

На правах рукописи

ВОЛКОВА Маргарита Борисовна

**ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ
В УСЛОВИЯХ РОССИЙСКИХ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ**

Специальность 22.00.03 - Экономическая
социология и демография

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Валенз

Саратов 2005

Работа выполнена в Саратовском государственном университете имени Н.Г. Чернышевского

Научный руководитель — кандидат социологических наук, доцент
Кузнецов Николай Иванович

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор
Красильников Олег Юрьевич
кандидат социологических наук
Ивченкова Наталья Павловна

Ведущая организация - Институт социального образования
(филиал) РГСУ в г. Саратове

Защита состоится 16 июня 2005 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.243.06 при Саратовском государственном университете имени Н.Г. Чернышевского по адресу: 410012, г. Саратов, ул. Астраханская, 83, корп. 9, ауд. 402.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке СГУ.

Автореферат разослан 13 мая 2005 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета



М.В.Калинникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Ухудшение здоровья населения является одной из наиболее важных проблем современного российского общества. Тревожная экологическая ситуация, затяжной экономический кризис, ослабляющий материальную базу здравоохранения, трансформация ценностных ориентации, - все это лишь часть факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье населения. Ухудшение здоровья и беспрецедентный рост смертности, особенно мужчин трудоспособного возраста - такова общая характеристика здоровья населения России, в том числе и Саратовской области.

Индивидуальное и общественное здоровье - понятия, тесно связанные между собой. Здоровье человека ныне рассматривается как социальная ценность и важнейшее условие оптимального социально-экономического развития общества. Однако сегодня этот факт далеко не всегда в России оценивается должным образом. Роль здоровья (именно общественного) как важного фактора развития социума в полной мере начинает осознаваться лишь в современных условиях темпоральной интенсификации всех сфер жизни общества и обострения проблемы воспроизводства населения.

В настоящее время в отечественной системе здравоохранения сложилась сложная социально-экономическая ситуация. Это связано с тем, что сокращение финансирования привело к увеличению нагрузки на врачей. Моральное и техническое старение медицинской аппаратуры, находящейся на балансе государственных лечебных учреждений, приводит к снижению уровня медицинского обслуживания, росту числа заболеваний и увеличению смертности населения. Рост платных медицинских услуг оказался не доступен многим слоям населения и не обеспечивает высокой эффективности поддержания здоровья населения.

Закономерный рост социологического интереса к здравоохранительному поведению населения современной России определяется возрастанием потребности в социологическом осмыслении изменения демографических процессов и структуры заболеваемости; в использовании социологических подходов для изучения и лечения заболеваний; в оценке состояния системы охраны здоровья в условиях социально-экономических трансформаций российского общества и его социальных институтов, роли и места медицины, здравоохранения, врача и пациента.

Значительное влияние на здоровье оказывают поведенческие характеристики населения. Здоровый образ жизни, занятия физкультурой и спортом, достаточный сон - все это способствует сохранению и поддержанию здоровья. Однако, несмотря на высокие трудовые нагрузки и их негативное влияние на здоровье россиян, положительные факторы, способные смягчить трудовую усталость, используются не в полной мере или заменяются курением, употреблением алкоголя. Это актуализирует проблему специфики здравоохранительного поведения населения в современной России и в Саратовской области.

Степень разработанности проблемы. Среди современных крупнейших западных социологов нет, пожалуй, ни одного, который в какой-то степени не занимался бы вопросами здоровья, медицины, акцентируя внимание на ее институциональных характеристиках, специфике профессиональной деятельности в сфере здравоохранения и т.д. Так, еще в XVII в. В. Петти (W. Petty) в рамках своей «Политической арифметики» (1690) попытался провести анализ факторов сохранения здоровья в обществе. Эту идею реализовали применительно к образу жизни рабочих Ф. Энгельс в своей знаменитой работе «Положение рабочего класса в Англии» и Г. Мэйо, опубликовавший в 1862 г. работу «Труд и бедняки Лондона».

