одной стороны, и низкой оплатой труда, оказывающейся явно недостаточной для полноценного со-

циального и культурного воспроизводства профессиональной группы — с другой.

Данное противоречие свойственно не только российской системе здравоохранения, но и здравоохранению других стран. Российское государство, приняв на себя гуманную ответственность за охрану здоровья населения и поддержку общественной системы здравоохранения, до последнего времени оказывается не в состоянии обеспечить справедливое вознаграждение труда медицинских работников. При господстве экономократизма сохранение и воспроизводство потенциала общественного здоровья пока не входит, вопреки декларациям, в число приоритетов правящих политических и экономических элит. Как следствие этого, финансирование здравоохранения из государственных источников все еще осуществляется по остаточному принципу.

Еще в середине XX в. американский социолог Роберт К. Мертон сформулировал идею о «явных» и «скрытых» (латентных) функциях социальных институтов. Применительно к системе здравоохранения эта идея позволяет поставить вопрос о существовании **четвертого** противоречия в сфере труда медицинских работников. Это противоречие — между явными и латентными функциями здравоохранения как социального института — можно представить как некий «побочный эффект» системы.

Данный эффект в действительности чреват гораздо большими негативными медико-социальными последствиями и безусловно выходит за рамки побочных эффектов лечебно-диагностического процесса. В данном случае речь идет о противоречии между выполнением явных функций здравоохранения — предоставление населению бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью — и необходимостью возмещения дефицита финансирования этой Программы за счет платных медицинских услуг. Налицо противоречие между явной функцией здравоохранения — выполнение ведущего социального заказа общества и «латентной» функцией — оказание платной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Это противоречие можно устранить только путем внесения соответствующих изменений в законодательные акты и действенным контролем за их исполнением.

Отмеченные особенности социальной природы медицинского труда могут дать полезные ориентиры в отношении объектов медико-социологического исследования в перспективе, а также некоторые

гипотезы в дополнение к той концептуальной модели здравоохранения и как социальной системы, которая обсуждалась в главе 1.

**Пятое** противоречие отражается в сравнительно новой научно-практической проблеме — «**выгорании персонала**» учреждений здравоохранения. Проведенные социологические обследования медработников в разных странах показали, что до треть медперсонала в случае повторного выбора ими профессии не выбрали бы этот путь. В части медицинского персонала во многих трудовых коллективах с разной силой отмечается ощущение отчужденности от своей работы, пациентов, коллег. Чувство отчужденности медицинского работника зачастую сопровождается представлениями о бесполезности собственного труда, несправедливой оценке его со стороны общества.

Профессиональные стрессы, связанные с низким уровнем оплаты труда, возрастающими претензиями общества к системе здравоохранения, со все большим распространением здоровьеразрушающих практик и ухудшающимися показателями общественного здоровья, приводят к подавленному моральному состоянию части медицинского персонала, усугубляя эффект «выгорания».

Кроме того, «выгорание» части контингента медицинских работников является также следствием профессионального перенапряжения, связанного с необходимостью работы на полторы-две ставки, ночными дежурствами и т.п. Изменения в условиях труда медперсонала, привносимые далеко не всегда продуманными реформами здравоохранения, усиливают производственные стрессы, поскольку повышают степень ответственности медицинских работников за последствия этих реформ.

Проблема «выгорания» медицинских работников по праву находится в центре внимания специалистов клинической, социальной и образовательной психологии. Справедливости ради следует отметить, что социологи тоже уделяли внимание этой проблеме. Но различие между социологами и психологами заключается в подходах к концептуализации и измерению «выгорания», а также в предписаниях возможных решений самой проблемы. Различие заключено в понимании сути причин «выгорания»: если психологи сосредотачиваются на индивидуальных и личностных факторах, то социологи — на структурных и организационных причинах.

Организационные изменения, ведущие к усилению автономии медицинских работников, их поддержке и поощрению со стороны администрации, оказываются эффективными для снижения уровней «выгорания» и текучести кадров. Если «выгорание» является следствием структурных и организационных противоречий, то психоло-

гические подходы, сосредоточенные на обучении индивидов навыкам его преодоления, будут менее эффективными в крупных урбанизированных сообществах с тысячами медицинских работников. Гораздо более результативны в этих социальных субъектах организационные изменения в виде оптимизации функций, нагрузок, а также обучении руководителей лечебно-профилактических учреждений более совершенным навыкам управления медицинскими коллективами. Последнее не исключает вовлечение в этот процесс рядовых медицинских работников и проведение с ними индивидуальных психологических тренингов.

Оценка общих масштабов проблемы «выгорания» среди медицинского персонала оказывается затрудненной. Отчасти это связано с разногласиями по поводу ее концептуализации и измерения, а также с ограниченностью обследуемых выборок персонала, анализ которых помог бы представить общую картину. В среде работников умственного труда подобное выгорание реже захватывает специалистов технической сферы и гораздо чаще — гуманитарной, а внутри нее — учителей и социальных работников. По сравнению с двумя названными группами специалистов медицинский персонал вдвое реже считает основную работу главным источником стрессов в своей жизни (38% в сравнении с 79% представителей других групп специалистов). Причем результаты международных исследований в целом подтверждают подобную тенденцию.

Психологическая литература о феномене «выгорания» свидетельствует, что данное нарушение чаще встречается у индивидов с низкой толерантностью к стрессам. Часто подвержены «выгоранию» индивиды, характеризующиеся психологическим аскетизмом, жестким и догматическим мышлением, фатально верящие в то, что их жизненный путь определяется судьбой, удачей или другими внешними обстоятельствами.

С социологической точки зрения феномен «выгорания» ассоциируется со структурными и организационными факторами. В их числе недостаток профессионального опыта на начальных этапах карьеры в медицине. «Выгорание» гораздо чаще затрагивает молодых специалистов из среды среднего медперсонала и врачей. Реже подвержены «выгоранию» специалисты и врачи, к которым руководители медицинских учреждений относятся с уважением, высоко ценя их профессиональные качества, привлекая к процессу выработки управленческих решений. В учреждениях с подобными взаимоотношениями персонал сохраняет сопротивляемость к «выгоранию» даже при высоком уровне стрессового прессинга. Поддержка со стороны ру-

ководителя оказывается в этом плане даже более существенной, чем поддержка коллег и материальное стимулирование.

#### 4.2.2. Удовлетворенность работой в здравоохранении

Теоретические предпосылки обращений ряда авторов к проблематике удовлетворенности персонала организации своей работой достаточно широко освещены в отечественной и зарубежной социологии<sup>1</sup>. Удовлетворенность работой видится как интегральный критерий социального и профессионального самочувствия, с которым основательно связана мотивационная сфера личности и ее самореализация не только в профессии, но и в более широком социальном пространстве.

Удовлетворенность работой оказывается значимым критерием для целей медико-социологического анализа в связи с постановкой многих практически важных вопросов: об усилении профессиональной мотивации медицинских работников, о качестве медицинской помощи, об эффективности управления медицинскими коллективами и конфликтами в них, о текучести кадров в здравоохранении и др. В конечном счете речь идет об информационных и социально-технологических основаниях управления человеческими ресурсами системы здравоохранения.

В проведенном нами исследовании удовлетворенность персонала работой в системе здравоохранения изучалась по ряду параметров. Анализ оценок, стихийно формирующихся в общественном мнении, дополнялся измерением удовлетворенности отдельными сторонами профессиональной деятельности, в числе которых — экономические, организационные и психологические условия.

**Общая удовлетворенность работой.** Общая удовлетворенность медицинского персонала своей работой в системе здравоохранения оказывается в целом положительной. Выявленная структура ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы своей работой в целом?» позволяет сделать такой вывод. Однако по отдельным категориям медицинского персонала и отдельным компонентам такой оценки ситуация различается, а порой вызывает тревогу (табл. 58). Если среди врачей в 59% случаев звучали утвердительные ответы на этот вопрос, то среди работников органов управления число удовлетворенных своей работой достигает абсолютного большинства — 95%. В связи с этим общая удовлетворенность, как эмпирический индикатор и один из ключевых показателей социального благополучия в системе здравоохранения, заслуживает детального анализа.

<sup>1</sup> Социология труда / Под ред. Н.И. Дряхлова, А.И. Кравченко, В.В. Щербины. М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1993.

Удовлетворенность отдельных категорий медицинского персонала работой в целом, %

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы своей работой в целом?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Весь массив в целом	11	50	24	7	8
2	До 30 лет	9	59	19	7	6
3	31–40 лет	11	52	24	4	9
4	41–50 лет	6	55	23	9	7
5	51–60 лет	15	43	28	6	6
6	Старше 60 лет	20	35	20	10	15
7	Врачи	11	48	24	7	10
8	Руководители медицинских организаций и подразделений	8	45	30	8	9
9	Средний медицинский персонал	13	51	22	7	7
10	Работники органов управления	17	78	5	—	—

Одним из подходов к его оценке может служить известная в микросоциологии «теория обмена», с позиции которой деятельность индивида рассматривается как его реакция на совокупность реально складывающихся лично значимых стимулов со стороны социального окружения. Таким образом, общая удовлетворенность работой проявляется как субъективно складывающийся и значимый внутри профессиональной группы баланс удовлетворенности различными ее сторонами.

Вместе с тем этот баланс одновременно выступает и как субъективная удовлетворенность индивида собственным социальным положением. В восприятии самого вопроса об удовлетворенности присутствуют две основные плоскости, подчас не связанные прямо друг с другом и даже вступающие в противоречие:

- удовлетворенность результатами профессиональной деятельности;
- удовлетворенность внешним признанием (престижем) профессии.

В свою очередь, в каждой из этих плоскостей на личностном уровне обнаруживается целый набор рациональных и иррациональных конструктов — критериев восприятия своей принадлежности к медицинской профессии.

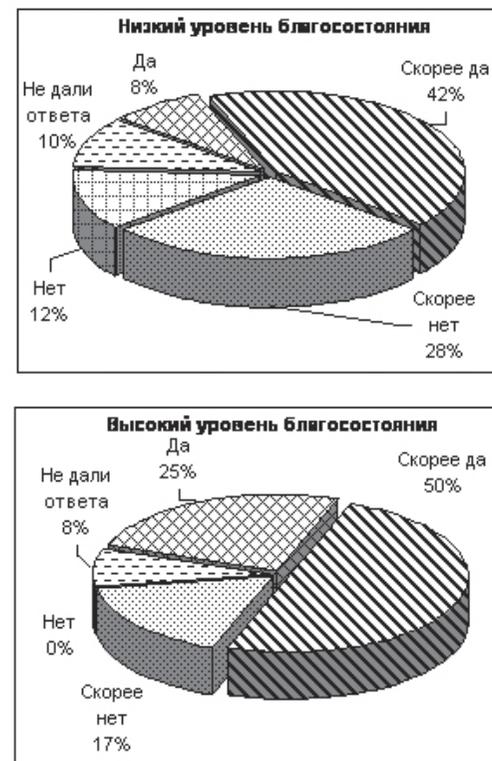
Из баланса этих двух составляющих вытекает не только общая удовлетворенность работой, но в ее контексте то или иное конструирование собственного ближайшего и отдаленного будущего, мотивационная платформа приверженности своей профессии, корпоративной профессиональной культуре и т.п.

В связи с такой структурной интерпретацией общей удовлетворенности работой материалы региональных опросов медицинского персонала говорят в целом о тревожной ситуации в профессиональной среде работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Общий положительный баланс удовлетворенности не может быть причиной самоуспокоенности, так как внутри комплекса составляющих ее компонентов накапливается определенная критическая масса, которая заслуживает дальнейшего углубленного изучения в интересах системы здравоохранения.

Зависимость удовлетворенности медицинского персонала своей работой от уровня благосостояния представлена на рис. 15. Медицинские работники с высоким уровнем благосостояния в 75% случаев удовлетворены своей работой, в то время как среди их коллег с низким уровнем благосостояния уровень удовлетворенности снижается до 50%. Еще большая категоричность звучит в оценках неудовлетворенности своей работой: среди медицинских работников с низким уровнем благосостояния доля таких оценок приближается к критической массе и составляет 40%.

Другая тенденция обнаруживается во взаимосвязи между уровнем образования персонала и удовлетворенностью выполняемой работой: чем выше уровень образования персонала, тем в целом ниже удовлетворенность работой в здравоохранении.

Значимым фактором общей удовлетворенности работой оказывается величина различия между имеющейся квалификацией сотрудника, с одной стороны, и степенью сложности выполняемого труда в медицинском учреждении — с другой. Если квалификация выше должностных требований, то удовлетворенность работой снижается: среди тех, кто признает уровень своей квалификации выше должностных требований, каждый второй не удовлетворен работой. И наоборот, среди тех, кто отмечает соответствие квалификации должностным требованиям, неудовлетворенность свойственна лишь каждому третьему, а с признанием недостаточности своей квалификации уровень неудовлетворенности работой снижается до 26%.



**Рис. 15.** Удовлетворенность медицинского персонала работой в зависимости от уровня благосостояния

Недостаточность профессиональной квалификации сочетается с низкими личностными и социальными притязаниями и, как правило, приводит к относительному завышению общей удовлетворенности работой.

Ситуация, в которой сотрудник признает недостаточность собственной квалификации, может стимулировать саморазвитие, усиливать интеллектуальную привлекательность данного труда и в итоге также повышать общую удовлетворенность работой.

Вполне ожидаемый характер связи существует между уровнем удовлетворенности работой и частотой и объемом посторонних, не входящих в должностные обязанности работ. При регулярном режиме и значительном объеме подобных работ общая неудовлетворенность охватывает более 40% персонала, а при их отсутствии — лишь 21%. Наличие приработков (постоянных или эпизодических), свя-

занных с потребностью в дополнительном заработке, существенно не влияет на уровень общей удовлетворенности работой в здравоохранении.

Значимым фактором общей удовлетворенности работой является восприятие преобладающих в медицинском учреждении отношений. Две основные разновидности этих отношений оказывают взаимно противоположное влияние на уровень удовлетворенности работой (табл. 59).

Таблица 59

**Удовлетворенность медицинского персонала работой в целом в зависимости от преобладающих в учреждении отношений, %**

№ п/п	Преобладающие в учреждении отношения	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы своей работой в целом?»			
		Да, вполне	Скорее да	Скорее нет	Совсем нет
1	Четкие, в пределах служебных обязанностей	24	29	23	21
2	Человеческое взаимопонимание, при соблюдении служебных обязанностей	48	36	23	8
3	Отношения с позиции «начальник всегда прав»	6	23	33	50

Как видно из табл. 59, преобладание отношений типа «начальник всегда прав» сочетается с повышением уровня общей неудовлетворенности работой медицинского персонала до 50% (строка 3). Напротив, в связи с преобладанием в отношениях того, что в обиходе называется человеческим взаимопониманием, неудовлетворенность работой персонала в здравоохранении снижается до 8% (строка 2). В свою очередь, преобладание четких служебных отношений существенно не отражается на динамике общей удовлетворенности работой.

Таким образом, общая удовлетворенность работой предстает как интегрированная оценка общественного мнения, которая, в свою очередь, складывается из совокупности оценок отдельных значимых сторон работы как важнейшей системообразующей предпосылки всей социальной жизнедеятельности работника. Вместе с тем на индивидуальном и социально-групповом уровне складывающиеся конкретные конфигурации значимых сторон работы могут не совпадать. Так, скажем, среди трудоустроенных лиц пенсионного возраста, получающих в дополнение к заработной плате пенсию, ожидания в отношении материального стимулирования обычно ниже по срав-

нению с теми категориями работников, чье благосостояние целиком зависит от оплаты труда. Это требует проведения дифференцированного анализа удовлетворенности разными сторонами работы в здравоохранении, в том числе и по отдельным группам персонала.

Таблица 60 показывает основные результаты изучения удовлетворенности персонала государственных и муниципальных учреждений здравоохранения выполняемой работой применительно к некоторым важнейшим сторонам его профессиональной деятельности.

Таблица 60

**Удовлетворенность медицинского персонала работой в целом и ее отдельными сторонами, %**

№ п/п	Оцениваемые стороны работы	Варианты ответов на вопросы об удовлетворенности работой и ее отдельными сторонами				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Работа в целом	11	50	24	7	8
2	Возможности повышения квалификации	37	36	14	9	4
3	График, режим работы	31	46	12	8	4
4	Взаимоотношения в трудовом коллективе	29	47	13	6	5
5	Отношения с ближайшим руководством	28	46	15	6	5
6	Возможности должностного роста	20	30	26	17	7
7	Стиль руководства в учреждении	16	38	26	14	6
8	Престиж профессии	13	26	30	26	5
9	Условия и режим труда	10	29	35	22	4
10	Наличие моральных поощрений	8	19	28	40	6
11	Материальное стимулирование	4	11	36	45	4

Судя по данным табл. 60, наиболее узкими местами работы в системе здравоохранения, в отношении которых общая удовлетворенность оказывается наиболее низкой, являются престиж профессии, условия труда и сложившиеся практики материального и морального стимулирования работников. Эти четыре позиции указывают, по сути, на предельно острое противоречие между высококвалифицированным характером труда, от которого зависит здоровье и жизнь пациентов, и далеко не равнозначным вознаграждением за него.

Отдельные стороны медицинской деятельности, приведенные в табл. 60, можно интерпретировать как переменные социальные факторы в контексте их управляемости. В таком случае почти все эти стороны, за исключением материального стимулирования, а также престижа профессии, относятся к числу управляемых переменных, лежащих в компетенции администрации лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением регионального или муниципального уровня. Ниже мы проанализируем социальную динамику удовлетворенности этими сторонами деятельности.

**Условия и режим труда.** В традиционном понимании условия труда подразумевают набор внешних по отношению к предмету труда обстоятельств, в том числе степень его опасности и влияния на здоровье и социальное самочувствие работника. Классификация типов и оценка условий труда в системе здравоохранения, переживающей технологические преобразования, недостаточно освещены в российской социологии и вполне заслуживают того, чтобы стать предметом отдельного медико-социологического исследования. В данном случае мы рассмотрим лишь общую динамику удовлетворенности этой стороной профессиональной деятельности в медицине.

Удовлетворенность медицинского персонала в государственных, муниципальных учреждениях и органах управления здравоохранением условиями труда оказывается в целом низкой (табл. 61). Более половины опрошенных медицинских работников выражают полную или частичную неудовлетворенность этими условиями. Среди среднего медперсонала и врачей вполне удовлетворены условиями труда лишь каждый десятый, что указывает на значительную остроту проблемы. В наибольшей степени удовлетворены условиями труда сотрудники органов управления здравоохранением — каждый третий.

Таблица 61

**Удовлетворенность отдельных категорий  
медицинского персонала условиями труда, %**

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы условиями труда?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Весь массив в целом	11	29	35	22	3
2	Женщины	10	29	34	23	4
3	Мужчины	13	30	40	14	3
4	Врачи	9	37	27	24	3

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы условиями труда?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
5	Руководители медицинских организаций и подразделений	9	23	45	20	3
6	Средний медицинский персонал	9	26	38	22	5
7	Сотрудники органов управления	39	28	28	5	—

Условия труда в столь специфической и сложной отрасли, какой является здравоохранение, воспринимаются в виде целого комплекса факторов, часть из которых вряд ли поддается эффективному контролю. К таким неуправляемым переменным в комплексе условий труда относятся: высокая насыщенность профессиональной среды эмоциональным и физическим страданием людей, с которыми медицинские работники вступают в прямой психологический и физический контакт; опасные факторы профессиональной заболеваемости (контакт с инфекционными больными, с химическими реагентами) и т.д.

Эти обстоятельства существенно отличают медицинскую деятельность от остальных профессий, требуя от персонала отрасли особых физических и моральных качеств. От обладания этими качествами зависит решающим образом профессиональная адаптация, а вместе с тем и служебное продвижение. От этих качеств зависит достижение высоких профессиональных результатов.

Судя по данным анкетного опроса врачей, мужчинам в целом чаще, чем женщинам, присуща удовлетворенность условиями труда.

Начинающим работникам свойственна более высокая удовлетворенность условиями труда (около 65%), что видно из приводимого фрагмента глубинного интервью.

Женщина, 27 лет, квалификационной категории не имеет, заведующая отделением в поликлинике, не замужем, детей нет.

«Это мое призвание. Другим я и не знаю чем можно заниматься! В медпредставители — неперспективно абсолютно: 3–5 лет, и ты потеряешь диплом, знания — все потеряешь! А куда-то еще? В продавец? Да мне жалко 6 лет моего образования! Может и будет переход куда-то, но только в рамках медицины! Это — мое».

На вопрос: «Что Вам нравится в профессии, что в ней удерживает?» — , отвечает:

«Ой, все нравится! Если убрать бюрократические проволочки и нормализовать стандарты... У нас есть стандарты медицинской помощи, но нам в принципе это сделать не дают! Много бумажек. Вот эта бюрократия убивает, писанина... А так, мне нравится все в здравоохранении. Вот если только не эта бумажная сторона».

По мере увеличения стажа накапливается критическое восприятие. У части персонала такое восприятие связано с профессиональным и личностным «выгоранием» работников. Пик личной неудовлетворенности условиями труда приходится на группу персонала первой и высшей аттестационных категорий и профессиональным стажем от 11 до 15 лет. В этих же группах работников отмечаются и самые высокие показатели профессиональной текучести и готовности уйти из своей профессии.

Среди основных причин неудовлетворенности условиями труда более 60% врачей, работающих в муниципальных медицинских организациях, отмечают системные барьеры, обусловленные прежде всего материально-техническими и организационными недостатками в инфраструктуре отдельного учреждения или локальной системы здравоохранения. В числе негативных организационных факторов заслуживают внимания: отнимающий много времени и отвлекающий от клинической работы излишний документооборот, недостаточные диагностические возможности, нерациональное соотношение числа врачей и средних медицинских работников, диспропорции в структуре общей и специализированной медицинской помощи и т.п. Организационные недостатки могут усугубляться ограниченными материально-техническими условиями, в частности морально устаревшим оборудованием. Иллюстрацией этого служит фрагмент глубинного интервью с врачом.

Женщина, 50 лет, Врач-отоларинголог, первая квалификационная категория, работает в платном медицинском центре.

«Оснащенность страдает... И ведь новое — не сильно качественное. Инструмент через неделю позеленел после первой обработки, ... облез весь! ... У меня сломался ватник в носу у человека, я думала, я поседею. Стала делать катетеризацию слуховой трубы — у меня катетер изогнулся... я не знала, как его вытащить! Представьте, стою и думаю: «Сейчас везти в больницу, надо все лицо вскрывать, чтобы убрать этот катетер!» Вот и полечились! Хорошо, попала не скандальная пациентка, мы с ней — обе в предынфарктном состоянии — кое-как его вытащили. Страшно работать этим инструментом!».

Подобные недостатки могут существенно затруднять или делать вовсе невозможным оказание помощи в соответствии с действующими стандартами медицинских технологий. Все эти барьеры вос-

принимаются врачами не только как непригодные условия труда, но и как обстоятельства, систематически затрудняющие профессиональную и творческую самореализацию, что подтверждается многими глубинными интервью. Один из фрагментов приводится ниже.

Врач-невропатолог, женщина, 40 лет.

«Мне пришлось подрабатывать в районной поликлинике. Там вообще, как говорится, труба дело! Приходят с болями в пояснице, надо сделать рентген, а рентгена нет, ... надо ехать-идти куда-то делать платно. Надо сделать реовазографию нижних конечностей, посмотреть сосуды — тоже нет. Так же, когда приходят с головными болями: надо сделать энцефалограмму, посмотреть УЗИ сосудов головного мозга — тоже возможности нет. И получается, *мы как слепые котятка* [Курсив авт.]. А если назначаешь консультацию окулиста или ортопеда, то тоже не попасть, кругом очереди. Не попасть! Для меня это — основная проблема».

Режим труда в здравоохранении всегда тесно связан с его техническими и технологическими условиями, но обусловлен также и организацией труда. Можно говорить о двух основных типах режима труда, которые нередко совмещаются в условиях широко распространенной вторичной занятости и многочисленных подработок медицинского персонала. Первый, наиболее массовый тип связан с деятельностью в составе клинических стационаров медицинских организаций. Особенности такого режима является сменность труда и включенность в графики дежурств. Второй тип характерен для амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения.

Законодательное нормирование шестичасового рабочего дня для персонала учреждений здравоохранения принято в соответствии со справедливым представлением о высокой интеллектуальной и психологической напряженности профессиональной деятельности медицинских работников. Однако отмеченная напряженность требует в среднем большего резерва времени для физического и социального воспроизводства работника. Поэтому такое ограничение продолжительности рабочего дня шестью часами, по сравнению с большинством категорий работников других отраслей, действующих в условиях восьмичасового рабочего дня, создает обманчивое представление о наличии значительного свободного времени у представителей медицинской профессии.