В работах основоположников социологии О. Конта, Г. Спенсера непосредственно проблемы здоровья населения не затрагивались, т.к. на первый план выдвигались вопросы социальной организации, структурных изменений. Они считали, что в едином организме, который представляет собой общество, социальное и биологическое начала тесно связаны между собой, и нарушение функционирования в одной части социального организма влечет за собой нарушения во всей системе (так же, как болезнь поражает организм человека). Э. Дюркгейм, Ф. Теннис, М. Вебер, Г. Зиммель акцентировали внимание на социальных взаимосвязях человека в обществе, влияющих на способности индивида исполнять социальную роль в повседневном функционировании, и способствовали появлению взглядов на здравоохранительное поведение как на социально обусловленный вид деятельности.

Параллельно этому на протяжении XIX - начала XX вв. фиксировалось влияние условий труда на здоровье рабочих, продолжительность жизни различных слоев населения европейских и американских городов, что вызвало ряд теорий о теснейшей связи социологии медицины и социальной гигиены. В трудах Дж.

Франка и Дж. Герина впервые нашла зрелое выражение мысль о наличии общественных форм здоровья и заболевания. Л. Ньюман в работе «Общественная забота о здоровье и собственность» отнес медицину к социальным наукам. В начале XX века вышел в свет двухтомный сборник И. Блэквелла «Эссе по медицинской социологии», а затем - в 1910 г. - «Медицинская социология», в которой содержатся актуальные до сих пор фундаментальные принципы изучения заболеваний в социологическом аспекте. Таким образом, в начале XX в. было заложено формирование социологии медицины, в рамках которой затрагивались и такие аспекты, как здравоохранительное поведение отдельных слоев населения.

Социология медицины как отдельная дисциплина окончательно сформировалась в связи с необходимостью социологического осмысления роли и места медицины, системы здравоохранения, самого пациента в социально-экономических условиях. После первой мировой войны во многих европейских странах в рамках социальной медицины большое развитие получили исследования оппозиции врач - больной (Т. Парсонс, Л. Хендерсон), социологический анализ особенностей психических нарушений в городских районах (В. Данхэм), отношений в палатах больниц между больными (М. Фуко, Г. Роланд) и т.д. Постепенно, к 50-м годам медицинская социология выделилась в самостоятельную отрасль науки, в разработку ее проблем в зарубежных странах (США, Великобритания, Германия и др.) включился широкий круг социологов. Значительный вклад в становление и развитие дисциплины внесли зарубежные ученые Дж. Герин, Г. Мэйо, Дж. Франк, Т. Парсонс, А. Страусе, Д. Мечаник, Р. Мертон, К. Винтер и др. В этих работах болезнь рассматривалась как социальная девиация, а поведение больного ассоциировалось с контролируемым отклоняющимся поведением.

Результатом применения разработанных теорий к социологии медицины стало определение Парсонсом здоровья и болезни человека через понятие социальных ожиданий, ролей и заданий. Здоровье и болезнь - состояния индивидов не только на личностном, но и на социальном уровнях, оцениваемые и институционально закрепляемые в культурах и социальных структурах различных обществ. Здравоохранительное поведение больного выступает в первую очередь функцией его отношения к ситуации, его социального опыта и истории поведения (как своего, так и окружающих людей). Оно может конструироваться только с учетом его собственных потребностей и возможностей.

Дж. Верч вслед за Т. Парсонсом и Р. Мертоном предлагал принять действие за единицу анализа человеческого поведения. Люди при этом рассматриваются в их взаимодействиях с окружением и сквозь призму тех действий, которые они совершают. Таким образом, отправным моментом анализа становится не субъект или его окружение, а именно действие.

Структуралистские теории А. Страусса, А. Турена, М. Фуко, П. Бурдьё, Де Серто, И. Фрейдсона и др. позволили сосредоточиться на неформальных механизмах социального контроля за здравоохранительным поведением, степени их включенности в систему господствующих ценностей, каналах распространения через семью, медико-социальную систему, идеологию социальных групп и пр.

В рамках понимающей социологии, феноменологии, символического интеракционизма и повседневности, продолжая развивать положения М. Вебера, исследователи (А. Шюц, Ф. Маслоу и др.) сосредоточились на анализе повседневного ситуативного восприятия личностью социально-медицинского взаимодействия с целью уточнения лежащих в его основе представлений. Американский социолог К. Берк рассматривает символическое действие как действие «драматизированное» и описывает его в терминах своей «драматической пентагмы»: пять функциональных терминов (акт, сцена, деятель, средства действия, цель), оказывающих влияние на мотивацию любого действия, в том числе и здравоохранительного поведения. Теоретические рамки, предложенные Берком, делают возможным рассмотрение широкого круга поведенческих актов в сопровождении широкого круга здравоохранительных мотиваций.

На Западе поведенческие концепции содержатся также в работах Де Серто с его фокусом на практике и сопротивлении; Дьюи с его анализом «расспрашивания» как формы «человеческого поведения»; Хабермаса с его исследованиями «коммуникативного действия»; Макинтайра с его анализом «интеллигибельного действия»; Дж. Мида и Г. Блумера с их осмыслением акта. Кроме того, понятия действия, субъектно-объектных взаимодействий фигурируют у Пиаже. Общим пунктом для всех этих авторов является их фокус на конкретном, динамическом человеческом действии, существующем в реальном пространственно-временном и социальном контекстах. Для большинства теоретических подходов человеческое поведение - прежде всего, экстернализация функциональных биологических характеристик организма, куда вовлека-

ются символизация и когнитивные ориентации людей. В наступившем втором тысячелетии эти направления особенно быстро развиваются в рамках нетрадиционной социологии. В фокусе внимания социологов находятся исследования социального процесса, протекающего на микроуровне взаимодействия конкретных индивидов. При этом усиливается тенденция сближения теории и эмпирических измерений социальных связей конкретной личности как действующего творца социального процесса поддержания своего здоровья.

Термин «социология медицины» в России лишь относительно недавно вошел в активный научный оборот, однако отдельные аспекты социальных взаимодействий применительно к здравоохранению в отечественной социологии обсуждались с конца XIX - начала XX в. преимущественно в рамках социальной статистики и эмпирических социологических исследований.

Поведенческие теоретические конструкции можно обнаружить в работах таких советских и русских ученых, как Л.С. Выготский с его акцентом на речи, мышлении и «медитативном действии»; А.Н. Леонтьев с его теорией деятельности. В этих работах проблемы здравоохранительного поведения не затрагивались, но в них определены некоторые методологические рамочные параметры для его изучения.

Прикладные социологические исследования здравоохранения вплоть до середины 60-х годов XX в. были прекращены или осуществлялись в усеченном виде, например, в рамках организации здравоохранения и социальной гигиены. Одновременно с возрождением социологии в целом активизировалось и изучение медико-социальных проблем. Теоретические и практические работы отечественных ученых, занимавшихся проблемами социологии медицины (Бирюков Д.А., Гращенко Н.И., Жданов В.М., Изуткин А.М., Кербиков О.В., Лисицын Ю.П., Сержантов В.Ф., Смулевич Б.Я., Царегородцев Г.И. и др.), были признаны мировым сообществом. На IV Всемирном социологическом конгрессе «Общество и социология» в Милане (Италия) в 1959 г. была впервые организована секция социологии медицины, председателем которой стал чл.-корр. АН СССР Н.И. Гращенко, представивший доклад «Здоровье и социальное благополучие». В это время в стране появились фундаментальные теоретические работы в области социологии медицины (Лисицын Ю.П., Царегородцев Г.И., Изуткин А.М., Давыдовский И.В., Петленко В.П., Шингаров Г.Х. и др.), велись научные

дискуссии по таким актуальным проблемам, как роль и взаимодействие социального и биологического в медицине; роль и место социальной гигиены; критика буржуазной медицинской социологии и социальной гигиены; философские проблемы медицины; народное здоровье и социология и т.д. В них затрагивались и отдельные аспекты здравоохранительного поведения в рамках здорового образа жизни, необходимости улучшения условий труда и жизнедеятельности советского народа.

В 90-е годы XX в. центральной темой медико-социологических исследований было изучение здравоохранения как социального института и путей его модернизации в ходе трансформации российского общества. Главная отличительная особенность этого периода состоит в том, что при сохранении прежней методологии акцент был сделан на изучении социальных взаимоотношений в здравоохранении и их роли в трансформационных процессах. В условиях радикальных общественных перемен, в основном инициированных сверху, влияние социальных институтов на ход реформ в здравоохранении неизмеримо возрастает. Соответственно институциональный подход становится центральным направлением исследований и находит свое применение в изучении как макро-, так и микроуровней социально-экономической иерархии общества, включая механизмы интериоризации новых правил и норм и их реализации в медико-социальных системах, институты и институциональные изменения в качестве факторов, влияющих на ход медико-социальных процессов и т.д.