В связи с этим существующий режим — при занятости на одну ставку — все-таки представляется удобным и приемлемым для значительной части персонала здравоохранения. К совместительству побуждает крайне недостаточный базовый уровень оплаты труда. При этом необходимость в более продолжительном и активном вос-

становлении затрачиваемых физических и психических сил медицинских работников в государственных органах исполнительной и законодательной власти, к сожалению, не рассматривается.

Неполная загрузка коечного фонда и амбулаторно-поликлинических учреждений в отдельных территориях (обычно — в сельской местности) также создает видимость неполной трудовой занятости персонала в рабочее время. Для некоторой его части это служит предпосылкой вторичной занятости, трудоустройства работников по совместительству как внутри профессии, так и вне ее.

Врач, мужчина 55 лет.

«Я бы не сказал, что уж очень сильно перегружены по работе в основное время, днем. Но учитывая срочные вызовы, на которые постоянно вызывают, могут и несколько раз за ночь вызвать — это выбивает из режима, врачи недосыпают... Ни выходных, ни праздников. Из-за невысокой зарплаты подработки берут и платными услугами занимаются, дежурят по ночам... Вот это перегрузку создает, больше нервную, чем физическую».

Не имеют подработок лишь около  $\frac{1}{4}$  сотрудников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Причем объем такого совместительства в отдельных случаях может быть сопоставим с нагрузкой по основному месту работы. Почти половина персонала (45%) подрабатывает на постоянной основе.

Удовлетворенность режимом труда так или иначе является преобладающей нормой в трудовых коллективах системы здравоохранения — 77% опрошенных дали положительный ответ на вопрос: «Удовлетворены ли Вы режимом труда?» и лишь 20% — отрицательный (табл. 62). Существующий режим труда следует рассматривать в качестве положительного фактора, который стабилизирует персонал в системе, а в интересах социального управления желательным является усиление стимулирующего влияния этого фактора.

Таблица 62

**Удовлетворенность отдельных категорий медицинского персонала режимом труда, %**

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы режимом труда?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Весь массив в целом	31	46	12	8	3
2	Женщины	31	47	10	8	3
3	Мужчины	30	40	21	6	3
4	Врачи	25	47	16	8	4

**Материальное и моральное стимулирование.** Среди всех существенных сторон работы в здравоохранении именно материальное стимулирование вызывает наибольшую неудовлетворенность персонала (табл. 62). Эта неудовлетворенность объективно связана с тем, что на протяжении последних двух десятилетий уровень оплаты труда в самых массовых специальностях врачебного и среднего медицинского персонала государственных и муниципальных учреждений здравоохранения был ниже или едва достигал официального прожиточного минимума. Принятые в 2007 г. (в рамках национального проекта «Здоровье») меры по изменению уровня оплаты труда некоторых категорий работников первичного звена медицинской помощи не затронули основную массу персонала. Они вызвали неоднозначное отношение в профессиональной среде и существенно ослабили доверие медицинского персонала к решениям, принимаемым на федеральном уровне в области здравоохранения.

Как конкретно воспринимаются подобные решения, видно из глубинных интервью врачебного персонала.

Мужчина, 29 лет, врач первой категории.

«Государство говорит о повышении наших зарплат. А где они, деньги? Их нет! Они же повышают оклад! А если оклад 2,5 тысячи? Ну прибавят к нему 40%. А потом вычитают 13%. И остается 400 рублей прибавки... Поэтому люди и бегут из медицины. Парадокс, институты выпускают огромное количество врачей ежегодно, а врачей-то нет! А обучение-то очень сложное и само по себе дорогостоящее».

Стартовый уровень оплаты труда в должностях врачебного персонала (кроме первичного звена) оказывается не выше размера прожиточного уровня для взрослого человека.

Женщина, 50 лет, врач-отоларинголог, первая квалификационная категория, стаж 23 года, работает в платном медицинском центре.

«И отработала я в государственной медицине ... десять лет, и ушла на платное! Потому что устала ... работать даром! Это очень тяжело! У меня сейчас знакомая доктор приехала с Питера, закончив ординатуру, в ЛОР-отделении. Зарплата — 3600 рублей. Норма от государства — 6 часов рабочий день, 8–10 минут на человека. Значит, на амбулаторном приеме должна принять 40 детей в день! Получив за это в месяц «грязными» 3600! В день — 150 рублей, это 3–4 рубля за человека! Беседовать, осмотреть, лечить, записать это под все проверки, брать на себя ответственность — и это за 3 рубля и за 8 минут? Уже хотелось сказать: «Я сама дам вам 5 рублей, только не приходите!» А так как я всегда ... привыкла хорошо работать, то у меня всегда народу было много, а денег — меньше всех».

Распространенным явлением стала, как известно, работа врачей на полторы и даже две ставки внутри одного и того же учреждения в государственном секторе здравоохранения. Государство, сохраняя низкий уровень оплаты труда в медицине, фактически побуждает ее персонал к вторичной занятости. Тем самым усиливается тенденция, при которой становится объективно невозможным полноценное социальное и культурное воспроизводство высококвалифицированной рабочей силы, интенсифицируются процессы профессионального, социального и психологического «выгорания» значительной части медицинского персонала.

Размер заработной платы труда квалифицированной медсестры вдвое ниже размера регионального прожиточного минимума, и лишь значительное (как правило, двукратное) «расширение зоны обслуживания» позволяет добиться того, чтобы оплата труда превысила величину прожиточного минимума. Но таким образом возникают запредельные объемы временных и физических нагрузок, не совместимые с возможностями личностного и социального воспроизводства работника, что озвучено в одном из глубинных интервью с медсестрой.

Женщина, 25 лет, работает медсестрой в процедурном кабинете платного медицинского центра, до того — в областной клинической больнице.

«А ушла потому, что график работы стал не устраивать. У меня встал выбор — или работа, или семья. Работа-то посменная, по суткам. И начались проблемы в семье (*отводит глаза*). И я решила: семья — дороже. Я привыкла работать там на потоке, т.е. пришел в 7 утра и все — ни присесть, ни поесть... Бывало, по ночам кушали... Бывало, и до 2 ночи, и до утра бегодня была. Но мне очень нравилось там!

После [работы в] областной [клинической больнице] я сначала ушла в поликлинику, мне бы только не по сменам.. Вот это уж точно не мое — писать бумажки, сидеть на приеме с врачом и выписывать рецепты! Я отсидела там месяца четыре и ушла. У меня прям душа вся... Не могу! Не мое это! Там всю практику растеряешь. Месяца два прошло, я капельницу стала ставить — так руки задрожали. «Господи, так же все забуду!» Здесь, в центре, работать спокойнее. Хотя и там, и здесь свои плюсы и минусы...».

Недостаточная оплата труда вызывает закономерный рост профессиональных нагрузок и трудностей административного управления медицинскими коллективами.

Мужчина, 41 год, заместитель главного врача.

«Когда идет хроническая нехватка кадров, приходится остальных людей заставлять работать больше. И не просто больше, а лучше. А когда нет материального стимула — это крайне сложно сделать».

При действующей системе оплаты труда и низком уровне финансирования здравоохранения не приходится сомневаться в том, что именно нехватка профессиональных кадров (врачей и медсестер) является почти единственным легальным условием повышения реального размера заработной платы рядового персонала в такой ситуации. Даже для врачей высшей квалификационной категории уровень оплаты «за ставку» едва превышает региональный прожиточный минимум. Главный врач больницы или поликлиники, принимая на работу выпускника медицинского факультета, сегодня отдает себе отчет в том, что тем самым сокращает возможности увеличения зарплаты своим наиболее опытным сотрудникам. В такой ситуации естественно предположить, что и сами медицинские трудовые коллективы экономически заинтересованы в поддержании дефицита кадров в здравоохранении.

Сложная, практически кризисная ситуация в кадровом обеспечении в связи с неприемлемыми условиями оплаты труда врачей складывается даже в сугубо урбанизированных территориях.

Женщина, 26 лет, педиатр в муниципальном родильном доме областного центра.

Говоря о сопоставимости объема работы и оплаты, подчеркивает, что большинству персонала свойственна «...усталость, потому что большинство из нас очень загружено. Выполняем в два раза больше работы той, которую должны выполнять, ... потому что врачей не хватает. Вот, у нас в роддоме — некому работать! У нас не прикрыты 19 суток [из 30 сменных вечерних и ночных дежурств педиатра в месяце]! Не дежурит педиатр, ... не потому что заболел или еще что-то. А его просто нет! Некому работать, никто не хочет идти. Я согласна, что работа должна доставлять удовольствие, но когда ребенок дома кушать хочет... Я же ему не объясню, что мне работа доставляет удовольствие. Если бы я сейчас работала просто педиатром в стационаре, без дежурств, без суток, без ничего, то я бы получала 3600. Как говорит моя знакомая, сегодня женщина-врач — это хобби при богатом муже!»

Дальнейшая эксплуатация профессиональной преданности многих врачей к своей работе без достойного материального стимулирования ведет к системному кризису в государственном здравоохранении, что вряд ли можно игнорировать, занимаясь на федеральном уровне модернизацией системы здравоохранения.

В материальном стимулировании как в проблеме можно выделить два взаимосвязанных аспекта: систему оплаты труда и размер денежного вознаграждения. В данном случае мы не рассматриваем первый аспект, а анализируем лишь динамику уровня удовлетворен-

ности сложившимся состоянием материального стимулирования, воспринимаемый респондентами прежде всего в контексте общего размера зарплаты.

Отмеченная неудовлетворенность проявляется сильнее среди мужчин, а также в медицинских учреждениях урбанизированных поселений, где средний размер заработной платы, как правило, выше за счет квалификационных надбавок и платных услуг по сравнению с учреждениями, действующими в райцентрах и сельской местности (табл. 63).

Таблица 63

**Удовлетворенность отдельных категорий  
медицинского персонала материальным  
стимулированием, %**

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы материальным стимулированием?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Весь массив в целом	4	11	36	45	4
2	Женщины	4	12	35	45	4
3	Мужчины	2	8	41	46	3
4	В медицинских организациях областного центра	3	9	34	51	3
5	В медицинских организациях районных центров	5	13	38	39	5
6	Врачи	2	13	41	42	2
7	Руководители медицинских организаций и подразделений	4	12	40	43	1
8	Средний медперсонал	4	9	30	51	6
9	Работники органов управления здравоохранением	17	11	50	17	5
10	Медицинские работники с низким уровнем благосостояния	—	7	23	64	6
11	Медицинские работники со средним уровнем благосостояния	4	12	43	38	3

В среде медицинского персонала существует весьма узкая прослойка (каждый седьмой работник), проявляющая удовлетворенность материальным стимулированием в системе здравоохранения. У сотрудников органов управления здравоохранением общая удовлетворенность оплатой труда выше, но все равно она едва превышает четверть соответствующей категории работников (28%). Среди многих обстоятельств обращает на себя внимание и то, что наличие или отсутствие «посторонних» работ, не входящих в должностные обязанности, не отражается на удовлетворенности работников здравоохранения своей заработной платой.

В связи с большой распространенностью в среде медицинского персонала приработок и совместительства возникает вопрос о том, как относятся сами совместители к возможности или необходимости работы в нескольких местах, со значительными перегрузками ради достижения большего заработка. Подавляющее большинство, и это видно из интервью с врачами, относятся к приработкам как вынужденному способу решения индивидуальных экономических и ведомственных кадровых проблем.

Женщина, 27 лет, заведующая отделением в городской поликлинике, не замужем.

«Надо в корне изменить принципы нашей работы. Наверно, это федеральный, а не региональный уровень... Я не хочу работать на двух работах, я хочу работать здесь и работать с пациентами. Но моя зарплата мне не позволяет этого. Это все очень банально, ... просто нет денег в нашем здравоохранении!».

Нарастание неудовлетворенности материальным стимулированием статистически сочетается с повышением частоты конфликтов, которые болезненно воспринимаются медицинскими работниками (табл. 64). Эта взаимосвязь оказывается характерной для социального самочувствия почти 40% обследованного медицинского персонала — именно такая его часть оказывается в зоне неудовлетворенности зарплатой и повышенной частоты конфликтов, отражающихся на повседневном личном самочувствии работника. Подобный масштаб неудовлетворенности должен рассматриваться в качестве фактора риска по отношению не только к здоровью самих медицинских работников, но и их психологической устойчивости в процессе выполнения своих прямых служебных обязанностей.

Ситуация с оплатой труда в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения такова, что для большинства работников заработная плата не только перестает быть привлекательной стороной профессии, но и, вероятно, уже утратила роль экономического стимула высококачественной профессиональной деятельности.

Таблица 64

**Взаимосвязь удовлетворенности материальным стимулированием и частоты конфликтов в жизни работников здравоохранения, %**

№ п/п	Удовлетворенность материальным стимулированием	Ответы на вопрос: «Насколько часто обстоятельства жизни вовлекают Вас в конфликты с другими людьми?»					Всего
		Не бывает	Редко	Время от времени	Ежедневно	Не дали ответа	
1	Вполне удовлетворены	60	13	20	7	—	100
2	Скорее удовлетворены	29	31	36	4	—	100
3	Скорее не удовлетворены	19	36	39	4	2	100
4	Совсем не удовлетворены	12	32	45	10	1	100

В таком случае возникает вопрос: что же — если не заработная плата — объективно служит инструментом обеспечения качества выполняемого работниками труда, производственной дисциплины и, кроме того, поддерживает относительную профессиональную стабильность многих медицинских трудовых коллективов? Ответ на данный вопрос содержится в откровенном описании типичной управленческой тактики с позиции руководителя в медицинском учреждении, озвученном в приводимом ниже интервью.

Мужчина, 41 год, заместитель главного врача ЛПУ.

«... И вот этой всей разношерстной оравой надо управлять каким-то образом. И это отнимает массу сил! Если бы у меня был нормальный, серьезный финансовый стимул, то ко мне бы и очередь стояла на работу, и я бы их тасовал так, как мне это удобно, и как для дела нужно. Но поскольку этого [финансового стимула] нет, то приходится включать обаяние, крик и так далее, т.е. любые рычаги, чтобы их [работников] удержать в этой канве. Вот в этом-то вся проблема руководящего состава».

Судя по данным опроса, моральные поощрения, применяемые в учреждениях здравоохранения, также не играют существенной роли в профессиональной жизни медицинских коллективов (табл. 65).

Таблица 65

**Удовлетворенность отдельных категорий медицинского персонала наличием моральных поощрений, %**

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы наличием моральных поощрений?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Весь массив в целом	8	19	28	40	5
2	Женщины	7	17	28	42	6
3	Мужчины	13	27	25	27	8
4	Врачи	6	18	33	36	7
5	Руководители медицинских организаций и подразделений	15	27	29	27	2
6	Средний медперсонал	5	11	25	52	7
7	Специалисты органов управления здравоохранением	17	67	6	5	5
8	Коллективы, в которых преобладают отношения «начальник всегда прав»	—	6	21	70	3
9	Коллективы, в которых преобладает «демократический» тип руководства	12	40	22	24	2
10	Персонал, воспринимающий неприязненное отношение руководителя	—	8	13	79	—

Моральные поощрения как целенаправленная форма стимулирования, применяемая администрацией, положительно воспринимаются лишь  $\frac{1}{4}$  опрошенных медицинских работников. Возможно, в общем морально-психологическом климате, складывающемся вокруг медицинского работника-профессионала, эти поощрения занимают гораздо менее значимое место, чем повседневная и разнообразная эмпатия и моральная поддержка со стороны пациентов. Как привычно воспринимаются в среде медицинского персонала моральные поощрения, видно из фрагмента глубинного интервью с врачом.

Мужчина, 29 лет, врач первой квалификационной категории, стаж в должности 6 лет.

«Когда бабушка «спасибо» скажет — это уже хорошо. А ведь бабушки, как правило, от души скажут... А моральное поощрение от руководства — мне как-то все равно, мне важнее самому от людей услышать... А что руководство, ну, похвалят, грамоту дадут к Дню медицинского работника».

Направленность применяемых таким образом поощрений, выявляемая при статистическом анализе данных опроса медицинского персонала, вызывает ряд серьезных вопросов.

Во-первых, моральные поощрения в медицинских трудовых коллективах в среднем вдвое чаще направлены на мужчин, чем на женщин, что в любом случае нельзя признать оправданным в плане поддержания гендерного баланса и сохранения мотивационных стимулов для женского большинства.

Во-вторых, сотрудниками органов управления здравоохранением, а также руководителями медицинских учреждений моральные поощрения воспринимаются положительно в среднем втрое чаще, чем, например, рядовыми врачами. Это определенно указывает на то, что в практике социального управления сложилась тенденция приоритетной поддержки корпоративного менеджмента, в то время как средства морального поощрения реже распространяются на рядовой персонал.

В-третьих, средний медицинский персонал получает моральных поощрений в среднем почти вдвое меньше, чем врачебный персонал. Такое распределение поощрений в коллективах заслуживает пересмотра, особенно с учетом более высокой потенциальной текучести среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения.

В-четвертых, наличие или отсутствие регулярных моральных поощрений в трудовых коллективах, как показывает анализ данных опроса персонала, почти всецело зависит от личностной позиции руководителя учреждения, прежде всего — от его умения придать собственной административной деятельности коллегиальные формы и, как отмечалось выше, выстраивать нормальные человеческие отношения при сохранении четких требований. Если персонал учреждения ощущает неприязненное отношение к себе со стороны руководителя, то моральные поощрения в коллективе тем более не воспринимаются. Правда, подобный тип поведения руководителей является в коллективах здравоохранения довольно редким, охватывая менее их десятой части.

Моральные поощрения сотрудников могут выступать в форме разнообразных публичных и непубличных, прямых и косвенных признаний важности и ценности выполняемой ими работы. Суть поощрения состоит в обеспечении прежде всего мотивационной личностной значимости поощряемого работника в глазах его коллег. Причем источниками таких признаний могут быть не только непосредственные руководители в медицинских коллективах, но и субъекты окружающего социального сообщества (лидеры общественного мнения, институты гражданского общества, представители разных ветвей и уровней власти и др.).

Отдельные признаки действенной практики морального поощрения проявляются и по данным нашего исследования. Так, начинающие работники здравоохранения чаще испытывают удовлетворенность получаемым моральным поощрением в своем коллективе, чем даже более опытные и квалифицированные сотрудники. В этом просматривается своевременное и чуткое стремление отдельных руководителей оказать особую поддержку начинающим сотрудникам в довольно сложный период их социальной и профессиональной адаптации в медицине.

Несомненно, что при крайней слабости экономических стимулов, высокой напряженности и ответственности медицинского труда именно систематическое удовлетворение потребности персонала в моральном поощрении может играть важную компенсирующую роль. Разработка и осуществление целостной системы стимулирования персонала здравоохранения, которая будет способна преодолеть отмеченные противоречия, должна занять центральное место в концепции современного управления здравоохранением в Российской Федерации.

**Профессиональная перспектива.** Осознание привлекательной перспективы в своей профессии, вне сомнения, является важнейшей частью социальной стратегии современного квалифицированного работника. Наличие положительных перспектив объективно зависит от организационной и должностной структуры коллектива, разнообразия и привлекательности существующих видов профессионального труда, возможностей продвижения от более простых видов деятельности к сложным. Содержательная специфика медицинского труда такова, что даже работа в неизменной должности врача во многих случаях открывает практически не ограниченные перспективы в плане повышения и расширения профессиональной квалификации.

Пребывание на должности рядового врача редко воспринимается самими врачами как некий тупик в профессиональном росте, скорее, наоборот — как весьма широкое поле для самосовершенствования, процесс которого должен, по мнению профессионалов, идти постоянно, а движение к очередному профессиональному уровню может измеряться годами. Вот одна из характерных позиций, зафиксированная в глубинном интервью.

Женщина, 29 лет, врач-гастроэнтеролог, стаж 5 лет, подрабатывает в платном медицинском центре и преподает в колледже.

«Я человек не амбициозный, хотела бы стать хорошим врачом, чтобы самой быть довольной своим профессиональным уровнем... Им можно стать только в условиях постоянного совершенствования и достаточного опыта... Я не вижу себя в руководящих должностях, это не для меня. Я, наверное, плохой солдат, потому что я не мечтаю

стать генералом. Я просто не знаю, где мне еще могло бы быть так интересно, где можно состояться! Одним словом, я не вижу себя в другой профессии».

Накопление практического опыта врача повышает его профессиональную квалификацию, и этот процесс может продолжаться до преклонного возраста, что составляет еще одну особенность работы в медицине, привлекательно оцениваемую в профессиональной среде. Это видно из следующего фрагмента глубинного интервью с врачом.

Женщина, 29 лет, врач-гастроэнтеролог, стаж 5 лет, подрабатывает в платном медицинском центре и преподает в медицинском колледже.

«Будучи на пенсии, половина пенсионеров в областной больнице работают и работают... Чем хороша эта специальность — никто никуда пенсионеров не отпускает! Мол, вот, работай пока не упадешь!» (смеется).

Признание наличия привлекательной профессиональной перспективы, разнообразия и сложности выполняемой работы — чрезвычайно ценная характеристика личности работника. Оно помогает работнику мобилизовать собственные силы на решение трудных задач, придает ему терпение в сложные периоды профессиональной карьеры, способствует его социально-профессиональной адаптации и интеграции, а также готовности разделить ответственность с коллегами по работе. Кроме того, осознание перспективы может усиливать преданность своей профессии и гордость за принадлежность к ней. Это звучит в глубинных интервью медицинских работников, в том числе среднего персонала.

Женщина, 25 лет, медсестра в процедурном кабинете платного медицинского центра, прежде работала в областной клинической больнице, замужем.

«На последнем курсе [медицинского колледжа] я два месяца была на практике в областной больнице. Мне предложили там остаться в отделении урологии, и я сразу согласилась. Мне очень нравилось там работать. Я там проработала 3,5 года. Там очень интересно работать, там такая специфика! После этого отделения знаешь и умеешь все! Набираешься практики и опыта, сталкиваешься практически со всем! Как говорил наш заведующий отделением, после областной больницы вас возьмут хоть куда, даже в Кремлевскую!».

Система здравоохранения объективно обладает многими предпосылками для того, чтобы занятый в ней персонал высоко ценил существующие в ней возможности самореализации. Она предоставляет многим работникам весьма сложные виды профессионального труда, сопровождающиеся значительной ответственностью. Она так-

же обладает разветвленной в горизонтальном и вертикальном отношениях должностной структурой.

Принципиально важной личностной характеристикой многих врачей является то, что они не стремятся форсировать служебный рост. Они вполне осознанно относятся к нему как результату поступательного, длительного и кропотливого повышения собственной компетенции, что видно из глубинного интервью относительно молодого врача — начинающего руководителя среднего звена.

Женщина, 27 лет, заведующая отделением в городской поликлинике, не замужем.

«Я в здравоохранении уже лет шесть или семь, студенткой еще подрабатывала, так что все ступени знаю... Я и так уже неплохо подросла, с участкового терапевта став заведующей. Пока меня это устраивает. Мне еще на этом посту учиться и учиться... А там, лет через пять, можно будет думать о чем-то другом...».

Правда, ряд позиций в должностной структуре медицинских организаций может оказаться «тупиковым» в связи с объективными обстоятельствами — возрастом работника или функциональной структурой организации.

Восприятие профессиональных перспектив обычно складывается из оценки социальных условий, характеризующих возможности повышения квалификации и должностного роста. Таблица 66 дает представление о том, как воспринимаются персоналом государственных и муниципальных учреждений здравоохранения перспективы личного должностного роста.

Таблица 66

Удовлетворенность отдельных категорий медицинского персонала возможностями служебного роста, %

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы возможностями служебного роста?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Весь массив в целом	20	30	26	17	7
2	Врачи	16	30	31	16	7
3	Руководители медицинских организаций и подразделений	21	41	16	17	5
4	Средний медперсонал	21	25	24	21	9
5	Специалисты органов управления здравоохранением	33	28	39	—	—

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы возможностями служебного роста?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
6	Коллективы, в которых преобладают отношения «начальник всегда прав»	6	18	27	42	6
7	Коллективы, в которых преобладает «демократический» тип руководства	33	33	22	9	3
8	Медицинские работники, удовлетворенные условиями труда	49	22	12	17	5
9	Медицинские работники, удовлетворенные стилем руководства в коллективе	55	22	11	9	3
10	Медицинские работники, удовлетворенные взаимоотношениями в коллективе	47	22	15	11	5
11	Медицинские работники, удовлетворенные моральными поощрениями	71	13	3	13	—
12	Медицинские работники, удовлетворенные режимом работы	50	24	13	10	3
13	Медицинские работники, удовлетворенные возможностями повышения квалификации	42	24	15	13	6

На основании таблицы можно сделать вывод, что восприятие перспектив должностного роста оказывается в зависимости как от объективных обстоятельств (положения в вертикальной иерархии системы здравоохранения, условий и режима труда), так и от существующего психологического климата в трудовом коллективе. В ряду последних наибольшее значение имеет удовлетворенность стилем руководства подразделением, при этом оптимальным оказывается стиль, определяемый сотрудниками как «демократический», сочетающий коллегиальность принятия решений и комфортность человеческих взаимоотношений на основе четких должностных обязанностей.