В развитии современной отечественной социологии медицины можно выделить два ведущих подхода. Первый был сформирован под влиянием Т.И. Заславской и акцентировал внимание на социально-экономических процессах и явлениях в медицине и здравоохранении, которые рассматривались преимущественно под экономическим и гораздо реже - под социологическим углом зрения (Кучеренко В.З., Малахова Н.Г. и др.). Этот подход способствовал появлению ряда оригинальных социально-экономических теоретико-методологических концепций, которые стали основой новых социальных технологий в системе здравоохранения.

Одновременно ими была «спровоцирована» необходимость разработки социального маркетинга в здравоохранении. В центре проблемы оказалось комплексное изучение крупной социальной системы, охватывающее индивида, социальные группы, предприятия, территориальные единицы (село, город, регион) в ракурсе отдельных

актуальных процессов (например, отношение к труду младшего и среднего медицинского персонала) до комплексного социологического исследования медико-социальных процессов (Дж. В. Браун, Русинова Н.Л. и др.). Это позволило исследовать актуальные проблемы здравоохранения, поставив во главу угла целостное восприятие медико-социальных систем и социальных процессов, выявление социальных механизмов и последствий трансформационного процесса. Медико-социологический мониторинг (Назарова И.Б., Решетников А.В., Шилова Л.С. и др.) в качественно изменяющейся социальной среде позволил глубже понять основу тенденций и дать более обоснованные оценки результативности реформирования здравоохранения, а также возможных последствий этих изменений как для общества, населения вообще, так и для пациентов, в частности.

В литературе существует достаточно большое количество исследований по проблемам врачебной профессии (Боброва И.Б., Боярский А.П., Чернова Т.В., Макаренков А.М., Короткое Ю.А., Решетников А.В., Кириллов А.В., Царегородцев Г.И., Билибин А.Ф., Филатов В.Б., Чудинова Н.Э., Погорелов Я.Д.), где в контексте социологии медицины раскрываются отдельные аспекты профессионализма, его значения в современном мире. Принципиальными для формирования исследовательского поля диссертации явились фундаментальные труды по социологии медицины академика РАМН А.В. Решетникова. Проблемы интериоризации ценностей профессиональной роли врача раскрываются в работах таких исследователей, как В.В. Власов, В.В. Деларю, В.Я. Скворцов, Н.Н. Седова и др. Однако поведенческая составляющая здравоохранения еще не нашла должного рассмотрения. Это и обусловило выбор темы, определение целей, задач, объекта и предмета исследования.

Целью исследования является выявление основных детерминантов различных моделей здравоохранительного поведения населения в условиях современной России. Это предполагает решение следующих задач:

- изучить поведение разных социальных групп по их отношению к проблемам здоровья и болезни;
- выяснить современную специфику поведения россиян в области здравоохранения;
- уточнить влияние рыночных трансформаций на здравоохранительное поведение населения;
- предложить типологию потребительского поведения в сфере медицинских услуг;

- выявить специфику сельского здравоохранительного поведения.

Объектом исследования является здравоохранительное поведение населения. **Предмет** исследования - влияние основных факторов, определяющих состояние здоровья и здравоохранительное поведение россиян.

Методологической базой исследования выступает комплексный подход, разработанный на основе структурно-функциональной концепции Э. Дюркгейма, теории идеальных типов М. Вебера, положений Ф. Тенниса, Г. Зиммеля, которые послужили основой для отношения к здоровью (болезни) как к социальному факту, неразрывно связанному с социально-экономической стабильностью общества. В методологическом плане представляется значимым положение о сложной структуре взаимодействий между людьми, включающей в себя эмоции, симпатии, доверие, ответственность, рациональность, свободу воли и пр. Это положение нацеливает на понимание здравоохранительного поведения людей с позиций (осознаваемых или нет) их ценностей, их внутреннего мира, акцентирует внимание на том, что взаимодействие людей опосредовано их социокультурными формами и отражает отношения иерархии (господство, подчинение, обязательства и пр.), социальной динамичности (дифференциация, специализация, конкуренция, соперничество и пр.). Процессам интеграции, ассоциации противостоят процессы диссоциации, конфликта, без чего трудно понять отношения в системе здравоохранения, особенно между врачом и пациентом.