Другой важнейшей личностной характеристикой медицинского работника является стремление к повышению своей профессиональной квалификации. Сами по себе возможности повышения квалификации в значительной степени обусловлены не только организацией здравоохранения, но и образом жизни работника, его жизненными притязаниями и индивидуальной стратегией.

Вполне объяснима тенденция, согласно которой работницы, достигшие высших квалификационных или должностных уровней, в меньшей степени испытывают потребность в повышении квалификации и придают меньшее значение возможностям профессионального роста. Оценка таких возможностей заслуживает внимания руководства учреждений или органов управления системой здравоохранения, поскольку влияет на процессы социально-профессиональной адаптации и текучести кадров.

Оценивая с опорой на данные опросов отдельные стороны жизни медицинских коллективов, нельзя исключать того, что в этих данных и, соответственно, в восприятии персоналом условий, созданных в учреждении для повышения квалификации, как, впрочем, и других условий труда, проявляется известный психологический «феномен атрибуции». Он выражен в сильной взаимосвязи общей психологической удовлетворенности (стилем управления, взаимоотношениями с коллегами по работе и т.д.) и оценок любых отдельно взятых сторон работы, в том числе условий повышения квалификации. В табл. 67 этот феномен отражается в динамике некоторых категорий сотрудников, существенно отличающейся от фоновых значений (всего массива).

Таблица 67

**Удовлетворенность отдельных категорий медицинского персонала возможностями повышения квалификации, %**

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы возможностями повышения квалификации?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Весь массив в целом	37	36	14	9	3
2	Мужчины	27	35	21	13	4
3	Женщины	39	37	13	8	3
4	Врачи	28	36	21	11	4
5	Средний медицинский персонал	44	36	8	7	5
6	Специалисты органов управления здравоохранением	39	44	17	—	—

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы возможностями повышения квалификации?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
7	Возраст до 25 лет	20	30	40	10	—
8	Возраст 60 лет и старше	50	25	10	8	7
9	Коллективы, где преобладают отношения «начальник всегда прав»	28	37	19	16	—
10	Коллективы, в которых преобладает «демократический» тип руководства	42	40	10	5	3
11	Медицинские работники, удовлетворенные стилем руководства в коллективе	69	25	6	—	—
12	Медицинские работники, удовлетворенные взаимоотношениями в коллективе	62	25	10	2	1
13	Медицинские работники, удовлетворены моральными поощрениями	52	34	11	1	2
14	Медицинские работники, удовлетворены режимом работы	68	20	6	5	1
15	Медицинские работники, удовлетворенные возможностями служебного роста	79	14	5	2	—

Восприятие возможностей повышения квалификации становится более полным по мере социально-профессиональной адаптации работников в здравоохранении. Об этом говорит динамика данного показателя в зависимости от возраста и стажа респондентов. Поскольку признание этих возможностей является существенным фактором профессиональной стабильности и связано со стадиями личностной адаптации, то в управлении персоналом здравоохранения целесообразно уделять больше внимания формированию кадрового резерва и системе ротации кадров. Желательно обеспечить максимальное раскрытие таких перспектив прежде всего для молодых специалистов. При этом нельзя не вспомнить эффективно функционировавшую систему подготовки и переподготовки кадров в советском здравоохранении, что способствовало реализации потребностей в профессиональном росте медицинских работников.

**Престиж профессии.** Удовлетворенность работников здравоохранения престижем избранной профессии, как уже ранее отмечалось, может на фоне крайней недостаточности материального стимулирования выполнять компенсирующую функцию в формировании профессиональной мотивации персонала. В связи с этим попытаемся проанализировать, как именно воспринимается престиж медицинской профессии среди разных категорий работников муниципальных и государственных учреждений здравоохранения (табл. 68).

Таблица 68

**Удовлетворенность отдельных категорий медицинского персонала престижем профессии, %**

№ п/п	Некоторые категории медицинского персонала	Варианты ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы престижем профессии?»				
		Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Не дали ответа
1	Весь массив в целом	14	26	30	26	4
2	Женщины	12	24	31	26	7
3	Мужчины	19	35	24	22	—
4	Врачи	15	30	24	28	3
5	Руководители медицинских организаций и подразделений	11	23	40	23	3
6	Средний медицинский персонал	11	26	29	27	7
7	Специалисты органов управления здравоохранением	44	22	28	6	—
8	Стаж в здравоохранении до 5 лет	19	42	19	14	6
9	Стаж свыше 20 лет	12	24	28	29	7
10	Коллективы, в которых преобладают отношения «начальник всегда прав»	9	24	26	38	3

Выявленная структура мнений может и должна вызывать серьезное беспокойство уже тем, что традиционное для советского и российского общества признание особенной общественной значимости медицинской профессии, судя по данным опроса, перестало выступать в качестве преобладающей нормы.

Обобщенные суждения медицинских работников о престиже своей профессии могут радикально расходиться. В таком случае становятся заметными критерии оценок престижности профессии.

Ниже приводятся некоторые типичные примеры подобных расхождений.

Мужчина, 29 лет, врач первой квалификационной категории, работает в государственной клинике и по совместительству в частном медицинском центре.

«А престиж профессии большой! Для меня престиж — это уважение к профессии среди людей, среди пациентов. Но только этого уважения надо сначала добиться, ... надо быть профессионалом. Если ты смог себя зарекомендовать, значит, и люди будут о тебе говорить: «Я хочу к этому доктору». Земля слухами полнится, как говорится. Престиж профессии есть! Среди людей, пациентов, престиж этой профессии очень высок, а на уровне государства — никакой, абсолютно!».

Положительное восприятие престижа, по-видимому, дает определенные личностные морально-психологические резервы для преодоления социальных противоречий в реалиях медицинской деятельности. На промежуточной стадии профессионального «выгорания» формируется иная — общая негативная оценка престижа профессии.

Женщина, 45 лет, врач первой квалификационной категории, работает врачом-терапевтом в медицинском центре.

Отвечая на вопрос о престижности, говорит: «Не так чтобы. Не престижно. Первое — это оценка государством труда врача. Материальная сторона очень страдает. Люди учатся 6 лет, выбирают специальность помогать людям, ... лечить, знания — большие, образование — длительное, усовершенствование постоянное, ответственность очень большая... А зарплата — маленькая!».

В крайних формах «выгорания» и на стадии разрыва с профессией формируются радикально негативные оценки престижа.

Мужчина, 29 лет, кандидат медицинских наук, после ухода из клинической и преподавательской деятельности возглавляет частную IT-фирму.

Отвечая на вопрос: «Престижно ли сегодня быть врачом?», — говорит:

«Здравоохранение в состоянии клинической смерти, государственное, во всяком случае. И делать там абсолютно нечего. Это только частное еще живет и что-то может еще предложить, ... или крупные областные центры типа нашей областной клинической больницы. А если посмотрим на ситуацию в ... [приводит ряд примеров городских ЛПУ]? Если там были — это же просто ужас!».

Особый оттенок проблеме престижа придает поиск ответов о причинах его снижения, так или иначе звучащий в мнениях врачей и пациентов. В них, особенно в квалифицированных суждениях, вы-

страивается вполне узнаваемая картина причин девальвации и падения престижа медицинской профессии.

Мужчина, 29 лет, кандидат медицинских наук, после ухода из клинической и преподавательской деятельности возглавляет частную IT-фирму.

«Первая проблема — это финансовая... Как живут врачи, особенно без поддержки родителей. Да, для меня это самая главная проблема. Ее не будет в принципе — и уже надо что-то думать дальше [о возвращении в медицину].

Вторая проблема — это постоянное хамство пациентов! Как будто ... идет пропагандистская компания! Где-то работает машина, которая нацеливает общественное мнение на то, что кругом врачи-убийцы. Зайдите в блоги, зайдите в «живой журнал»! И самое главное — это пускают в ход на государственных каналах... просто перекидывают «стрелки» на кого-то. Короче, проблема — в неадекватном отношении населения вообще к работе врача.

Ну, а нехватка необходимых медикаментов, оборудования — это, понятно, третья».

Признание низкой престижности профессии начинает, по-видимому, доминировать в механизмах социальной самоидентификации работников здравоохранения. В разных типах учреждений от  $1/4$  до  $1/2$  врачей считают свою профессию не престижной. Закрепление подобной тенденции может основательно подорвать семейные традиции преемственности в выборе молодежью медицинской профессии, вызвать сокращение конкурсного отбора в учреждения профессионального медицинского образования и, как следствие, дальнейшее обострение дефицита не только среднего, но и врачебного персонала в здравоохранении. Некоторый рост удовлетворенности престижем своей профессии отмечен лишь внутри весьма узкого слоя специалистов органов управления здравоохранением, не занятых в клинической практике.

Чем больше возраст и трудовой стаж респондентов в здравоохранении, тем ниже удовлетворенность престижем своей профессии. В этой тенденции усматриваются характерные признаки социально-профессионального «выгорания», масштабы которого становятся опасными, поскольку охватывают от  $1/3$  до  $1/2$  опытных специалистов.

В динамике престижа медицинской профессии вновь обнаруживается существенная роль отдельных социальных и психологических факторов — уровня материального благосостояния семьи и удовлетворенности стилем руководства в трудовом коллективе.

#### 4.4.3. Структура профессиональных нагрузок

Особенности профессиональных нагрузок персонала учреждений здравоохранения изучались с точки зрения видов выполняемых работ и объема рабочего времени. Подобный аспект медико-социологического исследования представляет не только научный, но и практический интерес. Ответ на вопрос о пропорциях типичных видов профессиональных нагрузок в здравоохранении может служить основанием для совершенствования структуры и качества подготовки медицинских кадров в системе среднего профессионального, высшего и послевузовского образования. Он также может дать определенные ориентиры в совершенствовании организации труда в учреждениях здравоохранения.

В отечественных медико-социологических исследованиях подобный аспект изучения является, к сожалению, весьма редким. Например, отсутствует возможность для сравнительного анализа по отдельным категориям персонала. Специалисты, работающие в области социологии медицины, приближаются к постановке и решению подобных вопросов, и предпосылкой эффективности таких исследований является богатый научно-методический арсенал, накопленный в мировой и отечественной социологии при изучении проблем бюджета рабочего времени. Востребованность подобных научно-практических разработок в нашей стране чрезвычайно высока. Структура профессиональных нагрузок связана прежде всего с разнообразием номенклатуры учреждений здравоохранения, медико-социальных ситуаций, а также многообразием выполняемых ими стандартов оказания медицинской помощи, в которых решающее значение имеет общая подготовленность медицинского персонала к выполнению своих задач.

Проблема структуры профессиональных нагрузок в здравоохранении состоит не только в эмпирической фиксации видов труда и их объемов, но прежде всего в определении критических зон основных нагрузок и уровня готовности персонала к их выполнению. Кроме того, нельзя обойти вниманием социальные факторы устойчивости персонала к нагрузкам, а также возможности оптимизации самой структуры нагрузок через систему управления здравоохранением и профессионального медицинского образования.

Спектр научно-методических возможностей изучения структуры нагрузок весьма широк: от архивного исследования (анализа комплекса документов, фиксирующих виды и объемы профессиональной деятельности в медицине) до наблюдения с использованием метода хронометража и социологического эксперимента. Неоцени-

мую роль в изучении данной проблемы может сыграть использование качественных методов — экспертного интервью и фокус-группы. Упомянутые выше методы сбора данных отвечают задачам углубленного изучения конкретных медико-социальных ситуаций и проблем. Одной из таких проблем, представляющей собой «белое пятно» в социологии медицины, и является структура профессиональных нагрузок персонала. Эта проблема может обостряться в связи с возможными противоречиями между уровнем подготовки или профессиональной мотивации сотрудников и характером их должностных обязанностей.

Учитывая начальную стадию изучения данной проблемы в отечественной социологии медицины, вполне целесообразно попытаться выявить, с опорой на метод стандартизированного опроса, общее состояние структуры профессиональных нагрузок в здравоохранении. После этого уже представится возможность наметать и решать более конкретные исследовательские задачи, обращаться к методам наблюдения, хронометража, эксперимента.

Общая структура таких нагрузок, по данным стандартизированного опроса персонала муниципальных и государственных учреждений здравоохранения, приведена в табл. 69.

Таблица 69

**Структура профессиональных нагрузок по группам медицинского персонала государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, % к общему бюджету рабочего времени**

№ п/п	Основные виды работ	Основные категории опрошенных		
		Руководители медицинских организаций и их подразделений	Врачи	Средний медперсонал
1	Диагностические и лечебные процедуры, уход за пациентами	23	28	22
2	Составление документов	26	25	22
3	Профессиональное общение, беседы с пациентами	16	24	18
4	Приведение в порядок рабочего места, санитарные работы	5	2	15
5	Совещания с руководством	7	4	4
6	Совещания с коллегами и подчиненными в учреждении	10	4	6
7	Профессиональная самоподготовка	9	10	9

№ п/п	Основные виды работ	Основные категории опрошенных		
		Руководители медицинских организаций и их подразделений	Врачи	Средний медперсонал
8	Инструктажи подчиненных	4	3	3
9	Другие работы	—	—	1
10	Всего	100	100	100

Рассматривая эти данные, следует иметь в виду, что они получены не в результате объективного хронометража профессиональной деятельности, а в процессе стандартизированного опроса респондентов. Разумеется, обобщенное до масштабов основных категорий персонала представление о структуре рабочего времени заслуживает последующей детализации применительно к конкретным группам работников, типам учреждений, медицинских специальностей, должностям и квалификационным категориям. Все эти аспекты могут составить предмет специальных исследований.

Однако даже в обобщенном виде полученные данные вполне отражают сложившуюся ситуацию и представляют интерес для медико-социологического анализа. Косвенным признаком достоверности анализируемой структуры профессиональных нагрузок является то, что совокупность долей всех видов нагрузок близка к 100%. Сравнительно более точными оказываются оценки, представленные респондентами — руководителями учреждений, подразделений и врачами, а менее точными — представителями среднего медперсонала. Это подтверждает целесообразность дальнейшего изучения и уточнения структуры нагрузок с применением других методов, в частности: дневниковой фиксации объема работ, ретроспективной фотографии, хронометража и экспертных оценок.

Обращает на себя внимание то, что доля лечебных или диагностических процедур, выполняемых врачами, составляет лишь около трети общего объема рабочего времени. Судя по данным таблицы, временной объем работ по составлению документов близок объему лечебно-диагностической работы (для врачей соответственно 28 и 25%, для среднего медицинского персонала поровну — 22%). Последнее обстоятельство давно является общеизвестным, оно болезненно воспринимается в профессиональной среде в связи с неуклонно растущим, вопреки распространению новых информационных технологий, объемом «бумажной» работы. Фактором нарастания «бумажного вала» стало внедрение в практическое здравоохранение

страховых принципов, системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) и соответствующих им новых учетных (отчетных) форм медицинской документации и дополнительных каналов документооборота.

Отдельным сегментом в структуре профессиональных нагрузок врачебного персонала является оказание медицинской помощи в рамках существующих локальных социальных сетей — консультирование или лечение пациентов по неформальным просьбам близких и родных. Личные обращения за такой помощью в профессиональной медицинской среде являются достаточно частыми, хотя и в этих сетях усиливается коммерциализация взаимоотношений. Анализ таких сетей представляет отдельную научно-практическую проблему в социологии общественного здоровья и здравоохранения. Указанный сегмент может вырастать до значительного объема, оставаясь неучтенным, при этом занимая весомое место в структуре нагрузок. Это хорошо видно из фрагмента глубинного интервью с врачом, приведенного ниже.

Женщина, 50 лет, врач-отоларинголог, стаж 23 года, первая квалификационная категория, работает в платном медицинском центре.

«Я работала в медицинском центре, там около 100 человек. Взяла как-то раз посчитала: ко мне обратилось за месяц более 40 сотрудников — сами или их родственники. Я почему должна бесплатно их смотреть? Как у меня сын сказал: мам, у тебя есть три вида валюты: спасибо, большое спасибо и огромное спасибо. На это «большое спасибо» я ничего не куплю. ... В случае чего — нам же самим деваться-то некуда! Вот у меня сейчас приятель бегаёт, ребенку надо колено оперировать. И не задаром ... хотя оба медики».

К сожалению, мы не располагаем сопоставимыми эмпирическими данными о динамике в структуре профессиональных нагрузок основных категорий медицинского персонала за предыдущие периоды времени. Так или иначе выявленная структура рабочего времени позволяет сформулировать несколько новых научно-практических гипотез и вопросов, касающихся социальных факторов качества профессиональной деятельности и общей эффективности системы здравоохранения.

Так, рассматривая структуру профессиональных нагрузок, следует оценить интенсивность основных видов деятельности по группам персонала. Эта область задач носит междисциплинарный характер и предполагает обращение, в частности, к физиологии, психологии и социологии труда, а результаты научных разработок в данном направлении могут оказаться полезными при оценке практической и психологической подготовленности определенных групп персонала

ла. Они также имеют отношение к перспективам оптимизации структуры рабочих мест, их организации и технического оснащения, создания современной рекреационной среды для медицинского персонала внутри учреждений здравоохранения. Тем не менее, ввиду признаков социального и профессионального «выгорания», явно отмечаемых среди значительной части персонала, проблема оптимизации профессиональных нагрузок персонала заслуживает первостепенного внимания в плане совершенствования системы управления здравоохранением. И это в первую очередь касается такой сравнительно новой предметной области, как управление персоналом медицинской организации.

#### 4.4.4. Профессиональная стабильность и текучесть кадров

Важными социальными характеристиками персонала системы здравоохранения являются профессиональная стабильность (приверженность своей профессии) и мобильность. Оба феномена основательно изучаются в социологии профессий и социологии труда, а также в ряде отраслей социологической науки, занимающихся отдельными социальными институтами. Если в мировой социологии медицины первые исследования социальных проблем движения кадров появились уже в начале XX в., то отечественная социология делает лишь первые шаги в этом направлении. Пока не приходится говорить о наличии достаточной социально-статистической базы для оценки тенденций профессиональной мобильности медицинских кадров. Отдельные прикладные исследования, тем не менее, позволяют судить о социальном и профессиональном самочувствии медицинских работников<sup>1</sup>.

Профессиональная мобильность индивида означает социальное перемещение, сопровождающееся изменением принадлежности к профессиональной группе, переходом в другую профессиональную общность. Она не совпадает с внутрипрофессиональной мобильностью, которая, в свою очередь, означает перемещения в квалификационно-слоевой структуре персонала или внутриотраслевой структуре здравоохранения (переход из одного учреждения в другое). Внутрипрофессиональная мобильность также может выражаться в текучести кадров, влиять на полноту укомплектования штатов и квалификационную структуру персонала.

Текучесть кадров в здравоохранении связана с каждым из этих видов профессиональной мобильности, а потому может быть рас-

смотрена в двух обозначенных выше аспектах: межгрупповой и внутригрупповой мобильности. Она также заслуживает анализа и во временном плане — с точки зрения степени формирования решения об уходе из медицинской профессии и ожидаемого времени реализации такого решения медицинским работником.

В изучении рынка труда, занятости и текучести кадров успешно апробировано аналитическое зонирование объектов и социальных групп по степени риска<sup>1</sup>. Опираясь на подобный подход, можно условно выделить две основные зоны в социальном пространстве, охватывающем ситуации потенциальной текучести кадров: «ближайшая зона» и «зона отложенной текучести».

Первая из них охватывает ситуации, в которых сформировавшееся решение о смене профессии сочетается с заявляемой готовностью к такому действию в ближайшее время. Данная зона, вне сомнения, может вызывать наибольшую тревогу с точки зрения ожидаемой (неотвратимой) потери работников, возникновения необходимости в поиске и замещении вакантной должности в штате организации здравоохранения.

Вторая зона охватывает ситуации потенциальной текучести, в которых решение о смене профессии находится в процессе формирования, а сама реализации такого решения оказывается отложенной во времени до некоторого критического момента — сочетания внешних и внутренних факторов.

Обе зоны риска, по данным нашего исследования, имеют свои границы, указывающие на размеры каждой зоны (долю входящего в нее персонала), так и на действующие в них социальные факторы риска. Ближайшая зона охватывает около 3% персонала и, насколько можно судить по должностному составу, реже затрагивает врачей и чаще — средний медицинский персонал. Зона отложенной текучести охватывает около 16% персонала, при этом почти в равной мере врачей и медсестер.

Проблема профессиональной стабильности и мобильности эмпирически исследуется в большинстве случаев с помощью вопроса, касающегося наличия планов смены профессии. Эти планы, в свою очередь, измеряются по субъективно констатируемой работниками степени срочности (ожидаемым сроком) или решимости (неотвратимости намерения) сменить профессию. Авторы исследований приходят к выводу, что основной массе медицинских работников свойственна сравнительно высокая преданность своей профессии. Около 2/3 персонала обследованных нами медицинских организаций не на-

<sup>1</sup> Морозов П.Н. Медико-социологический взгляд на врача-клинициста и его работу в современных условиях // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета: ежеквартальный научно-практический журнал. 2005. № 1. С. 73–78.

<sup>1</sup> Чернейко Д.С. Формирование рынка труда: опыт, проблемы. СПб.: СПбГУЭФ, 1999.

мерены покинуть медицину и менять свою профессию (табл. 70). В этом плане медицинские работники выгодно отличаются от групп служащих и специалистов других отраслей.

Таблица 70

**Профессиональная текучесть по некоторым категориям медицинского персонала, %**

№ п/п	Варианты ответов на вопрос: «Планируете ли Вы уйти из медицины?»	Отдельные категории медицинского персонала				
		Весь массив	Мужчины	Женщины	Врачи	Средний медперсонал
1	Да, в ближайшее время	3,0	—	3,6	2,0	4,7
2	Да, но не в ближайшее время	16,0	19,0	15,6	16,6	16,5
3	Менять профессию не планирую	62,7	66,7	61,7	66,3	55,9
4	Затрудняюсь ответить	18,3	14,3	19,1	15,1	22,9
5	Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Внутри обследованных медицинских учреждений регионального и муниципального подчинения уровни потенциальной текучести кадров практически одинаковые. Также они сколько-нибудь существенно не различаются внутри врачебного персонала — между рядовыми врачами и руководителями подразделений. Весьма заметны различия в структуре ответов в зависимости от возраста медицинских работников. Учитывая, что большинство врачебного персонала вступает в профессию вскоре после достижения 22 лет, а среднего медперсонала — после 18 лет, именно в возрасте объективно отражаются различные фазы адаптации работников внутри своей специальности.

Опасно низкие уровни потенциальной профессиональной стабильности (50%) и массовые признаки вероятного ухода из профессии (40%) отмечаются среди молодежи до 25 лет. Это, скорее всего, свидетельствует о массовом характере трудностей профессиональной адаптации, помноженных на неблагоприятное экономическое положение многих молодых специалистов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Один из примеров успешного старта и скорого ухода из профессии представлен в интервью ниже.

Бывший врач детской областной клинической больницы, мужчина, 29 лет, кандидат медицинских наук, ныне — директор собственной IT-фирмы.

«Почему ушел из медицины? Я хочу выполнять свою работу, а не разгребать чужие проблемы, в том числе проблемы государства ... Я даже не беру сейчас в расчет финансовый аспект... Но когда считается, что, не имея никаких возможностей, мы должны оказывать медицинскую помощь... Причем мы обязаны буквально, при нищенской заработной плате — 3,5 тысячи [рублей], что в любом случае, никуда не годится! На это жить невозможно. Я был женат, и надо было как-то обеспечивать жену с ребенком. Я пошел по другому пути, защитил кандидатскую, работал в институте и понял, что там тоже особых путей нету, поэтому организовал свое дело».

Одновременно можно обнаружить сходные признаки социально-профессиональной дезадаптации (разочарования в своей принадлежности к медицине) и в более старшей возрастной категории 30—40 лет, представители которой значительно реже других отвергают перспективу смены профессии (55%) и чаще других затрудняются (29%) в однозначном ответе на соответствующий вопрос.

Своеобразный пик дезадаптационного кризиса приходится на ту группу персонала, которая проработала в медицине от 3 до 5 лет. В этой категории лишь каждый второй заявляет об отсутствии планов смены профессии. С точки зрения квалификационной структуры персонала вызывает беспокойство то обстоятельство, что с повышением квалификационной категории статистически растет доля работников, имеющих планы смены профессии (в группе с первой категорией — каждый пятый, с высшей категорией — каждый четвертый). Одновременно сокращается и доля неопределенности в ответе на подобный вопрос (соответственно 24 и 13%).

Показатели потенциальной профессиональной стабильности кадров в медицине, как и следовало ожидать, прямо связаны с уровнем материального благосостояния работников. Чем выше благосостояние, тем чаще респонденты говорят об отсутствии у них каких-либо планов в отношении смены профессии (крайне низкий уровень благосостояния — 44%, низкий — 61, средний — 64, хороший и высокий — 83%).

Практически все глубинные интервью с представителями медицинского персонала, занятого в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, говорят о неприемлемо низком уровне оплаты труда как единственно возможной причине ухода из государственного здравоохранения, из медицинской профессии вообще. Главной причиной финансовых проблем здравоохранения, по мнению врачебного персонала, являются низкие тарифы страховых организаций и территориальных фондов ОМС на медицинские услуги. И здесь, справедливости ради, надо отметить, что такое по-

ложение связано не с позицией функционирующих в системе ОМС страховых компаний ее территориальных фондов, а с недостатком средств, выделяемых государством на финансирование бюджетно-страховой модели здравоохранения (имеются в виду средства бюджетов всех уровней и средства, выделяемые на ОМС). Нельзя не упомянуть и другую причину — многоканальный механизм финансирования здравоохранения и, как следствие этого, неэффективное использование выделяемых на нужды здравоохранения и без того ограниченных финансовых ресурсов.

Мужчина, 55 лет, заместитель главного врача ЦРБ, районный педиатр и инфекционист, стаж 30 лет.

«Я работой загружен с восьми до восьми, плюс 4–5 дежурств в неделю, плюс поддежуривания на дому две недели... Я думаю, что основная проблема — это тарифы ОМС. Они занижены. Поэтому идет погоня, чтобы заработать денег. Чтобы существовало подразделение — это сколько ж надо прогонять [через отделение] больных! Иногда берут и не очень тяжелых больных, чтобы койка была загружена, чтобы по тарифу просто деньги на зарплату заработать. Все жестко: ты не заработал деньги на лекарства — и тебе их просто не отпускают. Ты не заработал на пленку — пленки нет. Ты не заработал на реактивы — лаборатория стоит. Я считаю, что нынешние тарифы нужно удвоить хотя бы».

Проблему следует усматривать не только и не столько в потенциальной текучести кадров из-за низких заработков, но также в том, что многочисленные выпуски молодых специалистов не ведут к снижению кадрового дефицита в большинстве секторов здравоохранения. Исключениями являются стоматология, дерматовенерология, эстетическая хирургия и ряд других узких направлений, которые демонстрируют свою высокую конкурентоспособность на рынке медицинских услуг.

Сильная взаимосвязь обнаруживается между профессиональной текучестью и общей удовлетворенностью персонала своей работой (табл. 71).

Таблица 71

**Взаимосвязь между профессиональной текучестью персонала и общей удовлетворенностью работой, %**

№ п/п	Ответы на вопрос: «Планируете ли Вы уйти из медицины?»	Общая удовлетворенность работой				
		Да, вполне	Скорее да	Затрудняюсь	Скорее нет	Совсем нет
1	Да, в ближайшее время	4,3	2	3,2	5,2	—
2	Да, но не в ближайшее время	8,7	13,1	19,4	17,7	39,3

№ п/п	Ответы на вопрос: «Планируете ли Вы уйти из медицины?»	Общая удовлетворенность работой				
		Да, вполне	Скорее да	Затрудняюсь	Скорее нет	Совсем нет
3	Менять профессию не планирую	73,9	68,8	54,8	52,1	46,4
4	Затрудняюсь ответить	13,1	16,1	22,6	25	14,3

Уровень общей удовлетворенности работой — важный косвенный признак профессиональной стабильности медицинских работников. Какая же сторона работы оказывается наиболее значимой для поддержания состояния профессиональной стабильности? Ответ на этот вопрос позволяет в сфере управления персоналом минимизировать действие факторов, порождающих текучесть кадров. Данные табл. 72 дают представление о данных взаимосвязях в социальном самочувствии медицинского персонала.

Таблица 72

**Доли персонала, не планирующего менять работу, в связи с удовлетворенностью отдельными характеристиками профессиональной деятельности, %**

№ п/п	Отдельные характеристики	Ответы на вопрос об удовлетворенности, профессиональной деятельностью				
		Да, вполне	Скорее да	Затрудняюсь	Скорее нет	Совсем нет
1	Престиж профессии	68,5	74,3	60,0	56,3	55,9
2	Условия труда	73,2	71,6	56,3	61,4	49,4
4	Стиль руководства в коллективе	72,3	69,1	45,5	62,5	42,1
5	Материальное стимулирование	80,0	66,7	52,9	67,4	57,5
6	Взаимоотношения в коллективе	68,4	66,4	52,6	49,1	41,2
7	Наличие моральных поощрений	83,9	71,1	65,2	61,3	55,3
8	Режим, график работы	63,4	60,7	56,3	72,3	61,3
9	Возможности служебного роста	75,3	67,5	64,3	54,4	52,2
10	Отношения с ближайшим руководством	76,1	61,6	50,0	55,9	36,0
11	Возможности повышения квалификации	71,8	61,4	46,7	50,9	55,9

Судя по динамике показателей профессиональной стабильности, морально-психологические факторы (в частности, наличие моральных поощрений) оказывают более устойчивое влияние на состояние и динамику профессиональной стабильности, чем экономические (удовлетворенность материальным стимулированием) и организационные (удовлетворенность режимом и условиями труда).

Среди типичных моделей взаимодействий персонала с руководством медицинского учреждения наиболее благоприятным для профессиональной стабильности является та, которая основывается на сочетании строгого следования должностным инструкциям с комфортными «человеческими» отношениями. Такой гибкий стиль оказывается психологически наиболее приемлемым для предотвращения нежелательной текучести кадров, однако он отнюдь не является господствующим во всех медицинских учреждениях.

Одним из существенных параметров стиля руководства является преобладающий способ принятия управленческих решений в учреждении. Такой способ своеобразно отражает реальную стратификацию персонала, а также практикуемую технологию социальной и профессиональной коммуникации в трудовом коллективе. Существенным в этой технологии оказывается состав того круга участников, которым удастся самореализоваться в сфере выработки решений публично и на систематической основе.

Наиболее эффективным для поддержания профессиональной стабильности способом принятия решений оказывается тот, при котором руководитель систематически консультируется с исполнителями. Стиль, основанный на единоличном принятии решений или редких, лишенных систематического характера консультациях с подчиненными, чаще коррелирует с высокой потенциальной и перспективной текучестью кадров в системе здравоохранения.

Здесь нельзя не вспомнить основные теории мотивации в системе управления здравоохранением. Мотивация управления представляет собой комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления поставленных перед организацией целей. При всей простоте и ясности этого определения теория и практика мотивации непросты, так как истинные побуждения, которые заставляют человека отдавать работе максимум времени, физических и духовных сил, делать ее качественно, сложны и многообразны.

Существует несколько теорий, являющихся базовыми для изучения мотивации в коллективах. Приведем некоторые из них:

- классическая теория;
- теория человеческих отношений;
- теория человеческих ресурсов.

Заметим, что ни одну из этих теорий нельзя считать универсальной. Скорее, синтез и сочетание отдельных элементов каждой из них позволяет учитывать многообразную палитру характерологических особенностей работающих в коллективе.

**Классическая теория.** Труд большинству работников не приносит удовлетворения. То, что они делают, менее важно для них, нежели то, сколько они зарабатывают. При этом главная функция руководителя — разложить задачи на простые и повторяющиеся операции, обеспечить строгий контроль за работой подчиненных.

**Теория человеческих отношений.** Индивиды стремятся быть полезными и значимыми, они испытывают желание быть максимально интегрированными в трудовую деятельность и признанными. Это является для них более важным, чем деньги. В такой ситуации руководитель должен предоставлять своим подчиненным возможность определенной самостоятельности и личного контроля в процессе трудовой деятельности. Вовлечение подчиненных в процесс выработки управленческих решений позволяет руководителю удовлетворить профессиональные амбиции коллег и чувство собственной значимости.

**Теория человеческих ресурсов.** Труд большинству работников приносит удовлетворение. Большинство из них способны к самостоятельности, творчеству, ответственности, личному контролю, а также возможности реализовать себя на более высокой ступеньке должностной лестницы. В таких случаях главная задача руководителя — более эффективное использование человеческих ресурсов. Он должен создать такую обстановку, в которой каждый сотрудник может максимально проявить свои способности. Руководитель должен способствовать максимальному вовлечению своих подчиненных в решение важнейших проблем организации, системы здравоохранения в целом, постоянно расширяя их самостоятельность и самоконтроль.

Эффективность деятельности человека зависит от многих факторов, среди которых основную роль играют четкое понимание цели своей работы и система материальных и моральных стимулов.

Если руководитель не знает потребностей своих подчиненных, то его попытка обеспечить мотивацию деятельности обречена на провал.

Своеобразным индикатором и фактором профессиональной стабильности в медицинских коллективах оказывается степень сложности выполняемой работы. Более благоприятной оказывается ситуация, при которой сложный характер труда побуждает работника к дальнейшему квалификационному росту. Такая ситуация сочетается с более высокими значениями показателей потенциальной

профессиональной стабильности. При такой ситуации, по данным нашего исследования,  $\frac{2}{3}$  работников вообще не планируют изменение профессии или места работы, и это особенно значимый фактор для закрепления в профессии молодых специалистов. Совпадение имеющейся квалификации с уровнем сложности выполняемой работы, признаваемое 65% работников, в большинстве случаев также сочетается с их профессиональной стабильностью.

По-видимому, интеллектуальная привлекательность медицины и признание работником сложного характера выполняемого труда, ощущение им перспектив профессионального саморазвития ведут к заметному усилению психологической привязанности персонала к своей профессии. Наоборот, признание того, что уровень имеющейся квалификации существенно превышает требования стандартов профессиональной деятельности в занимаемой должности, чаще совпадает с низкой профессиональной стабильностью в медицине.

Потенциальная текучесть статистически связана с уровнем организации труда в медицинском учреждении и, в частности, с наличием работ, не входящих в должностные обязанности персонала. В целом по массиву обследованных можно говорить о регулярном (ежедневном и неоднократном в течение дня) характере таких работ у каждого пятого сотрудника. Около 40% персонала выполняют подобные работы время от времени, и такая же его часть ссылается на отсутствие посторонних работ или их редкость.

При высокой степени общей технологической и процедурной упорядоченности, свойственной профессиональной медицине, столь высокая частота «посторонних» работ может объясняться, с одной стороны, неполной укомплектованностью штатного расписания. С другой стороны, такие работы связаны с наличием устаревших должностных инструкций, отсутствием адекватной реакции руководства медицинских организаций на изменяющийся характер и условия труда. По мнению персонала, посторонние работы чаще связаны с недостаточной укомплектованностью штатного расписания (45%), меньше — с «объективными» причинами (17%), с неизбежной спецификой медицинской отрасли (18%) и нехваткой необходимого оборудования (10%). Но лишь 10% опрошенных объясняют этот факт недостатками руководства учреждением.

Каждый третий сотрудник медицинского учреждения, находящийся в зоне ближайшей или отложенной текучести, регулярно занимается не свойственными ему по должности видами деятельности. Затрачиваемое на выполнение таких работ время, по самооценке, составляет в среднем на одного сотрудника в зонах ближайшей и от-

ложенной текучести соответственно 12 и 6% общего рабочего времени. В зоне профессиональной стабильности подобная доля составляет лишь около 3%, т.е. оказывается сравнительно меньшей или почти незаметной.

#### 4.3. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НАСЕЛЕНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Взаимодействие населения с медицинскими учреждениями — одна из малоизученных и сложных проблем в отечественных исследованиях медико-социологического плана. Эта проблема лежит на стыке нескольких относительно самостоятельных сфер в обширной медико-социологической проблематике. В ее научной постановке особого внимания заслуживают следующие методологические положения.

Во-первых, в современном обществе взаимодействие людей с учреждениями системы здравоохранения можно рассматривать в качестве важной стороны самосохранительного поведения, а говоря шире — существенного элемента всей социальной жизнедеятельности. В этом плане формы и условия взаимодействия пациентов с медициной нельзя анализировать вне контекста образа жизни, определенной бытовой культуры здоровья, поведенческих стратегий, социальных отношений в сфере здоровья.

Применительно к поставленной проблеме отечественные медико-социологические исследования в целом находятся на начальной стадии, отмеченной поиском методологических основ и постепенным накоплением эмпирических материалов. Вряд ли приходится говорить о наличии сегодня зрелых социально-теоретических моделей, применяемых для раскрытия проблемы такого взаимодействия. Сложность начального этапа этой важной и долговременной научной работы определяется междисциплинарным характером поставленной проблемы.

Исходя из теоретического арсенала современных социальных наук, проблема взаимодействия населения и социальных групп со здравоохранением поддается разностороннему рассмотрению в контексте как структурных теорий, так и микросоциологии, а также обширного круга концепций и теорий, нацеленных на изучение массовых ситуаций социальных взаимодействий. В предварительном плане можно утверждать, что теория обмена, теория сопротивления, теория речевых и культурных кодов, теория навешивания ярлыков и другие теории в спектре современной микросоциологии и интерпретивных исследований являются релевантными поставленным

исследовательским задачам в проблематике взаимодействий населения с медициной.

Во-вторых, следует принять во внимание то обстоятельство, что в социальном взаимодействии населения с медициной активная субъектная роль принадлежит не только пациентам, но и медицинским организациям, их коллективам и отдельным сотрудникам.

Современная медицина представляет собой сложную социальную систему, в которой одновременно действует целый ряд относительно самостоятельных (автономных) подсистем. Каждая из них способна наложить отпечаток на общее функционирование здравоохранения и процессы воспроизводства общественного здоровья<sup>1</sup>.

Речь идет, в частности, об одновременном существовании и, следовательно, возможной интерференции разных социально-исторических систем здравоохранения, профессиональной и народной медицины (этномедицины), парамедицины, бесплатной и коммерциализированной медицины. Эти системы, как правило, вырабатывают своеобразные, нередко противоположные по своему характеру, паттерны болезни и здоровья, модели поведения для пациентов и представителей медицины. Они также могут противодействовать друг другу и вступать в отношения взаимной конкуренции. Причем по мере усложнения социальной жизни современного общества объективно происходит нарастание институционального и организационного многообразия внутри здравоохранения и темпы его повышаются.

Следует по возможности дифференцированно анализировать взаимодействие населения и отдельных социальных групп с разными сегментами медицины, избегая необоснованных обобщений. Такое требование вытекает из отмеченной выше неоднородности, внутренней сложности и противоречивости современного здравоохранения как социальной системы. Дополнительным обстоятельством оказывается избирательность поведения социальных субъектов в процессе обращения к различным институциональным ресурсам здоровья, при формировании и реализации групповых или индивидуальных стратегий в сфере здоровья.

В-третьих, рассматривать взаимодействие населения с медицинской вообще и ее отдельными подсистемами в условиях доминирования рыночных отношений и процессов коммерциализации вряд ли можно вне контекста корпоративного поведения самих медицинских организаций. Своеобразная стратегия, выраженная понятием «**кор-**

**порацентризм**», нередко предопределяет конфликт между профессиональной этикой, с одной стороны, и экономическими интересами медицинских корпораций — с другой. Для них пациент в определенном смысле является получателем услуг, источником финансовых средств. От объема этих услуг и от общей удовлетворенности социальной клиентуры зависит позиция конкретной медицинской корпорации (аптеки, поликлиники, больничного учреждения и т. п.), как во внешней, так и во внутренней маркетинговой среде, и, как следствие, — ее конкурентные преимущества и профессиональный рейтинг. В условиях бюджетно-страховой медицины следует признать действие конкурентных преимуществ как для бюджетных учреждений, так и для коммерческих медицинских организаций, хотя для последних значимость этих преимуществ неоспоримо выше. Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения медицинских организаций (корпораций) на рынке медицинских товаров и услуг, что особенно важно в условиях развития обязательного и добровольного медицинского страхования.

Принимая во внимание методологическую сложность проблемы социального взаимодействия в здравоохранении и относительную научную новизну, вряд ли можно ожидать в короткие сроки ее успешного решения. Потребуется многоплановые тематические исследования разнообразных ситуаций взаимодействия, на основе которых в будущем могут быть выработаны более эффективные социальные технологии управления здравоохранением. Однако бесспорно то, что ключевой социологической проблемой взаимодействия населения с медицинскими организациями является анализ основных социально-поведенческих моделей в сфере здоровья.

#### 4.3.1. Повседневные взаимодействия населения со здравоохранением

Программой проведенного комплексного исследования здоровья населения и здравоохранения региона было предусмотрено выявление наиболее общих характеристик взаимодействия населения со здравоохранением. К ним были отнесены такие основные ситуации взаимодействия, как лечение в стационаре, поликлинике, проведение диагностических процедур, а также восприятие населением доступности медицинской помощи и интенсивность обращения в учреждения здравоохранения разного типа. Однако основное внимание было сосредоточено на стратегиях, осуществляемых населением (получателями медицинской помощи) при болезни. При этом нельзя игнорировать и тот факт, что работники здравоохранения реализуют своеобраз-

<sup>1</sup> Решетников А.В. Медико-социальные системы: способы образования и сравнительный анализ // Социология медицины. 2005. № 1 (16).

разные социальные стратегии, а пациенты во взаимодействии с ними определенным образом реагируют встречными стратегиями, стремясь к адекватным действиям ради удовлетворения своих потребностей. Эта вторая, не менее важная сторона проблемы взаимодействия заслуживает отдельной серии медико-социологических исследований.

Справедливости ради следует обратить внимание на особый аспект социальных стратегий в сфере здоровья, возникающий в связи с проблемой профилактики заболеваний. В российском менталитете и медико-социальных исследованиях более традиционным является внимание к социальным ситуациям, возникающим при заболеваниях. Однако своеобразные социальные стратегии проявляются и до наступления болезни, в отношении типичных ситуаций риска возникновения заболевания. Поэтому они также заслуживают глубокого изучения.

Итак, как это отмечалось ранее (п. 3.4), всегда при заболевании обращается к врачу лишь каждый пятый респондент, каждый восьмой предпочитает не обращаться к врачу даже при тяжелых состояниях и почти  $\frac{2}{3}$  обращаются лишь в тяжелых случаях. В связи с этим особый интерес представляет изучение стратегий самолечения, в которых на сравнительно непродолжительном отрезке времени с 2003 по 2006 г. проявилась динамика некоторого усиления в ущерб оптимальной самоохранительной стратегии.

В самолечении как в социальной практике могут проявляться разные взаимосвязанные или относительно независимые «внешние» и «внутренние» социальные обстоятельства и факторы. Здесь имеют значение доступность профессиональной медицинской помощи, элементы образа жизни и культуры (трудовая занятость и физическая подвижность индивида, местные и национальные традиции и др.), а также структура личности (система ценностей, психологические установки, эмоциональная и волевая сферы, мотивация). Устойчивость этих факторов, как известно, далеко не одинакова. Учитывая специфику разных факторов, важно воздействовать на весь этот комплекс, и в первую очередь на управляемые переменные — установки, мотивы, находящиеся в стадии формирования.

Зафиксированная в проведенном нами социологическом мониторинге ситуация, при которой ориентация на самолечение является доминирующей, вероятно, характерна и для других регионов страны. Значительные масштабы стратегии самолечения среди взрослых пациентов дают основания совершенно по-новому поставить вопрос о детерминации заболеваемости в современном российском обществе. В исследованиях с позиции социологии медицины стратегии самолечения заслуживают более пристального внимания с целью

предотвращения их негативного результата или для необходимой в определенных случаях врачебной коррекции.

Действительно, самолечение было и, судя по всему, остается базовой стратегией народной медицины. Строго говоря, в определенных случаях самолечение также может выступать неотъемлемой фазой профессионально организованного и отчасти контролируемого процесса лечения.

Существуют особые формы стратегии самолечения, стимулируемые, например, коммерческой рекламой средств оздоровления, медицинских препаратов и приборов. Облаченная в «белый халат», такая реклама в целях манипулирования максимально большей частью аудитории нередко создает иллюзию участия пациента в профессионально организованном и контролируемом процессе лечения. В действительности же она выводит человека из сферы потенциального воздействия профессиональной медицины, зачастую приводя к необратимым последствиям в состоянии здоровья индивида.

В последние годы в России произошло резкое усиление коммерческой рекламы не только лекарственных препаратов, но и различных методов диагностики, лечения. В эту рекламу активно вовлечены практически все средства массовой информации страны. Такая навязчивая реклама, к сожалению, занимает ту нишу в информационном пространстве, которую должна была бы занимать и удерживать служба медицинской профилактики. Это стало одним из печальных последствий, по сути, сворачивания в масштабах государства массовой медицинской профилактики, которая должна являться главным направлением отечественной медицины. Крупные провалы в области медицинской пропаганды и формирования здорового образа жизни населения явились, по нашему мнению, основным фактором доминирования массовых стратегий самолечения, игнорирования при болезни определенной частью пациентов врачебной помощи.

Отмеченная тенденция может служить объективной предпосылкой роста хронических форм заболеваний, их утяжеления, что становится в ряде случаев причиной инвалидизации и даже летальных исходов. В отношении молодежи, лиц трудоспособного возраста это вызывает особую тревогу. Для энергичного противодействия стратегиям самолечения силами профилактической медицины необходимо привлечение всего спектра эффективных инструментов формирования культуры и оптимальной стратегии в сфере здоровья, в первую очередь СМИ. Целесообразно разрабатывать дифференцированные подходы, ориентированные на разные возрастные и социальные группы, не ограничиваясь массовой пропагандой, привнося такое

воздействие в жизнь корпораций, трудовых и учебных коллективов. В этом плане может быть востребован опыт советского здравоохранения, модифицированный в контексте современных социально-экономических условий и менталитета основных групп населения страны.

Важным фактором социальных моделей взаимодействия населения с медицинскими организациями является состояние здоровья пациентов, существующие у них связи с такими организациями, а также личный опыт подобных взаимодействий. Одним из объективных показателей состояния здоровья пациентов является инвалидность, которая во многом определяет стратегию индивида во взаимодействии с профессиональной медициной (табл. 73).

Таблица 73

**Стратегии взаимодействия отдельных групп населения с профессиональной медициной при болезни, %**

№ п/п	Стратегии взаимодействия	Не имеют инвалидности	Состоят на диспансерном учете	Имеют инвалидность, в том числе			
				Все группы	I	II	III
1	«Мягкий отказ»	71	67	62	60	61	66
2	«Жесткий отказ»	15	5	4	5	3	7
3	Всегда обращаются за медицинской помощью	11	26	32	35	34	25
4	Не дали ответа	3	2	2	—	2	2

Пребывание пациентов в особом социально-медицинском статусе, каким является инвалидность, сочетается с существенно меньшим распространением «жесткого отказа» от врачебной помощи при болезни и одновременно с троекратным увеличением доли оптимальной стратегии по сравнению с остальной частью популяции. Однако и в массе пациентов с установленной инвалидностью норма «мягкого отказа» от врачебной помощи остается доминирующей.

Пациенты, находящиеся на диспансерном учете в местных лечебно-профилактических учреждениях, также отличаются от остальной массы респондентов троекратным сокращением «жесткого отказа» и двукратным усилением оптимальной ориентации на обращение к врачебной помощи при болезни, что видно из табл. 73. Подобная же ситуация отмечается и среди пациентов, информированных о наличии у них хронических заболеваний. Причем, чем большее количество установленных диагнозов хронических заболеваний известно

пациенту, тем более выраженной является такая динамика стратегий в отношении обращения за врачебной помощью. Однако и в этих особых социально-медицинских категориях установка на «мягкий отказ» от врачебной помощи при болезни все-таки охватывает  $\frac{2}{3}$  пациентов.

Для детальной разработки сделанного ранее вывода о культурно-психологической укорененности стратегий самолечения при болезни в персонифицированной базе данных в аналитических целях был выделен массив пациентов с установленной инвалидностью II группы. Анализ социально-медицинской информации о данном массиве позволяет заметить, что выявленная распространенность стратегий самолечения далеко не всегда связана с объективными трудностями получения медицинской помощи в лечебных учреждениях ввиду их удаленности, а также с иными обстоятельствами, например высокими затратами на лечение или отсутствием нужных специалистов в медицинских учреждениях. Установка на самолечение чаще обусловлена социально-экономическим статусом пациента, проявляющимся в основном роде занятий, уровне благосостояния, условиях труда применительно к занятому населению.

Стратегии в отношении обращения к врачебной помощи при болезни, как показывает анализ данных опроса, мало зависят от восприятия доступности медицинской помощи. В табл. 74 приведены результаты, позволяющие утверждать, что даже при противоположном восприятии пациентами такой доступности доли «мягкого» и «жесткого» игнорирования врачебной помощи варьируют незначительно.