Концепции Т. Парсонса и Р. Мертона составили основу для понимания здравоохранительного поведения через призму структурно-ролевого взаимодействия людей, реагирующего на заранее установленные правила и внутренние нормы, ценности и социальные установки людей под воздействием конкретного типа социальной организации, процессов, институтов и структур, неравномерного распределения власти, ресурсов данного общества.

Эмпирической базой данного исследования являются вторичный анализ опубликованных результатов социологических исследований, статистические материалы, результаты 3 репрезентативных опросов методом анкетирования по бесповторной квотно-стратифицированной вероятностной выборке, проведенных социологической лабораторией Саратовского государственного аграрного университета имени Н.И. Вавилова с участием автора: «Здраво-

охранительное поведение на селе» (2002-2003 г., пос. Тепловский Перелюбского р-на и с. Александров Гай Саратовской обл. - опрошено 156 селян); «Отношение саратовцев к своему здоровью и здравоохранению» (2003 г. - опрошено 100 горожан), «Структура питания саратовцев» (2005 г. - опрошено 465 респондентов).

Научная новизна диссертационного исследования состоит в следующем:

- на основе анализа поведенческих теорий и генезиса социологической рефлексии здравоохранения в России и за рубежом уточнен комплекс методологических оснований исследования здравоохранительного поведения россиян;
- предложена авторская интерпретация понятия и основных составляющих здравоохранительного поведения населения;
- охарактеризовано влияние рыночных трансформаций на здравоохранительное поведение населения в России и в регионе;
- определены основные характеристики поведения потребителей медицинских услуг в регионе;
- выявлена зависимость здравоохранительного поведения населения от типов поселений в регионе;
- построена региональная факторная модель здравоохранительного поведения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Анализ генезиса различных подходов к изучению проблем, связанных с состоянием здоровья и поведением населения в данном аспекте показал, что наибольшей плодотворностью обладает комплексный подход социологического изучения на основе объединения структурно-функциональной и поведенческой концепций, дополненных положениями структурализма, социологии повседневности, символического интеракционизма, что позволяет достаточно полно представить себе специфику здравоохранительного поведения населения в социальном контексте.

2. Под термином «здравоохранительное поведение» понимается практическая реализация сознательного отношения человека к своему здоровью как к социальной ценности, направленность его поведения на охрану и укрепление своего здоровья, а также здоровья окружающих его людей, на профилактику его нарушений, на ведение здорового образа жизни. Оно является индивидуальным проявлением отношения человека к своему здоровью, соответствующей ценностной ориентации индивида в соответствии с тем местом, которое он отводит своему здоровью в системе цен-

ностей и ценностных ориентации. В то же время здравоохранительное поведение в современных условиях выступает как значимая общественная форма социально-экономического поведения, основой оценки степени соответствующей эффективности функционирования системы здравоохранения. Таким образом, определение здравоохранительного поведения в широком смысле характеризует поведение индивидов по отношению к своему здоровью, основанное не только на индивидуальных (психологических и биологических), но и на социально-экономических факторах.

3. Социологический анализ теории и врачебной практики позволил выявить современную специфику моделей взаимодействия врача и пациента - научно-биологического, сакрального, коллегиального и контрактного типов. В России сегодня доминирует коллегиальная модель, когда пациент приходит к врачу как к равному. Однако эти отношения постепенно трансформируются в направлении к контрактной модели, сложившейся на Западе, но с учетом специфики нашей ментальности, системы ценностей и традиций отечественной медицины.

4. Основная специфика рыночных трансформаций в российском здравоохранении проявляется через низкий уровень оптимизации рынка медицинских услуг, значительное усложнение классической формулы купли-продажи медицинских услуг и товаров, дифференциацию спроса на составляющие элементы (нужду, потребность и спрос), подмену среди населения ориентации на лекарство или предмет ухода установкой на покупку как способ вернуть себе здоровье и устранить состояние дискомфорта, вызванное нездоровьем (потребители зачастую рассматривают медицинские и фармацевтические товары и услуги не как желаемые, а как необходимые покупки). Еще особенность связана с неосведомленностью и низким уровнем информированности конечного потребителя (больного) и низким уровнем качества массовых медицинских услуг и фармацевтических товаров.