Таблица 74

**Стратегии взаимодействия населения со здравоохранением в зависимости от восприятия доступности медицинской помощи, %**

№ п/п	Стратегии взаимодействия	Легко ли попасть на прием к участковому?		Легко ли попасть на прием к врачу-специалисту?	
		Да, всегда	Всегда трудно	Да, всегда	Всегда трудно
1	«Мягкий отказ»	70	73	65	74
2	«Жесткий отказ»	9	12	12	10
3	Всегда обращаются за медицинской помощью	19	13	19	14
4	Не дали ответа	2	2	4	2
5	Всего	100	100	100	100

Изучение мнения населения о доступности врачебной помощи показало, что в общественном мнении восприятие доступности врачебной помощи в регионе, оставаясь в целом стабильным за время наблюдений (2003–2009 гг.), сильно варьирует между медицинскими учреждениями внутри отдельных муниципальных образований, что заставляет искать причины таких различий уже на уровне муниципального здравоохранения.

Итак, по результатам анализа ряда ключевых социальных характеристик пациентов находят подтверждение вывод о том, что доминирующей, самой массовой моделью поведения во взаимодействии большинства социальных групп с системой здравоохранения является игнорирование профессиональной врачебной помощи в ситуации болезни за исключением тяжелых состояний здоровья (опасных, по мнению пациентов, форм течения болезней). При этом решающим фактором, определяющим массовые поведенческие модели во взаимодействии с профессиональной медициной, оказывается особый пласт социальных феноменов — прежде всего культурных и психологических.

Барьером во взаимодействии населения со здравоохранением оказывается не сформированное ценностное отношение большинства взрослых к собственному здоровью, что свойственно группам активного, трудоспособного возраста практически всех экономических и образовательных слоев населения. При таком отношении, приобретающем свойство доминирующей социальной и культурной нормы, индивидуальное и общественное здоровье, к сожалению, не воспринимается населением как объективно исчерпаемый ресурс, а профессиональная медицина — как основной гарант квалифицированного лечения при возникновении болезни. Иными словами, ориентация на игнорирование медицинской помощи и на самолечение при болезни имеет прочные социокультурные корни.

Такой вывод заставляет пересмотреть традиционные взгляды на общественную систему здравоохранения как институт, несущий главную ответственность за состояние и динамику общественного здоровья. Системный пересмотр представляется назревшим и вполне обоснованным. Он требуется не только в сфере социальной политики и управления здравоохранением как ее составной части, но и в сфере общественного сознания. Аналогичная ситуация складывается и в отношении школы и системы образования, которым общественное мнение априорно приписывает исключительную ответственность за серьезные перекосы в личностном формировании молодежи. В определенной мере эта ответственность должна быть

возложена и на другие социальные институты, в частности — семью, СМИ, образование, законодательство, бизнес-сообщество и др.

Возложенная на систему здравоохранения исключительная ответственность за общественное здоровье, с точки зрения научной оценки объективных социально-системных связей, является, по сути, необоснованной, особенно ввиду функциональной неразвитости внутриотраслевого сектора профилактического здравоохранения и медико-социальных служб в отрасли. Ответственность за состояние поведенческих стратегий населения сегодня в значительной мере должны разделять и другие социальные институты современного российского общества (семья, образование, СМИ). Чем скорее и глубже будет осознана природа и мера ответственности разных социальных институтов в этом плане, тем эффективнее окажутся последующие действия по выбору стратегических приоритетов в государственной политике здравоохранения.

В равной степени необоснованным является укоренившийся в государственной политике здравоохранения крен в сторону клинической деятельности. При этом главенствующая роль профилактической направленности государством не отрицается, но и не подтверждается конкретными эффективными действиями. Столь явный разворот характерен для государственной социальной политики в целом и выражается в преобладающей установке на преодоление последствий, но не причин социальных патологий и, в частности, заболеваемости населения. Это проявляется в неэффективном общественном и государственном контроле над теми социальными институтами, от функционирования которых как раз и зависит социокультурное основание массового поведения населения в сфере здоровья. Речь идет об институтах права, образования, культуры, рекламы и средств массовой информации.

Сделанный выше вывод о социокультурной детерминации взаимодействий населения с системой здравоохранения относится также к проблеме научно-методического обеспечения дальнейших исследований общественного здоровья на популяционном и социально-групповом уровне. Необходимым методологическим и методическим элементом таких исследований должны стать качественные методы, применение которых не имеет альтернативы при выработке и осуществлении эффективных социально-практических решения в сфере формирования ценностного отношения населения к здоровью, в интересах максимально полного использования социального потенциала самих учреждений здравоохранения.

### 4.3.2. Удовлетворенность населения здравоохранением

Удовлетворенность населения общественной системой здравоохранения — один из косвенных показателей ее социальной эффективности в обществе. Мнения отдельных людей о деятельности системы здравоохранения носят субъективный характер и в определенной мере могут быть неадекватными. Значительная часть населения в действительности обладает далеко не полным представлением о деятельности системы здравоохранения ввиду избирательности восприятия, неодинаковых потребностей и отмеченного выше игнорирования частью пациентов профессиональной медицинской помощи при болезни.

Чаще всего общественное мнение о здравоохранении сосредоточено на деятельности именно местной системы здравоохранения, которая ассоциируется с совокупностью учреждений, в зоне действия которых проживают респонденты. Обычно эта зона совпадает по административно-территориальному делению с границами муниципального района (городского округа) в составе субъекта Российской Федерации. Однако в таких зонах могут возникать внутренние структуры, не в одинаковой степени способные обеспечить медицинской помощью разные категории населения. Так, например, в ряде отраслей экономики и в масштабе отдельных корпораций могут формироваться собственные или дополнительные подсистемы медицинской помощи (включая дополнительное медицинское страхование). Специфическая инфраструктура действует в сферах охраны здоровья детей, репродуктивного здоровья, а также в отношении служащих правоохранительных органов и вооруженных сил. Поэтому феномен «местной системы здравоохранения» и соответствующее понятие в общественном сознании носят социально дифференцированный характер. В дальнейшем при изучении общественного мнения и удовлетворенности местной системой здравоохранения возможны последовательная операционализация этого понятия и выделение конкретных компонентов местных подсистем здравоохранения.

Принимая во внимание социально дифференцированный характер общественного мнения, следует признать, что общий уровень удовлетворенности здравоохранением выступает одновременно фактором обращаемости населения и отдельных групп к медицинской помощи. В этом его качестве анализ общественного мнения представляет самостоятельный интерес в медико-социологическом исследовании. В последнее время в политико-государственном контексте

такая удовлетворенность справедливо рассматривается в качестве компонентной характеристики социального благополучия региона. Не случайно этот индикатор входит в круг показателей федерального мониторинга социально-экономической ситуации в региональных сообществах.

По многолетним данным регионального социологического мониторинга и комплексного исследования здоровья населения и здравоохранения, в общественном мнении сохраняется такая структура оценок, в которой позитивное восприятие местной системы здравоохранения (МСЗ) преобладает с небольшим перевесом над негативным (охватывая соответственно 34 и 28% взрослого населения). При этом наиболее типичной является позиция, характеризующаяся затруднением в определенном ответе (табл. 75).

Таблица 75

Удовлетворенность отдельных групп населения местной системой здравоохранения, в %

№ п/п	Группы населения	Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»					ИУЗ*
		Нет	Скорее нет	Затрудн. ответить	Скорее да	Да	
1	Население старше 18 лет в целом	6	22	38	17	17	49
2	Мужчины	6	18	34	20	21	53
3	Женщины	7	26	35	15	14	43
4	Семейное положение — разведены	7	28	32	15	17	44
5	Семейное положение — вдовье	6	17	36	21	21	55
6	Женатые, замужем						

\* Индекс удовлетворенности здравоохранением (ИУЗ) рассчитан по формуле:  $ИУЗ = 0,75 \times СУ + ВУ$ , где СУ — процентная доля ответов «скорее да», ВУ — процентная доля ответов «да» в массиве данной группы.

Эта оценка заметно варьирует между отдельными социальными группами по основному роду занятий (табл. 76).

Таблица 76

**Удовлетворенность местной системой здравоохранения  
в зависимости от основного рода занятий респондентов, %**

№ п/п	Основной род занятий респондентов	Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»				
		Нет	Скорее нет	Затруд. ответить	Скорее да	Да
1	Работают	5	23	40	16	16
2	Учатся	5	18	35	20	22
3	Учатся и работают	10	36	38	9	7
4	На пенсии, не работают	6	19	33	22	20
5	На пенсии и работают	9	29	34	14	14
6	Не работают и не учатся	7	25	39	12	17

Общая неудовлетворенность и наиболее критичное восприятие местной системы здравоохранения присуще двум следующим группам: молодым людям, совмещающим работу с учебой, а также пожилым, совмещающим статус пенсионера с трудовой занятостью. В этих же социально-экономических группах отмечен и самый низкий уровень удовлетворенности местной системой здравоохранения (соответственно 16 и 28%). Возможным объяснением такого восприятия, присущего группам с «двойным» социально-экономическим статусом, может быть их более напряженная занятость в производственно-трудовой и бытовой сферах. Соответственно, эти группы испытывают более острую потребность в тех формах организации медицинской помощи, которые отвечали бы их запросам с точки зрения доступности. Отчасти это явилось следствием процесса закрытия с середины 90-х гг. XX в. медико-санитарных частей и здравпунктов в ряде крупных промышленных предприятий и учреждений. Образ жизни представителей двух названных выше групп отмечен сравнительно большим дефицитом свободного времени, при котором сокращаются возможности обращения к медицинской помощи и, соответственно, ослабевает восприятие здравоохранения как доступного и эффективного социального института.

Среди отраслевых групп занятого населения удовлетворенность системой здравоохранения неоднородна, но динамика в данном отношении незначительна — значения индексного показателя варьируют от 41 до 52%. Показательно то, что ни в одной из отраслевых групп занятого населения удовлетворенность не является устойчиво доминирующей позицией, не составляя даже  $\frac{2}{3}$ . Наиболее низкая удовлетворенность свойственна персоналу предприятий бытового

обслуживания, деревообработки и лесного хозяйства (43–45%), наиболее высокая — персоналу предприятий жилищно-коммунального хозяйства, финансово-кредитных организаций и энергетики (52–53%).

Можно предположить, что динамика удовлетворенности здравоохранением отчасти обусловлена уровнем притязаний, преобладающим внутри данной отраслевой группы, а также внедрением в некоторых отраслях корпоративных (ведомственных) программ дополнительного медицинского обслуживания. Последние ведут, несомненно, к некоторому повышению уровня удовлетворенности персонала таких ведомств и корпораций местной системой здравоохранения.

Характерно, что индексный показатель удовлетворенности местной системой здравоохранения с позиции самих профессиональных медицинских работников весьма низок. Несмотря на реальное отсутствие типичных для остальных отраслевых групп занятого населения трудностей доступа к медицинской помощи, индекс удовлетворенности среди медицинских работников составляет лишь 45%.

Показательна статистическая зависимость удовлетворенности здравоохранением от уровня материального благосостояния пациентов. Существенная динамика этой зависимости проявляется лишь в полярных слоях социально-экономической структуры регионального сообщества — между самым обеспеченным и наиболее бедствующим: индекс удовлетворенности здравоохранением составляет в этих слоях соответственно 71 и 41% (табл. 77). За исключением этих двух слоев, в остальной части сообщества удовлетворенность деятельностью местной системы здравоохранения статистически не зависит от уровня благосостояния.

Таблица 77

**Удовлетворенность населения местной системой  
здравоохранения в зависимости от уровня материального  
благосостояния респондентов, %**

№ п/п	Уровни благосостояния пациентов	Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»					ИУЗ
		Нет	Скорее нет	Затруд. ответить	Скорее да	Да	
1	Крайне низкий	14	26	34	10	16	41
2	Низкий	8	21	36	19	16	48
3	Средний	6	23	37	17	17	49
4	Хороший	6	22	37	18	17	49
5	Высокий	—	18	27	9	46	71

Самые значительные вариации удовлетворенности связаны с уровнем образования респондентов (табл. 78). Чем выше такой уровень, тем критичнее восприятие системы здравоохранения, и наоборот. В группе занятого населения сходная динамика отмечена и в связи с характером труда: в среде работников, занятых преимущественно умственным и автоматизированным трудом, самая низкая удовлетворенность деятельностью здравоохранения. Показательно, что в группе интеллигенции (лиц с высшим образованием и занятых умственным и творческим трудом) положительное восприятие местной системы здравоохранения является скорее исключением, и это должно особенно настораживать.

Таблица 78

Удовлетворенность местной системой здравоохранения в зависимости от уровня образования респондентов, %

№ п/п	Уровень образования пациентов	Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»					ИУЗ
		Нет	Скорее нет	Затруд. ответить	Скорее да	Да	
1	Высшее	8	31	39	14	8	38
2	Среднее профессиональное	6	27	38	15	14	44
3	Начальное профессиональное	7	22	40	14	17	48
4	Среднее общее	6	16	40	18	21	55
5	Неполное среднее	3	13	37	22	26	61
6	Без образования	4	12	32	12	40	65

Учитывая модальный характер затруднений населения в общей оценке деятельности местной системы здравоохранения, заслуживает внимания то обстоятельство, что с повышением образовательного уровня подобные затруднения не становятся реже. Это указывает, вероятно, на недостаточное развитие в общественном сознании комплекса разделяемых критериев для оценки системы здравоохранения. При отсутствии такого адекватного комплекса критериев в общественном мнении существенные количественные и качественные изменения в состоянии системы здравоохранения могут не отражаться в доминирующих оценках. Сегодня система здравоохранения вряд ли может опираться на общественное мнение как определенный ресурс межинституциональных взаимодействий с законодательной и исполнительной властью, а также с местным сообществом или работодателями. Иными словами, происходящие в системе здравоохранения сдвиги, даже позитивные, в подобной ситуации могут

не находить своевременного одобрительного отклика в общественном мнении.

Удовлетворенность взрослого населения системой здравоохранения, вне сомнения, связана с индивидуальным опытом взаимодействий с муниципальными медицинскими учреждениями. Причем общая удовлетворенность здравоохранением, судя по индексным значениям, напрямую связана с восприятием доступности медицинской помощи: эта удовлетворенность резко снижается в связи с признанием трудностей в доступе к врачебной помощи и нарастает с признанием отсутствия таковых (рис. 16). Индекс удовлетворенности варьирует в интервале от 22 до 62% (при обращении к участковому врачу), достигая наивысших значений в группе пациентов, признающих врачебную помощь достаточно доступной. Это, по сути, и обеспечивает преобладание в общественном мнении позитивного восприятия (удовлетворенности) местной системы здравоохранения.



Рис. 16. Индексы удовлетворенности местной системой здравоохранения в зависимости от доступности общей и специализированной медицинской помощи, %

Последующий анализ социальных претензий к деятельности местной системы здравоохранения подтверждает, что испытываемые затруднения при обращении к врачу во время болезни и связанные с этим потери времени (как правило, ожидание в очередях на прием) являются ведущим фактором неудовлетворенности взрослых пациентов.

При рассмотрении динамики удовлетворенности населения местной системой здравоохранения обнаруживается существенная

роль некоторых психологических характеристик. Благодаря наличию в системе эмпирических индикаторов стандартизированного опроса особого блока, направленного на выяснение типологии самооценки личности, удается зафиксировать значимую статистическую связь удовлетворенности здравоохранением с несколькими психологическими характеристиками и самооценками личности. В их числе: степень принятия личности (ИУЗ варьирует от 43 до 60%), конформность (от 39 до 58%), конфликтность (от 37 до 58%), тревожность по поводу собственного здоровья (от 50 до 69%) и самооценка состояния здоровья (от 41 до 78%). Эти связи наглядно иллюстрируют данные, приводимые ниже в табл. 79–80.

Таблица 79

**Удовлетворенность местной системой здравоохранения  
в зависимости от психологических характеристик  
респондентов, %**

Согласие с утверждениями		Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»					ИУЗ
		Нет	Скорее нет	Затруд. ответить	Скорее да	Да	
Принятие себя: «Меня в себе все устраивает, даже если я бываю неправ(а)»	Да	5	15	29	23	28	60
	Отчасти	6	23	40	17	14	47
	Нет	7	27	38	16	12	43
Конформ- ность: «В при- нятии реше- ний я полага- юсь на мнение большинства»	Да	4	16	34	21	25	58
	Отчасти	6	24	38	18	14	47
	Нет	9	30	38	13	10	39

Таблица 80

**Удовлетворенность местной системой здравоохранения  
в зависимости от конфликтности личности респондента, %**

№ п/п	Частота конфлик- тов, вызывающих раздражение респон- дентов	Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»					ИУЗ
		Нет	Скорее нет	Затруд. ответить	Скорее да	Да	
1	Конфликтов не бывает	5	15	33	23	24	58

2	Очень редко	4	19	38	20	19	53
3	Время от времени	7	24	38	16	15	46
4	Часто	12	30	37	9	12	37

Высокий уровень личностной конфликтности, по-видимому, составляет психологическую среду сравнительно низкой удовлетворенности индивидов институциональной жизнью в сообществе. Точно так же и низкий уровень удовлетворенности здравоохранением можно рассматривать в качестве косвенного индикатора психологической напряженности и конфликтности в конкретном социальном сообществе.

Другим существенным психологическим фактором удовлетворенности здравоохранением является личностная тревожность по поводу состояния собственного здоровья. Вполне ожидаемым является то, что большая озабоченность, тревожность по поводу здоровья, как и низкая самооценка здоровья, коррелируют с неудовлетворенностью системой здравоохранения (табл. 81). При этом заметно снижается доля неопределенности (затруднений) в оценке деятельности этой системы.

Таблица 81

**Удовлетворенность местной системой здравоохранения  
в зависимости от тревожности по поводу здоровья  
респондентов и индексная оценка, %**

№ п/п	Частота беспокойства по поводу своего здоровья	Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»					ИУЗ
		Нет	Скорее нет	Затруд. ответить	Скорее да	Да	
1	Не бывает	3	5	41	15	36	69
2	Редко	5	21	41	17	16	52
3	Часто	6	25	36	20	14	50
4	Постоянно	10	26	33	16	17	50

Сходной с отмеченной выше является связь между главной медуко-психологической характеристикой пациента — самооценкой состояния здоровья и удовлетворенностью системой здравоохранения. В целом, чем ниже такая самооценка, тем выше критичность в отношении здравоохранения (табл. 82).

Таблица 82

**Удовлетворенность местной системой здравоохранения  
в зависимости от самооценки здоровья респондентов  
и индексная оценка, %**

№ п/п	Самооценка здоровья	Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»					ИУЗ
		Нет	Скорее нет	Затруд. ответить	Скорее да	Да	
1	Здоровье отличное	4	—	29	13	54	78
2	Здоровье хорошее	4	18	38	17	23	55
3	Удовлетворительное	5	22	37	18	17	49
4	Здоровье плохое	8	25	30	20	17	47
5	Здоровье очень плохое	15	26	27	16	16	41

Однако не удается проследить статистически значимую связь между удовлетворенностью здравоохранением, с одной стороны, и объективными индикаторами состояния здоровья (одним из которых является исчерпанная заболеваемость) — с другой. С увеличением числа установленных диагнозов (по обращаемости и медицинским осмотрам) не наблюдается динамики удовлетворенности здравоохранением. Это позволяет вновь отметить то, что удовлетворенность местного сообщества деятельностью системы здравоохранения имеет преимущественно субъективную и психологическую обусловленность.

В обнаруженной связи между удовлетворенностью населения местной системой здравоохранения, с одной стороны, и личностно-психологическими характеристиками индивидов — с другой, просматривается склонность значительной части взрослых к переносу ответственности за состояние собственного здоровья на систему здравоохранения.

Уровень удовлетворенности местного сообщества деятельностью системы здравоохранения как социальный показатель оказывается весьма динамичным во времени. Динамика проявляется даже в незначительных временных интервалах. Так, например, в репрезентативных выборках по Новгородской области с интервалами в два года (2003, 2005 и 2007 гг.) уровни удовлетворенности (индексные значения) варьировали разнонаправлено в пределах 40–49% популяции взрослых.

После заметного снижения уровня удовлетворенности населения деятельностью здравоохранения в интервале 2003–2005 гг. админи-

страцией региона было принято решение объявить 2006 год «Годом здравоохранения». Это привело к усилению финансирования отрасли в регионе и активизации внимания власти и средств массовой информации к проблемам муниципальных учреждений здравоохранения (табл. 83). Вероятно, существенный рост индикатора удовлетворенности здравоохранением по данным мониторинга 2007 г. был связан с отмеченными выше практическими действиями.

Таблица 83

**Динамика удовлетворенности населения  
местной системой здравоохранения, %**

№ п/п	Годы	Ответы на вопрос: «Устраивает ли Вас, как действует МСЗ?»					ИУЗ
		Нет	Скорее нет	Затруд. ответить	Скорее да	Да	
1	2003	10	25	33	20	12	44
2	2005	9	30	34	17	10	40
3	2007	6	22	38	17	17	49

Относительная подвижность уровней удовлетворенности населения местной системой здравоохранения в столь короткие промежутки времени указывает на возможность как усиления общественного признания системы здравоохранения, так и потери существенной доли достигнутого авторитета. Это вновь указывает на целесообразность мониторинга социальной удовлетворенности системой здравоохранения, всемерного сохранения и использования накопленного общественного престижа системы в целях оптимизации ее взаимодействий с различными институтами и субъектами локального сообщества, а также с получателями медицинской помощи.

В медико-социологическом мониторинге рассматривалась также динамика претензий населения в отношении здравоохранения. По данным трех этапов мониторинга, пятилетняя динамика удовлетворенности взрослого населения оказывается, положительной для более половины фиксируемых в опросе претензий пациентов к работе местной системы здравоохранения (табл. 84). Крайним проявлением неудовлетворенности населения состоянием здравоохранения является признание острого характера тех или иных социально значимых недостатков.

Таблица 84

**Признание населением острого характера недостатков  
местной системы здравоохранения, %**

№ п/п	Некоторые недостатки в работе здравоохранения	Годы		
		2003	2005	2007
1	Потери времени в очередях к врачам	36,1	43,8	46,7
2	Отсутствие нужных специалистов	33,0	32,0	25,4
3	Отсутствие нужных лекарств	23,2	21,1	15,9
4	Невнимательность врачей	18,3	19,3	12,2
5	Затруднения в госпитализации	9,0	8,7	9,7
6	Удаленность расположения медицинских учреждений	20,2	18,0	9,6
7	Несвоевременность медпомощи	—	—	8,5
8	Отсутствие порядка, чистоты в медучреждениях	—	—	8,1
9	Неудобство графика работы медицинских учреждений	10,0	12,9	7,7
10	Невозможность при болезни получить помощь на дому	15,8	6,3	4,6
11	Отсутствие хорошего лечебного питания в стационарах	25,1	10,6	3,5
12	Отказ врача проводить нужное обследование, лечение	4,0	2,5	2,9
13	Вымогательство денег, подарков	4,0	2,6	2,5

Так, судя по данным репрезентативных опросов, в регионе удалось существенно улучшить качество лечебного питания в стационарах. Осуществление целевой отраслевой программы развития скорой медицинской помощи (прежде всего обновление автотранспортного парка) позволило снять напряженность в получении населением медицинской помощи на дому.

Несколько повысилась за короткий промежуток времени доступность специализированных видов медицинской помощи за счет организационных мер (изменения графика работы, регулярных выездов в районные поликлиники и стационары врачей-консультантов из областных клинических больниц). Однако каждый четвертый пациент все еще считает проблему доступности таких видов медицинской помощи острой. В сельской местности она вызывает острую неудовлетворенность почти 40% взрослых пациентов (вариации между отдельными обследованными районами значительны: от 30 до 50%), в то время как в городской — лишь у каждого седьмого пациента.

По одному признаку, наиболее критическому с точки зрения общественного мнения, в местной системе здравоохранения не удалось достичь положительной динамики. Это касается недовольства многих пациентов потерями времени в очередях в медицинских учреждениях. Такое недовольство усиливалось на протяжении последних лет. В 2007 г. оно охватывало уже почти каждого второго взрослого пациента. В решающей степени острота данной проблемы связана с неукомплектованностью штатного расписания отдельных муниципальных учреждений здравоохранения. В данных мониторинга 2005 г. рост неудовлетворенности потерями времени в очередях объясняется отчасти и графиком проведения опросов (январь 2005 г.), которые совпали с чрезвычайно напряженным периодом внедрения новых форм лекарственного обеспечения для льготных категорий граждан, так называемой «монетизацией льгот».

Анализ выявленной структуры социально значимых недостатков в деятельности здравоохранения на муниципальном и региональном уровне позволяет утверждать, что на нынешнем этапе ключевыми проблемами, заслуживающими практического решения, являются экономические — крайне недостаточное финансирование отрасли и, прежде всего, низкий уровень оплаты труда медицинских работников в системе государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Из экономических ограничений возникает целый ряд социальных проблем — низкая закрепляемость молодых специалистов в муниципальных учреждениях здравоохранения, текучесть кадров и, как следствие, — неполная укомплектованность штатных должностей медицинскими работниками. Дефицит кадров, спровоцированный низкой оплатой труда и нерешенностью жилищной проблемы, имеет двуликий характер для системы здравоохранения: на локальном уровне система адаптируется к низкой оплате труда, поддерживая такой дефицит и добываясь перераспределения части фонда оплаты труда в пользу постоянных сотрудников.

С экономическими и социально-трудовыми проблемами неразрывно связан ряд медико-организационных проблем, которые оказываются лидирующими в перечне острых недостатков здравоохранения и при этом наиболее болезненными для многих социальных групп и слоев населения.

Аналитический материал, накопленный на разных этапах социологического мониторинга и комплексного регионального исследования здоровья населения и здравоохранения, позволяет более точно судить об отдельных проблемах региональной системы здравоохра-

нения. Он говорит в пользу необходимости разработки комплексных межведомственных программ, направленных на мобилизацию всех ресурсов регионального сообщества с целью решения приоритетных проблем общественного здоровья.

Проведенное авторами медико-социологическое изучение общественного здоровья и здравоохранения подтверждает вывод, что даже в крайне сложной экономической и социально-психологической ситуации преобладающая часть медицинского персонала проявляет высокую профессиональную этику и зрелую социальную ответственность. Однако бесконечно полагаться на эти ресурсы, относящиеся к профессиональной культуре медицинского персонала, и не менять при этом сложившиеся отношения общества и власти к здравоохранению — было бы ошибочным.

## **Глава 5. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. ВЫВОДЫ**

---

---

Общественное здоровье и здравоохранение как один из фундаментальных компонентов социума объективно оказываются в фокусе всех проблем и перспектив развития российского общества. Поэтому сегодня любые попытки возвращения страны на путь поступательного развития наталкиваются на критические негативные тенденции, охватившие сферу общественного здоровья и здравоохранения. Касается ли это выхода из демографического кризиса или ухода национальной экономики от довлеющей сырьевой зависимости, связано ли это с национальной безопасностью или территориальной целостностью государства, идет ли речь об интеллектуальном потенциале общества или о поддержании международного престижа России — так или иначе мы обращаемся к проблемам физического и духовного здоровья живущих и будущих поколений.

Отсюда можно сделать принципиальный вывод, что национальная идея, поиск которой ведется уже не первое десятилетие, объективно должна быть обращена к проблеме воспроизводства здоровья нации. Не «удвоение валового внутреннего продукта» (которое не может быть целью, а должно быть средством повышения благосостояния общества), не спорт высоких достижений (под флагом которого пытаются объединить общество в канун очередной Олимпиады), а сохранение и улучшение здоровья граждан может стать национальной идеей, которая и должна консолидировать общество, сделать Россию по настоящему Великой Державой.

Общественно-политическим катализатором формирования в сознании социума такой национальной идеи могли бы стать ежегодные выступления Президента РФ с докладом «О состоянии здоровья нации».

Не претендуя на разработку завершенной социальной модели системы охраны здоровья населения, авторы в контексте проведенного медико-социологического анализа сочли необходимым выделить по крайней мере 11 основных проблем общественного здоровья и здравоохранения России и наметить пути их решения:

1. Отсутствие на государственном уровне системного, межведомственного подхода к разработке и реализации профилактических программ в области охраны здоровья граждан.

2. Незрелость у большинства населения ценностного отношения к индивидуальному и общественному здоровью как необходимому жизненному ресурсу.

3. Недостаточность усилий государства и общества по формированию здорового образа жизни и ценностного отношения молодежи к своему здоровью.

4. Неэффективность сложившейся системы социально-информационных взаимодействий в сфере здравоохранения.

5. Углубление дифференциации населения по показателям здоровья в связи с социально-экономическим расслоением общества.

6. Сохраняющееся несоответствие между обязательствами государства по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели ресурсами.

7. Опасность достижения критической массы (точки невозврата негативных тенденций) в процессах социального воспроизводства медицинской профессии.

8. Доминирующее замещение официальной медицины неким примитивным комплексом семейно-бытовых приемов самодиагностики и самолечения, с элементами народной медицины, на фоне отсутствия эффективного взаимодействия органов управления здравоохранением с представителями народной медицины.

9. Несовершенство законодательной базы здравоохранения, отсутствие реальных правовых механизмов обеспечения охраны здоровья граждан, социально-правовая незащищенность как пациентов, так и медицинских работников.

10. Существенное ослабление важнейших функций управления (прогнозирования, планирования, координации) со стороны федеральных органов управления здравоохранением.

11. Нарастающий дисбаланс социальных интересов между государством и гражданами по вопросам охраны здоровья в новой системе социально-экономических отношений.

**Первая проблема. Отсутствие на государственном уровне системного, межведомственного подхода к разработке и реализации профилактических программ в области охраны здоровья граждан.**

Мировой и отечественный (советский) опыт показывает огромную роль профилактики в сохранении и улучшении здоровья населения. Многочисленными исследованиями доказана высокая экономическая эффективность от реализации государственных программ по улучшению состояния среды обитания человека, формированию здорового образа жизни среди населения, профилактике инфекционных и социально значимых заболеваний, устранению или минимизации действия факторов риска. Причем каждый раз успех достигался в тех

случаях, когда к решению этих проблем подходили с государственных межведомственных позиций, а не узковедомственного понимания профилактики медицинской. К сожалению, в современной России решение проблем сохранения и улучшения здоровья нации сводится к участию в профилактических программах исключительно (или преимущественно) здравоохранения, что не дает в полной мере использовать огромный потенциал профилактических стратегий. Поэтому в условиях глобальных вызовов современного мира необходимо формирование новой профилактической стратегии государства, основанной на смене парадигмы медицинской профилактики на медико-социальную профилактику.

Формирование и реализация такой концепции медико-социальной профилактики должны быть синхронизированы по горизонтальному и вертикальному векторам ее развития. Горизонтальный вектор профилактики должен охватывать все причастные к формированию общественного здоровья социальные институты общества: медицину, образование, культуру, бизнес-сообщество, средства массовой информации, общественную палату, церковь и др. Вертикальный — предусматривает реализацию профилактических программ на уровне индивида, семьи, сообщества, общества в целом.

Контроль и координация выполнения всего комплекса мероприятий по этим двум стратегическим векторам концепции должны осуществляться на уровне органов государственной власти и местного самоуправления. Предложенный механизм реализации концепции медико-социальной профилактики должен обеспечить реальное воздействие на происходящие в общественном здоровье процессы и тем самым активно и позитивно влиять на состояние здоровья населения. По нашему убеждению, подобная стратегия медико-социальной профилактики актуальна и востребована на всех этапах развития общества, во все периоды жизни граждан и должна носить тотальный характер. В прикладном плане это могло быть воплощено в национальном проекте «Здоровье», реализация которого должна быть расширена за счет привлечения всех причастных к формированию общественного здоровья социальных институтов.

Одним из важнейших компонентов медико-социальной профилактики должен стать комплекс мер по формированию здорового образа жизни. Однако приходится констатировать, что проблема формирования здорового образа жизни последние десятилетия практически выпала из системы общественных и государственных приоритетов, что негативно сказалось на состоянии здоровья граждан Российской Федерации. Традиции российской профилактической медицины, благодаря которым в том числе удалось обеспечить рас-

ширенное воспроизводство населения после опустошительных демографических катастроф гражданской и Великой Отечественной войн, сменились политическими лозунгами и декларациями.

Потребуются многие годы для формирования у населения поведенческих стратегий приверженности к здоровому образу жизни, появления доминанты ценностного отношения к своему здоровью. Но эту работу надо начинать сейчас, с принятием и реализацией комплекса конкретных мероприятий:

- разработка и принятие на федеральном уровне Кодекса здорового образа жизни;
- выработка комплекса социально-практических рекомендаций для эффективного внедрения здоровьесберегающих технологий в повседневную деятельность всех социальных институтов (образование, семья, труд, досуг, бизнес-сообщества, СМИ, церковь и др.);
- комплексное изучение социально-медицинских общностей, оказывающихся в зоне риска потери потенциала общественного здоровья;
- разработка и реализация научно-практических медико-социальных целевых программ, учитывающих специфику конкретных общностей (молодежи, семейных групп, малообеспеченных категорий населения, отдельных профессиональных групп, самих работников здравоохранения), подверженных широкомасштабному профессиональному и социальному выгоранию;
- обеспечение доступности для массовых слоев населения здоровьесберегающих видов деятельности (спорта, физической культуры, рекреационных ресурсов) и формирование на этой основе государственной политики в плане правового и экономического регулирования социально-воспроизводственной сферы;
- формирование в общественном сознании необходимости проведения индивидуальной профилактики как одной из действенных форм социально-экономической инвестиции в здоровье и др.

**Вторая проблема. Неразвитость у большинства населения ценностного отношения к индивидуальному и общественному здоровью как необходимому жизненному ресурсу.**

Сложившуюся в ценностном отношении к здоровью ситуацию нельзя признать нормальной с точки зрения интересов российского государства и общества. Нельзя примириться с отсутствием или пониженным характером ценности здоровья в составе ценностного ядра занятого населения и учащейся молодежи. В такой обстановке значительная часть или даже большинство населения не в состоянии

оценивать здоровье как жизненно важный ресурс, и чаще попадают в ситуации риска для здоровья и жизни. Нередко при отсутствии ценностного отношения к здоровью люди сами создают подобные ситуации риска для себя и окружающих.

Необходимо формирование принципиально иной системы ценностей, в которой присутствовал бы баланс общественных и индивидуальных интересов, материального и духовного благополучия, обеспечивалась ориентация на разностороннее, гармоничное развитие личности, не сводимое лишь к профессиональному успеху и престижным нормам материального потребления.

Картину системы ценностей, в которой экономический успех (материальное благополучие) заслоняет собой ценность индивидуального и общественного здоровья, можно считать своеобразным мировоззренческим и психологическим продуктом идеологии экономократизма, настойчиво навязываемой российскому общественному сознанию в последние два десятилетия. Эта идеология по своей сути является ложной. Она фактически подрывает перспективу долгосрочных целей социально-экономического развития страны, противоречит современным принципам устойчивого общественного и планетарного развития. Налицо подмена социальных приоритетов и смещение целей — потенциал человеческого (индивидуального и общественного) здоровья подменяется огромными запасами сырьевых ресурсов.

Состояние здоровья населения, как известно, более чем на 50% зависит от образа жизни человека. Поэтому формирование здорового образа жизни среди населения является ключом в решении всех остальных проблем, связанных со снижением заболеваемости, инвалидизации, смертности населения, увеличением средней продолжительности предстоящей жизни.

У большей части населения (как минимум —  $\frac{2}{3}$  взрослых) отсутствует адекватное мотивированное ценностное отношение к собственному здоровью как к необходимому жизненному ресурсу. Причем в отличие от экономических ресурсов этот ресурс является исчерпаемым, невозобновляемым в полном объеме и объективно имеет тенденцию к неуклонному сокращению. Неразвитое ценностное отношение к здоровью, в свою очередь, является главным фактором, препятствующим формированию среди населения приверженности здоровому образу жизни как единственному, не имеющему альтернативы пути рационального использования ресурса здоровья в интересах человека и общества. По-прежнему большое значение на состояние общественного здоровья имеют поведенческие факторы и вредные

привычки: распространенность алкоголизма, табакокурения, отсутствие интереса к занятиям физической культурой среди значительной части населения. При этом за последние два-три десятилетия наметился нарастающий отказ населения, особенно молодежи, от приверженности здоровому образу жизни.

Поэтому крайне важной становится разработка таких программ развития сферы охраны здоровья, которые ориентированы на разрешение социально обусловленных противоречий, выявляемых при медико-социологическом анализе общественного здоровья, и направлены на формирование у населения прежде всего ценностного отношения к своему здоровью.

Такая ориентация программ в сфере охраны здоровья представляется сегодня совершенно необходимой ввиду двух тенденций.

Первая из них указывает на неразвитость в современном российском обществе (на всех его уровнях — макросоциальном, корпоративном, групповом и индивидуальном) ценностного отношения к здоровью. Здоровье на этих уровнях не воспринимается и не просчитывается в качестве объективного ресурса, а потому не планируется в рамках жизненного цикла отдельных субъектов (государства и региональных сообществ, социальных организаций, семей, индивидов).

Вторая группа тенденций указывает на неадекватный (отсталый, неразвитый) характер преобладающих и воспроизводимых в разных группах и слоях общества социальных (поведенческих) стратегий в сфере здоровья, при котором большинство ( $2/3$ ) взрослого населения прибегает в случае болезни к самолечению, так или иначе игнорируя существующие возможности профессиональной медицинской помощи.

Вряд ли можно недооценивать весь спектр негативных последствий этих тенденций, в том числе в плане обеспечения социальной интеграции и общественно-политической стабильности в обществе, устойчивости экономического развития и воспроизводства трудовых ресурсов. С большой вероятностью можно предположить, что обе названные группы тенденций усиливаются в России под влиянием ряда институциональных факторов. Один из них — деятельность некоторых средств массовой информации (включая популярные программы федерального телевидения), спекулирующих на естественном интересе населения к проблемам здоровья и, по сути, использующих скрытые формы насаждения таких социальных практик, которые формируют у аудитории лояльность к участию в ситуациях риска, подталкивают к игнорированию профессиональной медицины и здорового образа жизни.

Для преодоления этих негативных тенденций представляется целесообразным принятие следующих мер:

- обучение граждан здоровому образу жизни с помощью информационных программ, социальной рекламы, специально адаптированных к различным возрастным и социальным группам населения;
- изучение эффективности (влияния) действующих каналов массовой информации, системы образования (школьного и вузовского), социальной рекламы в формировании развитого ценностного отношения к здоровью и в целом современной культуры здоровья и др.

Третья проблема. **Недостаточность усилий государства и общества по формированию здорового образа жизни и ценностного отношения молодежи к своему здоровью.**

Состояние здоровья и образ жизни молодых поколений — объективная предпосылка успешного развития современного российского государства, его способности к решению внутренних и внешних проблем. То же самое можно сказать и о любой другой стране, но именно в России в проблеме здоровья молодежи (не в узко медицинских аспектах, а в комплексе характеристик образа жизни) видится сегодня реальная угроза России как социума, исторически обладающего самой значительной территорией и огромными природными богатствами, которые являются предметом усиливающейся борьбы в геополитическом масштабе. Политическая слепота в отношении той роли, которую играет здоровье и образ жизни молодежи в такой борьбе, крайне опасна для будущего России. С каким бы потенциалом физического и психического здоровья не приходили в жизнь новые поколения граждан России, оказывается, что уже в первые годы самостоятельной жизни, особенно в подростковом периоде 15–17 лет, колоссальная часть этого потенциала растрачивается. В старших классах школ доля хронических больных достигает 75%. Доля призывников, годных без ограничений к воинской службе, сокращается ежегодно. В студенческие годы потери ресурса здоровья молодежи продолжают нарастать от первого курса к пятому. Формирование здорового образа жизни молодежи представляет собой одно из направлений целенаправленной как первичной, так и вторичной социализации детей и молодежи и поэтому правомерно входит в предмет социологии как науки.

Каковы же системные предпосылки неэффективности основной массы усилий государства и общества по формированию здорового образа жизни молодежи в России?

На протяжении многих десятилетий в российском государстве была и остается институциональная разрозненность ведомств, профессионально занимающихся проблемами молодежи.

Семья, будучи для молодых людей личностно значимой средой самореализации и обладая большим и, к сожалению, не вполне точно оцениваемым институциональным влиянием, на самом деле выпадает из общей совокупности социальных институтов, включенных в социально координируемые решения проблем здоровья и здорового образа жизни молодежи.

Социальное качество молодежи политическими элитами в России не воспринимается как ценнейший и незаменимый ресурс общества и государства, а потери этого ресурса всерьез никем и никак экономически или геополитически не просчитываются.

В сфере молодежной политики по формированию здорового образа жизни власть придерживается в центре и на местах «лозунговой и зрелищной» стратегии: отождествление единичных высоких достижений или героических проявлений отдельных представителей молодежи с обобщенной «благополучной» оценкой социального развития всей российской молодежи. При этом общественность никем не мобилизуется на критическое восприятие проблем образа жизни молодежи, их концептуализацию и планомерное практическое решение.

Приведенный выше анализ показывает, что проблема формирования и массового распространения в молодежной среде здорового образа жизни является сложной социально-практической задачей институционального масштаба, соотносимого с крупными этапами в развитии общества и государства, локальных сообществ.

Признание того, что в основной массе современной молодежи доминирует и воспроизводится из поколения в поколение заведомо неадекватное отношение к проблеме здоровья, заставляет выдвинуть принципиально новую проблему и обозначить соответствующую задачу макросоциального (государственного) масштаба. Отсутствие в массовом общественном сознании сформированного научно-понятийного аппарата (языка) и минимальной базовой информации, характеризующих состояние индивидуального здоровья и целесообразные действия (поведение) в сфере здоровья, трагически контрастирует и «уживается» с общим высоким образовательным уровнем населения и однозначно не отвечает современным вызовам глобального развития. В контексте этих вызовов интеллектуально и культурно подготовленный гражданин становится не только носителем развитой социальной ответственности за собственные действия, в том числе в сфере здоровья. Он становится также и составным элементом

более широкого гражданского общества, способного включаться в социальное партнерство и совершенствование социальных институтов (в том числе системы здравоохранения) на государственном и локальном уровнях.

Парадоксальным и неприемлемым с гуманитарной точки зрения выглядит то обстоятельство, что в общеобразовательную (общекультурную) подготовку современных молодых людей включены обширные разделы точных и гуманитарных наук (по которым государство осуществляет тщательный контроль знаний), в то время как получатели аттестата зрелости так и не овладевают элементарной терминологией и информацией, описывающей ситуации в сфере здоровья на индивидуальном или популяционном уровне. Молодые люди остаются при таком качестве образования в «пещерном» неведении относительно современной системы гражданских прав и государственных гарантий в сфере охраны здоровья, состояния и функций развивающейся системы медицинской помощи. В итоге современная молодежь России достаточно легко справляется с компьютерной техникой и тонкостями отдельных наук, но не достигает желаемого уровня ценностного отношения к собственному и общественному здоровью.

Ранее сходные оценки «парадоксального» и, по сути, неудовлетворительного содержания общеобразовательных программ звучали в отношении других областей социализации молодежи, в частности нравственной сферы. И тогда реакцией государства становились решения по усилению гуманитарной, этической, национально-культурной составляющей общеобразовательных программ. Теперь, со значительным опозданием, приходится констатировать подобный «провал» общеобразовательных программ не только в сфере нравственности, но и в сфере здоровья.

Ориентация общеобразовательных программ на Человека не должна, разумеется, ограничиваться формированием его интеллекта и нравственности. Другим стержневым элементом формируемой культуры должна стать культура здоровья. Речь должна идти о том, чтобы за время обучения в образовательных учреждениях у молодежи обязательно формировалось развитое ценностное отношение к собственному и общественному здоровью. Оно должно входить в ценностное ядро, сопровождаться динамичной медико-социальной информацией и сочетаться с оптимальной социальной стратегией большинства населения, укорененной в поведенческих практиках.

Постановка данной проблемы — апелляция исследователей общественного здоровья не только к государству, но также к сообществу педагогов, психологов, организаторов и менеджеров российской

системы образования всех ее уровней и направлений, от сотрудничества которых напрямую и реально зависит здоровье будущих поколений россиян, а также будущее страны.

Для решения данной проблемы первоочередной видится реализация следующих мер:

- разработка государственной программы, учитывающей все аспекты и факторы формирования здорового образа жизни молодежи, с привлечением специалистов психологов, социологов, медиков;
- включение цели — формирование здорового образа жизни молодежи — в число приоритетов государственных и региональных институтов власти, которые были бы обеспечены эффективными программами и достаточными ресурсами для их реализации;
- глубокий пересмотр нынешнего целеполагания в отношении общественной системы образования, без программных изменений в которой невежество населения в вопросах санитарной культуры не будет преодолено, а значит, социальная эффективность реформируемой системы здравоохранения не будет достигнута в должной мере;
- разработка и включение в программу среднего общего образования нового предмета «Здоровье человека и общества», подготовка педагогов, написание и издание соответствующей серии учебной литературы и др.

Четвертая проблема. **Неэффективность сложившейся системы социально-информационных взаимодействий в сфере здравоохранения.**

Информированность населения о состоянии здоровья в целом и заболеваниях в частности — важная сторона медико-социальной ситуации в конкретных сообществах и обществе в целом. Проблема информированности населения об имеющихся заболеваниях может рассматриваться двояко. Во-первых, статистика информированности указывает на масштаб распространения индивидуальной медицинской информации в данном социальном сообществе и в разных социальных группах. Во-вторых, следует ставить вопрос о социальном качестве информированности, ее соотношении с действительными показателями здоровья в границах этих же сообществ или групп.

Иными словами, уровень медицинской информированности населения показывает, насколько полными оказываются полученные от профессиональных медиков сведения пациентов о собственных заболеваниях, которые, в частности, служат информационным основанием мотивации и поведения людей в сфере здоровья.

В связи с этим закономерно возникает вопрос о содержании информации, которой имеет право обладать пациент. Разумеется, она

не может ограничиваться лишь перечнем установленных пациенту диагнозов и должна включать конструктивные компоненты медицинской информации, необходимые для формирования рациональной модели поведения индивида при том или ином заболевании.

Кроме того, должна идти речь о переоценке эффективности информационных потоков, которые сегодня воспроизводятся в типичных практиках взаимодействий «врач — пациент» и «медицинское учреждение — пациент» и зачастую сводятся к лаконичному, сочувственному информированию больного о диагнозе и даче необходимых рекомендаций. Принципиальным является и то обстоятельство, что практически вся первичная документальная информация о состоянии здоровья, результатах диагностики и лечения пациента в единственном экземпляре хранится в медицинском учреждении по месту жительства пациента, что ограничивает к ней доступ других специалистов и доверенных пациенту лиц (родных, семейного врача, адвоката и др.).

Вряд ли в современном правовом государстве и открытом информационном обществе с высоким образовательным уровнем населения можно оспаривать право пациента на обладание в полном объеме индивидуальной медицинской информацией. Задача состоит в развитии нового качества потоков медицинской информации — такого, которое соответствует возможностям современных информационных технологий и задачам адресной (индивидуальной) социальной политики государства в области охраны здоровья населения. Инициатива в подобном развитии может и должна исходить прежде всего от самой системы здравоохранения и медицинского сообщества. Представляется, что в итоге любой взрослый пациент должен быть обеспечен систематически пополняемым комплектом индивидуальной медицинской информации в текстовом (печатном) и электронном виде. Недооценивать важность усиления индивидуализированных информационных потоков в современном здравоохранении — значит попросту игнорировать активную личностную роль пациента как субъекта социального контроля в сфере охраны здоровья. Существенная переориентация информационных потоков системы здравоохранения на индивида, на личность пациента, разумеется, потребует определенных усилий и затрат государства:

- создание на федеральном и региональном уровнях информационной системы «Мониторинг здоровья населения»;
- разработка организационно-правовых механизмов по реализации прав пациентов на получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья;

- обеспечение действенного контроля институтами гражданского общества за реализацией на практике гражданско-правовой ответственности медицинских работников в случае разглашения врачебной тайны;

- внедрение индивидуальных электронных паспортов здоровья и др.

**Пятая проблема. Углубление дифференциации населения по показателям здоровья в связи с социально-экономическим расслоением общества.**

Продолжается углубление дифференциации показателей здоровья населения в зависимости от социального и имущественного положения. Остается высокой заболеваемость инфекционными и социально значимыми болезнями, на распространенность которых по-прежнему значительное влияние оказывает уровень жизни большей части населения (низкий уровень заработной платы и пенсионного обеспечения, ухудшение условий жизни, труда, отдыха, состояния окружающей среды, качества питания и др.).

Все приведенные выше обстоятельства указывают на социально обусловленные барьеры в развитии системы здравоохранения и достижении ее более высокой институциональной эффективности в современном российском обществе. Проведенный ранее анализ раскрывает социальную природу этих обстоятельств и помогает выработать конкретные решения в совершенствовании системы охраны здоровья населения Российской Федерации.

Региональная специфика в сфере общественного здоровья объективно проявляется и достигает, по некоторым медико-демографическим показателям, весьма значительных масштабов. Ее проявлениями следует считать сохраняющиеся большие межрегиональные колебания в показателях рождаемости, смертности, средней продолжительности предстоящей жизни, в уровнях физического здоровья населения. Самый высокий уровень смертности в 2008 г. отмечался в Псковской и Новгородской областях (соответственно 21,7 и 20,9%), тогда как в Ямало-Ненецком АО он зарегистрирован на уровне 5,4%). Аналогичная ситуация складывается и в уровнях рождаемости населения: если в Чеченской республике он составляет 29,3%, то в Ленинградской и Тульской областях он сохранялся на очень низком уровне — 8,8 и 9,0% соответственно. Таким образом разница в этих показателях между отдельными субъектами Федерации достигает 3–4-кратного размера. Большой разброс отмечается и в значениях показателя средней продолжительности предстоящей жизни. В то время как для жителей Ингушетии и Дагестана этот показатель составил соответственно 80,1 и 74,4 года, то для населения Корякского АО — всего лишь 56 лет.

С одной стороны, предпосылками формирования такой выраженной региональной дифференциации в показателях здоровья населения являются исторически складывающиеся региональные модели расселения, воспроизводства населения, этнокультурные особенности ценностного отношения к здоровью и поведения в сфере здоровья, региональные особенности инфраструктуры системы здравоохранения и др. С другой стороны, проведенный медико-социологический анализ позволяет утверждать, что столь существенная дифференциация населения в сфере здоровья не укладывается в одну только плоскость социально-экономического неравенства, а оказывается связанной с гендерными, возрастными и культурными (образовательными) факторами. Соответственно, необходимость учета этих факторов заставляет пересмотреть и расширить используемый набор социально-статистических индикаторов для оценки общественного здоровья и здравоохранения.

Игнорирование существующих различий в показателях здоровья отдельных социальных групп, а также населения, проживающего в разных субъектах Российской Федерации, снижает отдачу усилий государства в сфере охраны здоровья и эффективность самой системы здравоохранения. Это приводит к неравномерному распределению производительных сил, диспропорциям в развитии отдельных видов медицинской помощи, нарушению экономического равновесия между отдельными субъектами Федерации и в итоге к нарушению социально-политической гармонии в развитии общества.

Для анализа социально-групповых и региональных особенностей в состоянии здоровья населения отдельных субъектов Федерации целесообразно создание в масштабах страны единой информационной системы «Мониторинг здоровья и здравоохранения». Такое изучение может опираться на методологию, разработанную и реализованную в комплексном исследовании общественного здоровья и здравоохранения на территории Новгородской области.

В целях нивелирования столь глубоких различий в показателях здоровья населения, возникших в результате социально-экономического расслоения общества, а также адресного эффективного использования выделяемых на охрану здоровья населения ресурсов представляется целесообразным реализация следующих мер:

- проведение анализа причин выявленных различий в показателях здоровья населения из разных социально-экономических групп и регионов с широким освещением в СМИ и обсуждением в общественных институтах;

- разработка и реализация региональных среднесрочных и долгосрочных медико-социальных программ, направленных на нивели-

лирование различий в показателях здоровья населения отдельных субъектов Российской Федерации (в первую очередь за счет достижения «субъектами-аутсайдерами» среднероссийского уровня в показателях здоровья);

- введение мониторинга оценки эффективности мероприятий, осуществляемых с целью ликвидации имеющихся различий в показателях здоровья населения в отдельных социально-экономических группах и др.

**Шестая проблема. Сохраняющееся несоответствие между обязательствами государства по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели ресурсами.**

Одной из болезненных проблем современного здравоохранения является сохраняющееся несоответствие между обязательствами государства по предоставлению гражданам России бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели финансовыми ресурсами вследствие недостаточного признания в государственной политике общественного здоровья — как фактора национальной безопасности. В результате этого в проводимых реформах экономики и социальной сферы явно стали проявляется диспропорции между социальными ожиданиями населения (подтвержденными программой государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи) и выделяемыми на эти цели финансовыми, материально-техническими, информационными и другими ресурсами.

Финансирование Программы госгарантий в Российской Федерации в целом не соответствует современным медико-экономическим стандартам и значительно меньше, чем в странах Европейского союза (ЕС). Например, средняя стоимость лечения одного больного в стационаре в Российской Федерации составляет 362 евро, в странах ЕС — 2700, а средняя стоимость одного помещения в амбулаторно-поликлиническое учреждение — соответственно 4,6 и 45 евро. Таким образом, реальное возмещение расходов на лечение больных в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения России в 7–10 раз меньше, чем в европейских странах. И даже при этом крайне недостаточном объеме запланированных в программе госгарантий средств дефицит ее фактического финансирования в ряде субъектов Федерации достигает 50%.

Поэтому ликвидация сохраняющегося несоответствия между обязательствами государства по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи и выделяемыми на эти цели ресурсами видится прежде всего в совершенствовании самих механизмов государственных гарантий в обеспечении населения бесплатной меди-

цинской помощью. Это должно стать приоритетным направлением в деятельности государственных и муниципальных органов власти в сфере охраны здоровья граждан. Для решения этой задачи целесообразна реализация следующего комплекса мер:

- совершенствование законодательства по реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи и установление законодательных норм ответственности государственных и муниципальных органов исполнительной власти за обеспечение населения гарантированной бесплатной медицинской помощью;
- совершенствование нормативной правовой базы, регламентирующей разделение бесплатных и платных медицинских услуг в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- формирование единой системы медико-социального страхования с переходом на одноканальную систему финансирования;
- поэтапное увеличение государственных расходов на здравоохранение в объеме до 8% от ВВП;
- внедрение системы общественного мониторинга целевого использования и социально-экономической эффективности расходов на здравоохранение;
- создание реальной конкурентной среды за счет расширения участия организаций здравоохранения частных форм собственности в реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и др.

**Седьмая проблема. Опасность достижения критической массы (точки невозврата негативных тенденций) в процессах социального воспроизводства медицинской профессии.**

Последние десятилетия в России отмечается снижение престижа медицинской профессии, постепенно разрушается ядро профессиональной медицинской культуры, снижается качество медицинской помощи по причинам, не зависящим от технического или технологического оснащения медицинского учреждения.

Изменения ситуации к лучшему работники здравоохранения во многом связывали с введением в конце 2008 г. новой системы оплаты труда. Медицинские работники рассчитывали на существенное повышение уровня заработной платы, а руководители органов и учреждений здравоохранения — на формирование новых реальных механизмов повышения мотивации работников к качественному труду. В такой ситуации население связывало свои надежды с увеличением объемов и качества оказываемых медицинских услуг. К сожалению, все эти ожидания и надежды не подтвердились в полной мере. В условиях недостаточного финансирования и самостоятельности

учреждений в распределении фонда оплаты труда произошло сокращение вакантных, а в ряде случаев занятых должностей при сохранении или незначительном уменьшении объемов работ. Это привело в ряде учреждений здравоохранения к существенному увеличению нагрузки на одного работающего без значительного повышения уровня оплаты труда.

Необходимо проведение глубоких преобразований в системе подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров на основе глубоко продуманной, научно обоснованной кадровой политики.

Целью реализации такой кадровой политики должна являться подготовка и переподготовка специалистов, обладающих современными знаниями и способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Кроме того, эти специалисты должны обладать высоким уровнем конкурентоспособности не только на внутреннем, но и на международном рынке труда.

Еще одним направлением эффективной кадровой политики должно стать создание условий для мотивированного, высококачественного труда медицинского персонала с использованием экономических, организационных, правовых, психологических и социальных механизмов.

Актуальной остается задача оптимизации структуры и численности работников здравоохранения с доведением числа врачей и средних медицинских работников до соотношения 1:3.

Необходимо вернуться к практике формирования кадрового резерва руководителей организаций и органов управления здравоохранением, с созданием условий для профессионального роста грамотных, одаренных специалистов, исключая возможность занятия руководящих должностей недееспособными карьеристами.

Основными критериями эффективности такой кадровой политики, медицинского образования и системы стимулирования медицинских кадров являются качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность пациентов.

Для реализации такой кадровой политики в здравоохранении предлагается следующий комплекс мер:

- совершенствование непрерывного медицинского образования в системе: среднее специальное образование — высшее образование — постдипломная подготовка;
- формирование органами управления здравоохранением целевых заказов на подготовку специалистов с заключением ими соот-

ветствующих трехсторонних договоров с учебными заведениями, абитуриентами и работодателями;

- формирование государственного заказа на подготовку кадров для здравоохранения на основе разработки дифференцированных нормативов потребности в специалистах различного профиля, учитывающих региональные особенности организации работы и размещения сети медицинских учреждений и медико-демографическую ситуацию;

- поддержка в Интернете единой информационной базы данных о наличии вакансий в организациях здравоохранения субъектов Российской Федерации, создание распределенной базы данных (на федеральном, региональном, муниципальном уровнях управления здравоохранением) резерва руководителей органов и учреждений здравоохранения;

- пересмотр действующих в отрасли нормативных документов по охране труда работников здравоохранения и приведение их в соответствие с современными требованиями безопасности, проведение аттестации рабочих мест в организациях здравоохранения на соответствие нормам безопасности труда;

- совершенствование системы оплаты труда работников здравоохранения с учетом объема и качества оказываемых медицинских услуг, обеспечение этих работников в полном объеме предусмотренными законодательством компенсациями и льготами;

- комплексное и мониторинговое изучение проблемы сохранения и развития профессиональной культуры в медицине, в том числе социального и профессионального самочувствия, воспроизводства и движения кадров в сфере охраны здоровья, а также оптимизации социального стимулирования качества медицинской помощи и конкурентной среды в этой сфере и др.

Восьмая проблема. **Доминирующее замещение официальной медицины неким примитивным комплексом семейно-бытовых приемов самодиагностики и самолечения, с элементами народной медицины, на фоне отсутствия эффективного взаимодействия органов управления здравоохранением с представителями народной медицины.**

С началом радикальной экономической реформы в Российской Федерации стал активно развиваться рынок экзотических медицинских и оздоровительных услуг, не имеющих отношения к официальной медицине. Появилось большое число целителей, знахарей, экстрасенсов, колдунов и магов, использующих как известные своей эффективностью народные средства, так и методы различных ненаучных оккультных течений, имеющих сомнительные или зачастую негативные последствия для пациентов. Во многом распространен-

ность методов народной и альтернативной медицины<sup>1</sup> можно объяснить беспокойством людей, связанным с видимым смещением современных методов диагностики и лечения в сторону упрощенного симптоматического подхода, ухода от традиций профессиональной (официальной) медицины, исповедующей, что лечить надо больного, а не болезнь и тем более отдельные ее проявления. Зафиксированная в проведенном нами социологическом мониторинге ситуация, при которой ориентация на самолечение является доминирующей стратегией поведения, также является одной из причин распространения народной и альтернативной медицины в обществе. Дополнительным барьером во взаимодействии населения с профессиональной медициной является неразвитое ценностное отношение к собственному здоровью. При таком отношении, приобретающем свойство доминирующей социальной и культурной нормы, индивидуальное и общественное здоровье не воспринимается населением как объективно исчерпаемый ресурс, а профессиональная медицина — как основной гарант квалифицированного лечения при возникновении болезни. Иными словами, игнорирование профессиональной медицинской помощи и ориентация на самолечение при болезни имеют прочные социокультурные корни, которые являются истоками дальнейшего развития народной и альтернативной медицины.

В известной мере повышенный интерес к народным целителям последнее время связан и с беспрецедентной по своим масштабам коммерческой рекламой лекарственных средств, методов диагностики и лечения, которая вызывает у определенных социальных групп населения прямо противоположный эффект — чувство недоверия или отторжения.

Кто способен гарантировать качество услуг народной медицины и быть компетентным ответчиком по взятым обязательствам? И здесь в очередной раз встает вопрос о балансе обязательств и ответственности государства и гражданина. Возможно, в отличие от официальной медицины ответственность за выбор целителя и последствия его деятельности в большей степени должна быть перенесена на пациента в соответствии с договором между ним как заказчиком и народным целителем (исполнителем) на основе принципа корпоративной ответственности. За государством при этом остаются арбитражные функции, которые оно исполняет в случае конфликта исполнителя с заказчиком, обеспечивая тем самым реализацию прав пациента в рамках действующего законодательства. В этом случае

<sup>1</sup> Согласно толкованию ВОЗ, наряду с терминами «народная» и «альтернативная» медицина для обозначения отдельных видов необычной медико-санитарной помощи используются термины «комплементарная», «нетрадиционная» медицина.

повышается роль общественных организаций, ассоциаций (объединяющих народных целителей), которые должны нести корпоративную ответственность за результаты деятельности своих членов. Таким образом, выстраивается схема контроля за деятельностью народных целителей опосредованно через общественные саморегулирующиеся системы. Делегирование профессиональным ассоциациям ряда полномочий позволит органам управления здравоохранением сосредоточиться на более важных функциях — выработке и реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан.

Вопреки здравому смыслу и логике государственные органы управления здравоохранением большинства субъектов Российской Федерации прекратили выдачу дипломов целителей, а службы Роспотребнадзора и Росздравнадзора — текущий контроль за лечебной деятельностью подобного рода специалистов. Констатируя невозможность администрирования этого сектора рынка медицинских услуг в ситуации, когда критерии оценки качества и безопасности этих услуг отсутствуют, государственные органы управления здравоохранением практически отказались осуществлять возложенные на них контролирующие функции. Складывается впечатление, что возникшая в стране система законодательного регулирования народной медицины нуждается скорее в глубоком переосмыслении и реформировании, нежели внесении в нее отдельных коррективов. Ключевая проблема, возможно, здесь заключается в отсутствии ясной концептуальной основы государственного регулирования народной медицины в складывающейся новой системе общественных отношений.

Для решения этой проблемы представляется целесообразным в первую очередь реализация мер, сформулированных в резолюции 56-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения:

- принять стратегию ВОЗ в качестве основы для разработки национальных программ развития народной медицины;
- осуществлять интеграцию народной медицины в тех случаях, когда это представляется возможным, в национальную систему медико-санитарной помощи;
- признать роль некоторых практиков народной медицины в качестве важного ресурса первичной медико-санитарной помощи в соответствии с условиями, сложившимися в стране;
- обеспечить адекватную поддержку исследований в области народных лечебных средств;
- принять меры для защиты, сохранения и при необходимости совершенствования народных медицинских знаний и медицинских растительных ресурсов в целях устойчивого развития народной медицины;

- поощрять и поддерживать подготовку и переподготовку практиков народной медицины, а также внедрение системы присвоения аттестации, аккредитации или лицензирования практиков народной медицины;

- предоставлять надежную информацию о народной и альтернативной медицине потребителям этих услуг для их обоснованного применения.

Девятая проблема. **Несовершенство законодательной базы здравоохранения, отсутствие реальных правовых механизмов обеспечения охраны здоровья граждан, социально-правовая незащищенность как пациентов, так и медицинских работников.**

В последние десятилетия реформа социально-экономического уклада общества, появление наряду с государственной и муниципальной частной системы здравоохранения вызвали необходимость радикальных изменений в действующей системе правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. В связи с этим значительно изменилась за последние годы нормативная правовая база в сфере здравоохранения: вступили в силу новые федеральные законы, постановления Правительства Российской Федерации, приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Изменилась и правовая ситуация в самом медицинском сообществе — медицина стала более доступна для претензий и исков пациентов.

Однако этих изменений оказалось крайне недостаточно и следует признать, что одной из проблем того, что уровень отечественного здравоохранения значительно отстает от мирового, является несовершенство законодательной базы, отсутствие реальных правовых механизмов обеспечения охраны здоровья граждан, социально-правовая незащищенность как пациента, так и врача. В равной степени причиной этому являются как правовой нигилизм медицинских работников, так и незнание пациентами основных юридических норм, регулирующих их права в сфере охраны здоровья. В тоже время юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствует о том, что чем выше правовая культура медицинских работников, тем лучше исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше эффективность и качество медицинской помощи, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

Давно назрела необходимость разработки и принятия на федеральном уровне следующих законодательных актов:

- «О государственных гарантиях оказания медицинской помощи»;

- «О регулировании частной медицинской деятельности»;
- «О правах пациентов и их защите»;
- «О страховании профессиональной ошибки медицинских и фармацевтических работников» и др.

Разработка и принятие этих нормативно-правовых актов создали бы необходимую законодательную базу для модернизации системы здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Десятая проблема. **Существенное ослабление важнейших функций управления (прогнозирования, планирования, координации) со стороны федеральных органов управления здравоохранением.**

Продуктом аморфной социальной организации политических элит постсоветской России можно считать непродуманную реформу здравоохранения в масштабе страны — переход на трехуровневую систему управления, с появлением кроме Министерства здравоохранения и социального развития различных агентств и служб. Она привела к эрозии управленческих функций, появлению дублирующих звеньев и в итоге — к резкому снижению эффективности управления здравоохранением на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Поэтому в современных условиях одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения является формирование новой системы управления — системы, которая обеспечила бы прежде всего эффективное использование материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов, направляемых в отрасль. В противном случае дальнейшее наращивание ресурсного потенциала системы здравоохранения будет бессмысленным и даже вредным. Остается актуальной задача по разграничению полномочий в сфере здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях управления здравоохранения. Без решения этой задачи не избежать бесконечного дублирования функций органов управления здравоохранением и отдельных медицинских учреждений (федеральных, региональных, муниципальных) в оказание тех или иных видов медицинской помощи, особенно высокотехнологических.

Требуется дальнейшего продолжения работы, начатая Министерством здравоохранения РФ в 90-е гг. прошлого столетия, по стандартизации технологий производства и реализации медицинских товаров и услуг.

Принципиально новые подходы следует внедрять для реализации таких важнейших функций управления, как планирование и прогнозирование. Эти подходы должны базироваться прежде всего на углубленном изучении здоровья населения, современных методов

сбора и обработки информации, эффективных технологиях принятия управленческих решений.

Много декларируется, но мало что делается для совершенствования системы финансирования здравоохранения. Нелишним будет еще раз подчеркнуть, что недостаточно просто увеличить объем финансирования отрасли, хотя и это крайне необходимо. В первую очередь надо разработать и внедрить организационно-правовые и экономические механизмы эффективного использования финансовых и других ресурсов. Создание таких механизмов возможно только на основе организации единой системы медико-социального страхования и перехода на одноканальную систему финансирования здравоохранения.

Определенные перспективы в повышении эффективности управления отраслью связаны с развитием правовых и организационных механизмов частно-государственного партнерства в здравоохранении. Это касается прежде всего создания условий для участия организаций здравоохранения частных форм собственности в реализации территориальных программ государственных гарантий, государственной поддержки венчурных инновационных фондов, финансирующих высокотехнологичные и наукоемкие проекты в здравоохранении, поддержки развития бизнес-ассоциаций в здравоохранении и др.

Безусловно, решение этого ряда проблем совершенствования управления и финансирования здравоохранения требует по каждому из перечисленных выше направлений реализации целого комплекса мер социально-организационного и правового характера.

#### ***Реформа государственного управления здравоохранением:***

- повышение эффективности взаимодействия государственных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления и гражданского общества в области здравоохранения;
- введение механизмов противодействия коррупции в деятельности государственных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления в области здравоохранения;
- разработка и внедрение административных регламентов (обязательных требований) к порядку, процедурам и административно-управленческим процессам, обеспечивающим исполнение полномочий в сфере здравоохранения;
- совершенствование системы государственного контроля и надзора, лицензирования, проведения государственных экспертиз, выдачи различных разрешений и согласований в сфере здравоохранения;

- разработка механизмов общественной экспертизы, проведение государственно-общественных консультаций на ранних стадиях подготовки и принятия управленческих решений в сфере здравоохранения, а также обеспечение публичности принятых решений;

- создание элементов «электронного правительства» в системе управления здравоохранением, включая обеспечение информационной открытости, развитие систем электронного документооборота, доступа к общегосударственным информационным ресурсам, касающихся здоровья населения и деятельности системы здравоохранения и др.;

- дальнейшее разграничение и достижение баланса полномочий в сфере здравоохранения между федеральными, региональными и муниципальными органами управления здравоохранением.

#### ***Развитие системы стандартизации в здравоохранении:***

- создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно обоснованных требований к их номенклатуре и объему;

- разработка стандартов (нормативов) обеспечения населения отдельными видами медицинской помощи;

- разработка стандартов (нормативов) обеспечения организаций здравоохранения необходимыми материально-техническими, финансовыми и другими ресурсами;

- разработка и внедрение медицинских стандартов (протоколов ведения больных), в том числе гармонизированных с международными стандартами;

- разработка системы стандартов информационного обмена учреждений и специалистов здравоохранения с целью полного информационного обеспечения получателей медицинской помощи и на этой основе повышения социальной ответственности всех субъектов системы охраны здоровья.

#### ***Повышение эффективности прогнозирования, планирования, координации в здравоохранении:***

- формирование сети учреждений здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальных уровнях на основе научного прогнозирования показателей здоровья и деятельности системы здравоохранения в целом;

- разработка прогнозов состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения на основе информационной системы «Мониторинг здоровья населения и здравоохранения»;

- разработка федеральных и региональных медико-социальных целевых программ по приоритетным направлениям развития здравоохранения;

- формирование общедоступных электронных баз данных, касающихся здоровья населения и деятельности здравоохранения, в разрезе отдельных регионов, организаций здравоохранения;
- проведение (периодически, один раз в 5–7 лет) всероссийских комплексных исследований состояния здоровья населения.

Одиннадцатая проблема. **Нарастающий дисбаланс социальных интересов между государством и гражданами по вопросам охраны здоровья в новой системе социально-экономических отношений.**

На современном этапе развития российского государства одной из главенствующих задач, стоящих перед социальными институтами общества, является разработка и реализация национальной политики, направленной на формирование у населения ответственности за сохранение и укрепление собственного здоровья, дальнейшее совершенствование системы здравоохранения. Причем эта политика ни в коей мере не должна приводить к снижению ответственности институтов государственной власти за сохранение и укрепление здоровья нации. Речь идет о достижении баланса социальных интересов между властью и гражданами в вопросах здоровья на качественно новом уровне и в новой системе социально-экономических отношений. Поэтому для достижения этого баланса в первую очередь необходимо предусмотреть повышение ответственности граждан за формирование и сохранение своего здоровья перед обществом.

Невозможно переоценить роль государства и в вопросах модернизации здравоохранения. Но и здесь, разумеется, одних лишь усилий органов государственной власти недостаточно для того, чтобы кардинально и качественно реформировать функционирующую систему охраны здоровья граждан. Социально-политический формат реформы может и должен быть расширен. Без конструктивного профессионального диалога (который сегодня отсутствует) и консолидации усилий медицинской общественности, власти, бизнеса, гражданского общества реформирование здравоохранения не принесет ожидаемых результатов.

Сегодня перед государством и обществом стоит выбор пути развития системы здравоохранения Российской Федерации. Первый — дальнейшее сокращение обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и, как следствие, — значительное увеличение доли частного сектора в медицине, что грозит негативными социальными последствиями и нарастанием в общественном здоровье опасных тенденций, проявившихся в последние два десятилетия. Второй — усиление роли государства в управлении и финансировании здравоохранения и, таким образом, обеспечение

в полном объеме конституционных прав граждан на получение гарантированной бесплатной медицинской помощи. Хотя при всей привлекательности этого пути, многолетняя история становления отечественного здравоохранения показала его декларативность и утопичность. Третий, на наш взгляд, более перспективный путь развития системы здравоохранения — достижение баланса между запросами общества в получении качественной доступной медицинской помощи и возможностями государства в ее обеспечении. Причем этот баланс необходимо рассматривать как некую динамическую составляющую между запросами граждан и обязательствами государства, которая каждый раз должна соответствовать современным вызовам общества и новому уровню социально-экономического развития государства. От правильности выбора пути модернизации системы охраны здоровья граждан во многом будет зависеть судьба Российской Федерации как социального государства, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Адамец С.В.* Об оценках здоровья населения и реализации потребности в его укреплении и профилактике заболеваний // Демографическое поведение. Опыт социологического изучения. М.: АН СССР, Институт социологии, 1990.
2. *Алешин Н.А.* Реализация экономических интересов субъектов рынка медицинских услуг. Автореф. дис... канд. экон. наук. Саратов, СГСЭУ, 2007.
3. *Анохин А.И.* Медицинская социология и проблемы человека // Вестник АМН СССР. 1980. № 4.
4. *Артюхов И.П., Сенченко А.Ю., Смоленская Е.Д., Мелехов А.А.* Результаты изучения самооценки здоровья и факторов, влияющих на нее // Социология медицины. 2003. № 1 (2). С. 36–40.
5. *Бабаева Л.В., Чирикова А.Е.* Бизнес-элита России: образ мировоззрения и типы поведения // Социологические исследования. 1995. № 4.
6. *Банкетов А.* Искусство здоровой жизни // Высшее образование в России. 1997. № 2.
7. *Баранов А.В.* О социальной парадигме здоровья // Петербургская социология. 1997. № 1.
8. *Бестужев-Лада И.В.* Качество жизни // Энциклопедический социологический словарь / Под ред. акад. Г.В. Осипова. М.: РАН, 1995.
9. *Бовкун В.В.* Образ жизни советской молодежи. М., 1988.
10. *Брехман И.И.* Философско-методологические аспекты здоровья человека // Вопросы философии. 1982. № 2.
11. *Быков С.В.* Образование и здоровье // Социологические исследования. 2000. № 1.
12. *Вебер М.* Основные понятия стратификации // Социологические исследования. 1994. № 5. С. 147–156.
13. *Великий П.П.* Социально-культурная деятельность сельского населения // Социологические исследования. 1982. № 4.
14. *Венедиктов Д.Д.* Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. М., 1987.
15. Высшее образование в России: 2001 / Стат. сборник. М., 2002.
16. *Вялков А.И.* Основы региональной политики в здравоохранении. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
17. *Гацдаров Г.М.* Социологические аспекты проблем в организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений // Здравоохранение. 2004. № 3. С. 139–149.
18. *Голод С.И.* Семья и брак: историко-социологический анализ. СПб.: ТОО ТК «Петрополис», 1998.
19. *Горбач Н.А.* Сравнительный анализ медико-социального и психологического портрета студентов // Здравоохранение Российской Федерации: Двухмесячный научно-практический журнал. 2003. № 2. С. 38–40.
20. *Горячева Н.В.* Особенности опыта алкоголизации в России и Финляндии // Журнал социологии и социальной антропологии. 2004. Т. VII. № 3. С. 182–191.
21. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 году / МЗиСР РФ, РАМН.
22. *Григорьев А.И., Орлов В.А., Фудин Н.А.* Медико-социологический мониторинг соматического здоровья и образа жизни детей и молодежи // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2004. № 2. С. 50–54.
23. *Григорьев С.И., Субетто А.И.* Основы неклассической социологии. М.: Русаки, 2000.
24. *Грошев И.В.* Пол и болезни: краткий обзор современных исследований // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2004. № 2. С. 35–50.
25. *Губин А.В.* Состояние здоровья населения Тюменской области // Социологические исследования. 1999. №5.
26. *Гурвич И.Н., Цветкова Л.А., Щур Н.В.* Наркопотребление в студенческой среде: поведенческие особенности // Журнал социологии и социальной антропологии. 2004. Т. 7. № 1. С. 104–125.
27. *Демуров Т.М., Щепин В.О., Рытвинский С.С.* Социологическая характеристика пациентов поликлинических учреждений Республики Северная Осетия — Алания // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. 2007. № 3. С. 41–44.
28. *Димов В.М.* Философия и социология здоровья. Курс лекций. Алматы, 1998.
29. *Дмитриев В.И.* Медико-социологические исследования в здравоохранении. М.: Наука, 1983.
30. *Дмитриева Е.В.* От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 51–57.
31. *Дмитриева Е.В.* Отчет о проведении социологического исследования по проекту «Права женщин и охрана здоровья». М.: СПИДинфосвязь, 1998.
32. *Дмитриева Е.В.* Отчет о проведении социологического исследования по проекту «Здоровье, сексуальное и репродуктивное здоровье, права на них: социологический анализ представлений россиян». СПб.: Невский институт языка и культуры, 2002.
33. *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.

34. *Дмитриева Е.В.* Форум европейских социологов медицины // Социологические исследования. 2000. № 4.
35. *Добронравов Н.* Социология медицины // Философская энциклопедия. М., 1970. Т. 5.
36. *Ефименко С.А.* Социологические теории и социология медицины о взаимодействии социальных субъектов // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2005. № 1. С. 17–22.
37. *Железнык М.* Гигиенические практики в советской и современной России // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т. 10. Спецвыпуск. С. 133–140.
38. *Журавлева И.В.* Здоровье и болезни в европейском обществе // Социологические исследования. 2008. № 2. С. 15–16.
39. *Журавлева И.В.* Здоровье и самосохранительное поведение // Население и общественное развитие / Под ред. Т.Д. Ивановой. М.: Институт социологии РАН, 1988.
40. *Журавлева И.В.* Здоровье населения как междисциплинарная проблема. Становление социологии здоровья // Социология в России. 2-е изд. / Под ред. В.А. Ядова. М.: Институт социологии РАН, 1998.
41. *Журавлева И.В.* Здоровье подростков: социологический анализ. М.: Наука, 2002.
42. *Журавлева И.В.* Основные направления социальной политики в сфере общественного здоровья. // Тезисы докладов III Всерос. науч. конференции «Сорокинские чтения». Т. 5. М.: КДУ, 2007.
43. *Журавлева И.В.* Отношение человека к здоровью: методология // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2004. № 2. С. 11–17.
44. *Журавлева И.В.* Региональные аспекты ценности здоровья и заботы о нем // Демографическое поведение. Опыт социологического изучения. М.: АН СССР, Институт социологии, 1990.
45. *Журавлева И.В.* Самооценка здоровья и факторы, влияющие на него // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни / Отв. ред. И.В. Журавлева. М.: Институт социологии РАН, 1993.
46. *Журавлева И.В.* Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. 2000. № 5.
47. *Журавлева И.В., Левыкин И.Т.* Образ жизни и региональные особенности отношения к здоровью // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. М., 1989.
48. *Здоровье детей России / Под ред. А.А. Баранова.* М., 1999.
49. *Здоровья и образование детей — основа устойчивого развития российского общества и государства.* М.: Наука, 2007.
50. *Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под науч. ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медик.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
51. *Иванова А.Е.* Здоровье населения: понятийные, методологические и информационные аспекты. М.: Институт социально-политических исследований РАН, 1996.
52. *Ильницкий А.Н., Процаев К.И.* Пациенты и медицинская реабилитация: результаты социологического исследования // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: научно-практический журнал. 2005. № 4. С. 22–24.
53. *Казначеев В.П.* Здоровье нации. Просвещение. Образование. СПб., 1996.
54. *Кара-Мурза С.Г.* Манипуляция сознанием. М., 2000.
55. *Каткова И.А., Андрушина Е.В., Куликова О.И.* Репродуктивное здоровье и права молодежи // Народонаселение. 1999. № 1.
56. *Келле В.Ж.* Образ жизни и здоровье // Доклад на всероссийской научной конференции РАН «Здоровье как проблема гуманитарного знания», 2002.
57. *Комаров Н.В., Комаров Р.Н.* Оценка качества медицинской помощи на основе социологических опросов врачей и пациентов // Главврач. 2005. № 12. С. 42–45.
58. *Конфликтология здоровья и здравоохранение в современной России.* М., 1999.
59. *Копина О.С.* Психосоциальные факторы здоровья // Отношение населения к здоровью. М.: Институт социологии РАН, 1993.
60. *Красовский Б.П.* Взаимоотношения врача и пациента на Западе // Социологические исследования. 2002. № 6. С. 122–127.
61. *Лапин Н.И.* Пути России: социокультурные трансформации. М., 2000.
62. *Лисицын Ю.П.* Здравоохранение в XX веке. М.: Медицина, 2002.
63. *Лисицын Ю.П.* Концепция стабилизации и развития — стратегия развития учреждений здравоохранения / Ю.П. Лисицын, А.А. Калмыков, А.Ю. Сенченко // Экономика здравоохранения. 2005. № 8. С. 20–24.
64. *Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
65. *Лисицын Ю.П.* Теории медицины XX века. М.: Медицина, 1999.
66. *Лисицын Ю.П., Семенова Л.П.* К вопросу о медицинской социологии // Советское здравоохранение. 1983. № 6.
67. *Лисовский В.Т.* Духовный мир и ценностные ориентации молодежи России. СПб., 2000.
68. *Лисовский В.Т.* Советское студенчество: Социологические очерки. М., 1990.
69. *Логонов С.И., Мартынов М.Ю.* Факторы здоровья студентов-ювеналов // Социологические исследования. 2003. № 3. С. 127–129.
70. *Лупандин В.М.* Социология медицины // Энциклопедический социологический словарь. М.: ИСПИ РАН, 1995.

71. *Максимова Т.М., Гаенко О.Н.* Медицинское обеспечение населения в условиях социальной дифференциации в обществе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 3.
72. *Медик В.А.* Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М.: Медицина, 2003.
73. *Медик В.А., Осипов А.М.* Анализ динамики медико-социальной ситуации в Новгородской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. № 1. С. 28–31.
74. *Медик В.А., Осипов А.М.* Анализ медико-социальной ситуации в регионе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 4. С. 14–18.
75. *Медик В.А., Осипов А.М.* Социологический мониторинг в изучении медико-социальной ситуации в Новгородской области // Медицинский академический журнал. 2006. Т. 6. № 2. С. 102–110.
76. *Медик В.А., Осипов А.М.* Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. М., 2003.
77. *Медик В.А., Осипов А.М., Орехова И.Ю.* Методологические проблемы социальной статистики общественного здоровья // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. № 5.
78. *Медик В.А., Токмачев М.С.* Математическая статистика в медицине: Учеб. пособие. М.: Финансы и статистика, 2007.
79. *Медик В.А., Токмачев М.С.* Статистика здоровья населения и здравоохранения: Учеб. пособие. М.: Финансы и статистика, 2009.
80. *Мертон Р.* Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006.
81. Методические рекомендации по изучению здоровья населения на региональном уровне / Под ред. О.П. Щепина, В.И. Стародубова, В.А. Медика. М., 2005.
82. Молодежь страны и региона на пороге XXI века. Социальные проблемы / Отв. ред. А.М. Осипов, В.В. Матвеев. Великий Новгород: НовГУ, 2001.
83. *Морозов П.Н.* Актуальные направления современных медико-социологических исследований деятельности больничных лечебно-профилактических учреждений // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2004. № 2. С. 31–35.
84. *Морозов П.Н.* Медико-социологический взгляд на врача-клинициста и его работу в современных условиях // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета: ежеквартальный научно-практический журнал. 2005. № 1. С. 73–78.
85. *Морозов П.Н.* Оценка стационарной помощи по результатам социологического опроса пациентов // Экономика здравоохранения. 2005. № 5/6. С. 41–44.
86. *Москвина Н.Р.* Нищенство как социальное явление. Тюмень: Изд-во ТГУ, 2005.
87. *Назарова И.Б.* Здоровье занятого населения. М.: ГУ-ВШЭ, МАКС Пресс, 2007.
88. *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 57–69.
89. *Назарова И.Б.* О здоровье населения в современной России // Социологические исследования. 1998. № 11.
90. *Обоскалова Т.А., Колпацникова Г.И., Воронова С.А., Прохорова Э.А.* Медицинские и социальные аспекты прерывания беременности // Журнал акушерства и женских болезней: Научно-практический журнал. 2003. Т. 52. № 2. С. 62–65.
91. *Овод А.И., Дремова Н.Б.* Медико-социологическое исследование пациентов с андрологическими проблемами // Проблемы управления здравоохранением. 2005. № 3. С. 54–60.
92. *Осипов А.М.* Социальная статистика общественного здоровья: методологические проблемы // Охрана здоровья населения — национальный приоритет государственной политики: Сб. науч. трудов ННЦ СЗО РАМН. М.: Медицина, 2006. Т. 5. С. 55–61.
93. *Осипов А.М.* Общественное здоровье как объект исследования в системе социальных наук // Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения: Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. и науч. трудов ННЦ СЗО РАМН. М.: Медицина, 2007. Т. 6. С. 53–60.
94. *Осипов А.М.* Социология образования: очерки теории. Ростов н/Д: Феникс, 2006.
95. *Осипов А.М., Медик В.А.* Социально-психологическая природа самооценок здоровья студентов и подходы к их измерению // Мед. академ. журн. 2004. Т. 4. № 1. С. 80–87.
96. *Осипов А.М., Медик В.А.* Взаимодействие населения с учреждениями здравоохранения в регионе // Здравоохран. РФ. 2005. № 5 С. 25–28.
97. *Палосуо Х., Журавлева И.В.* и др. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве). М.: Институт социологии РАН, 1998.
98. *Панова Л.В., Русинова Н.Л.* Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения // Журнал социологии и социальной антропологии. 2002. № 4. С. 147–163.
99. *Парсонс Т.* О структуре социального действия. М.: Академический проект, 2002.
100. *Петленко В.П., Сержантов В.Ф.* Проблема человека в теории медицины. Киев: Наукова думка, 1984.
101. *Петров В.И.* Социальный институт клинических исследований // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2004. № 2. С. 18–21.

102. Попов М., Михайлова П. Здоровье как социальная ценность // Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. М., 1975.
103. Программа Коммунистической партии Советского Союза // Материалы XXVII съезда КПСС. М.: Политиздат, 1986.
104. Рагимова О.А. Здоровье младших школьников Саратова // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 69–72.
105. Решетников А.В. Институциональные изменения социокультурного паттерна здоровья и болезни // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2005. № 2. С. 3–25.
106. Решетников А.В. Медико-социальные системы: способы образования и сравнительный анализ // Социология медицины: 2005. № 1 (16). С. 3–17.
107. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М., 2002.
108. Решетников А.В. Социология медицины: Учебник. М., 2006.
109. Решетников А.В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины. 2002. № 1.
110. Решетников А.В., Астафьев Л.М. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2005. № 1. С. 32–38.
111. Русинова Н.Л., Браун В.Дж. Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье // Петербургская социология. 1997. № 1.
112. Рывкина Р.В. Образ жизни сельского населения. Новосибирск: Наука, 1979.
113. Рыжов Р.О. Медико-социологический анализ положения бездомных // Здоровье населения — основа процветания России: Сб. материалов региональной научно-практической конференции и трудов ННЦ СЗО РАМН / Под ред. чл.-корр. РАМН В.А. Медика. М.: Медицина, 2008.
114. Сахно А.В. Социология медицины и общественное здоровье. М.: Знание, 1984.
115. Свадьбина Т.В., Осянин А.Н. Изменение практик поддержки собственного здоровья // Социология. 2006. № 2. С. 28–30.
116. Сидоров П. Здоровье молодежи — здоровье нации // Высшее образование в России. 2000. № 3.
117. Скотт В. Ричард. Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджериальная // Экономическая социология. 2007. Т. 8. № 1. С. 27–44.
118. Слуцкий Е.Г. Беспризорность в России // Социологические исследования. 1998. № 3.
119. Социальная статистика / Под ред. М.Р. Ефимовой. М.: Финансы и статистика, 2003.
120. Социальное развитие советской интеллигенции. М.: Наука, 1986.
121. Социальные и правовые аспекты проблемы бездомности в России. СПб., 2007.
122. Социология / Под ред. акад. Г.В. Осипова. М.: Мысль, 1990.
123. Социология молодежи / Под ред. В.Т. Лисовского. СПб., 1996.
124. Социология труда / Под ред. Н.И. Дряхлова, А.И. Кравченко, В.В. Щербины. М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1993.
125. Староверов В.И. Социально-демографические проблемы деревни. М.: Наука, 1975.
126. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева И.А. Управление персоналом организации: Учебник для вузов / Под ред. В.И. Стародубова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006..
127. Титмонас А. К вопросу о предмете социологии медицины // Социологические проблемы взаимодействия личности и социальных групп в условиях развитого социалистического общества. Вильнюс, 1977.
128. Тищенко П.Д. Биосоциальная проблема и комплексное изучение здоровья // Методологические и социальные проблемы современной медицины: Сб. науч. трудов. М., 1986.
129. Фоменко Л.А. Оценка психосоматического здоровья студентов на основе математико-статистического моделирования по данным мониторинга. Автореф. дис... канд. психол. наук. СПб., 2002.
130. Фомин Э.А., Федорова Н.М. Стратегии в отношении здоровья // Социологические исследования. 1999. № 11.
131. Хабибуллин К.Н. Медицинская социология: Учебник для студентов вузов. СПб.: СПбГУ, 2000.
132. Черкасова А.Е. Взаимоотношения социальных институтов медицины и религии в России (по результатам медико-социологического исследования) // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2004. № 2. С. 22–24.
133. Чернейко Д.С. Формирование рынка труда: опыт, проблемы. СПб.: СПбГУЭФ, 1999.
134. Черников В.М. К вопросу об изменении парадигмы медицины: социологический аспект // Белорусский медицинский журнал. 2003. № 2. С. 115–116.
135. Чупров В.И., Зубок Ю.А. Социальная регуляция в условиях неопределенности. Теоретические и прикладные проблемы в исследовании молодежи. М.: Academia, 2008.
136. Чупров В.И., Зубок Ю.А., Уильямс К. Молодежь в обществе риска. 2-е изд. М.: Наука, 2003.
137. Шейман И.М. Проблемы реформы управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, 1998.

138. *Шилова Л.С.* Проблема трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья // Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. М.: Институт социологии РАН, 1999.
139. *Шилова Л.С.* Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5.
140. *Шилова Л.С., Копина О.С.* Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин // Отношение населения к здоровью. М.: Институт социологии РАН, 1993.
141. *Шильникова Н.Ф.* Социологический опрос как механизм управления лечебными учреждениями // Социология медицины: Научно-практический журнал. 2004. № 2. С. 24–26.
142. *Шингарева З.С.* Социальные проблемы здоровья населения (на примере Республики Башкортостан). Автореф. дис... докт. социол. наук. СПб., 2000.
143. *Шляпникова М.Н.* Возможности социологии медицины при разработке региональной биополитики // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2006. № 1. С. 17–19.
144. *Шувалова В.С., Шиняева О.В.* Здоровье учащихся и образовательная среда // Социологические исследования. 2000. № 5.
145. *Щепин О.П., Овчаров В.К.* Источники и оценка методов изучения общественного здоровья. Проблемы соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. 2003. № 2, 6.
146. *Щепин О.П., Овчаров В.К.* К развитию методологии в исследованиях общественного здоровья. Вестник РАМН. 2004. № 4.
147. *Щепин О.П., Медик В.А., Стародубов В.И.* Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 5. С. 3–6.
148. *Щепин О.П., Тишук Е.А.* Проблемы демографического развития России. Экономика здравоохранения. 2005. № 3. С. 5–8.
149. *Щепин О.П., Барбашин И.В., Щепин В.О., Филатов В.Б., Медик В.А.* От качественной диспансеризации к государственной системе охраны и укрепления здоровья населения России // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального собрания РФ. 2006. № 1 (289).
150. *Щепин О.П.* Основные направления деятельности Общества организаторов здравоохранения по укреплению здоровья населения и развитию здравоохранения России // Проблемы соц. гиг., здрав. и истории медицины. № 2. 2007. С. 5–9.
151. *Щепин О.П., Белов В.Б.* Роль здравоохранения в формировании общественного здоровья // Проблемы сог. гиг., здрав. и истории медицины. 2007. № 3. С. 17–22.
152. *Щепин О.П., Купеева И.А., Щепин В.О., Какорина Е.П.* Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. М., 2007.
153. *Щепин О.П., Медик В.А.* Методология и основные результаты комплексного изучения здоровья населения Новгородской области // Вестник РАМН. 2008. № 4. С. 34–38.
154. *Щепин О.П., Роговина А.Г.* Особенности медико-демографических процессов в РФ в первой половине XXI века // Вестник РАМН. 2008. № 1. С. 34–40.
155. *Ярская-Смирнова Е., Григорьева О.* «Мы — часть природы». Социальная идентификация народных целителей // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. 9. № 1. С. 151–170.
156. *Brown Phil.* Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. In: Brown, Phil. Perspectives in Medical Sociology. Illinois: Waveland Press, 2000. P. 74–103.
157. *Conrad Peter.* Medicalization and Social Control // Annual Review of Sociology, 1992. № 18. P. 209–302.
158. *Conrad Peter.* Ed. The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. 8<sup>th</sup> Edition. N.Y.: Worth Publishers, 2009.
159. *Conrad Peter and Joseph Schneider.* Professionalization, Monopoly, and the Structure of Medical Practice. In: Conrad, P. The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. 8<sup>th</sup> Edition. N.Y.: Worth Publishers, 2009. P. 194–200.
160. *Freidson Elliott.* The Social Organization of Illness. In: Brown, Phil. Perspectives in Medical Sociology. Illinois: Waveland Press, 2000. P. 285–294.
161. *Henderson Gail E.* Ed. Social Medicine Reader: Social and Cultural Contributions to Health, Difference, and Inequality. Vol. 2. Durham, NC: Duke University Press, 2005.
162. *Kasper Anne S. and Susan J. Ferguson.* Eds. Breast Cancer: Society Shapes an Epidemic. N.Y.: St. Martin's Press, 2000.
163. *King Nancy M. P. et al.* Eds. Social Medicine Reader: Patients, Doctors, and Illness. Volume One. Durham, NC: Duke University Press, 2005.
164. *Stone Deborah A.* Doctoring as a Business: Money, Markets, and Managed Care. In: Conrad, P. The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. 8<sup>th</sup> Edition. N.Y.: Worth Publishers, 2009. P. 329–336.
165. *Veblen T.* The Place of Science in Modern Civilization. N.J., New Brunswick: Transaction Publishers, 1990.
166. *Weber M.* The Theory of Social and Economic Organization. N.Y.: Oxford University Press, 1947.
167. *Zola Irving.* Medicine as an Institution of Social Control. In: Conrad, P. The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. 8<sup>th</sup> Edition. N.Y.: Worth Publishers, 2009. Pp. 432–441.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторы .....	3
Введение .....	4
<b>Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ</b> .....	<b>7</b>
1.1. Общественное здоровье как объект социальных наук .....	7
1.2. Ключевые проблемы медико-социологических исследований .....	21
1.3. Общественное здоровье и здравоохранение: социально-системный анализ .....	30
1.3.1. Социально-системный взгляд на здравоохранение .....	30
1.3.2. Социальные ожидания, заказы, задачи и функции здравоохранения .....	36
1.3.3. Структура здравоохранения как социальной системы .....	50
<b>Глава 2. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ</b> .....	<b>62</b>
2.1. Некоторые концептуальные предпосылки исследований .....	63
2.2. Виды и методы медико-социологических исследований .....	68
2.3. Реализация выборочного метода .....	77
2.4. Методы сбора первичной информации .....	85
2.5. Проблема надежности первичных данных .....	92
2.6. Медико-социологическое исследование как компонент комплексного изучения здоровья населения .....	102
2.7. Социально-демографические детерминанты общественного здоровья .....	106
2.8. Социальная статистика в изучении общественного здоровья и здравоохранения .....	114
<b>Глава 3. СОЦИАЛЬНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ</b> .....	<b>126</b>
3.1. Основные категории анализа социальной обусловленности общественного здоровья .....	126
3.1.1. Самооценка как источник информации о здоровье .....	126
3.1.2. Информированность населения о своем здоровье .....	143
3.1.3. Ценностное отношение населения к своему здоровью .....	151
3.1.4. Поведенческие стратегии населения в сфере здоровья .....	154
3.2. Анализ социальной обусловленности здоровья в отдельных социально-экономических группах и слоях населения .....	160
3.2.1. Группы населения по основному роду занятий .....	160
3.2.2. Слои населения по уровню благосостояния .....	178
3.2.3. Учащаяся молодежь .....	183
3.3. Дети как особая медико-социальная общность .....	196
3.4. Социальные факторы здоровья укрепляющей деятельности населения .....	230
<b>Глава 4. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b> .....	<b>237</b>
4.1. Теоретические предпосылки исследования .....	237
4.1.1. Социальные ресурсы системы здравоохранения .....	238
4.1.2. Учреждение здравоохранения как корпорация .....	243
4.2. Социальные проблемы труда в здравоохранении .....	251
4.2.1. Социальные противоречия медицинского труда .....	251
4.2.2. Удовлетворенность работой в здравоохранении .....	258
4.2.3. Структура профессиональных нагрузок .....	286
4.2.4. Профессиональная стабильность и текучесть кадров .....	290
4.3. Взаимодействие населения с медицинскими организациями .....	299
4.3.1. Повседневные взаимодействия населения со здравоохранением .....	301
4.3.2. Удовлетворенность населения здравоохранением .....	308
<b>Глава 5. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	<b>321</b>
<b>Библиография</b> .....	<b>346</b>

*Валерий Алексеевич Медик,  
Александр Михайлович Осипов*

*Научно-практическое издание*

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ  
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:  
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Редакторы *В.С. Булыгин, М.В. Литвинова*  
Корректор *Л.Д. Рубан*  
Компьютерная верстка *Г.А. Волковой*

Подписано в печать ??.0?.2011  
Формат 60×90/16. Гарнитура *Newton*. Бумага офсетная  
Печать офсетная. Усл. печ. л. ??,0. Уч.-изд. л. ??,??  
Тираж 1500 экз. Заказ №  
Цена свободная.