5. Вся совокупность факторов, структурирующих здравоохранительное поведение, обладает региональной спецификой и включает в себя формальные и неформальные нормы; степень включенности в функционирование системы здравоохранения и социальной защиты; наборы субъективных оценок состояния своего здоровья и установок на его сохранение, поддержание, согласующиеся с ожиданиями, стереотипами и мифами восприятия, которые устойчиво сохраняются в массовом сознании; наборы социально-демографи-

ческих и экономических характеристик населения. Доминирующей является социально-экономическая дифференциация населения по уровню доходов, статусу и характеру занятости.

6. В настоящее время фиксируются специфические региональные модели здравоохранительного поведения населения, выявляется особенность сельской и городской их модификаций, а также наличие пяти региональных факторных моделей здравоохранительного поведения, которые различаются по социально-экономической обусловленности состояния здоровья и его месту в системе социокультурных ценностей, регулирующих поведение человека, по образу жизнедеятельности и характеру потребления медицинских услуг.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в возможности использования теоретических и практических выводов в дальнейших исследованиях проблем теории и практики изучения и формирования здравоохранительного поведения во всех сферах общественной жизни. Выводы данного исследования могут быть использованы специалистами в области социальной защиты, системы здравоохранения с целью повышению эффективности работы с населением. Материалы работы могут представлять интерес для общеобразовательных учреждений, техникумов, вузов при формировании программ обучения в области медицинской социологии, медицинского маркетинга, социологии образа жизни, социологии молодежи, досуга и пр.

Апробация работы. Основные положения и выводы диссертации докладывались на научных семинарах аспирантов социологического факультета Саратовского государственного университета имени Н.Г. Чернышевского в 2003-2005 гг., научных семинарах кафедры философии и социологии Саратовского государственного аграрного университета имени Н.И. Вавилова. Результаты исследования излагались автором на международной научной конференции «Социальное расслоение, власть и гражданское общество в современной России» в октябре 2004 г.; на межвузовской научной конференции «Проблемы социально-политического развития современного российского общества» в феврале 2005 г., а также на итоговых конференциях профессорско-преподавательского состава Саратовского государственного аграрного университета имени Н.И. Вавилова в 2002-2005 гг. и отражены в четырех публикациях.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, двух глав по три параграфа каждая, заключения, списка использованной литературы и приложений.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, рассмотрена степень разработанности проблемы, сформулированы цель и задачи работы, определена ее научная новизна, даны положения, выносимые на защиту, а также раскрыта теоретическая и практическая значимость исследования.

Глава 1 «Здравоохранительное поведение как форма социально-экономического взаимодействия» посвящена анализу эволюции различных теоретических и практических подходов, непосредственно связанных с темой исследования.

В первом параграфе «Здравоохранительное поведение в поведенческих теориях» прослеживается генезис основных теорий здоровья и поведения в социологических, статистических концепциях.

Дискурс работ классиков социологии, таких, как О. Конт, Г. Спенсер, К. Маркс, Ф. Энгельс, Э. Дюркгейм, М. Вебер, Г. Зиммель, Ф. Теннис показал постепенное осознание здоровья не только как биологического и физиологического состояния организма, но и как социально обусловленного вида деятельности. Этому способствовали и параллельные медико-статистические обследования различных категорий населения разных стран, что вызвало ряд теорий о теснейшей связи социологии медицины и социальной гигиены. В начале XX в. работы И. Блэквелла по медицинской социологии заложили фундаментальные принципы изучения заболеваний в социологическом аспекте и обусловили формирование социологии медицины, в рамках которой затрагивались и многие аспекты здравоохранительного поведения населения.

С началом формирования социологии медицины после первой мировой войны актуализировалась необходимость социологического осмысления роли и места самого пациента в системе здравоохранения. Значительный вклад в этот процесс внесли Т. Парсонс, Л. Хендерсон и другие исследователи. Постепенно, к 50-м годам в разработку этих проблем включился широкий круг социологов, таких, как Дж. Герин, Г. Мэйо, Дж. Франк, А. Страусе, М. Фуко, Р. Мертон, К. Винтер, Дж. Верч и др. В их работах болезнь рассматривалась как социальная девиация, а поведение больного ассоциировалось с контролируемым отклоняющимся поведением. Однако эти концепции составляют основу для понимания здравоохранительного поведения через призму ролевого взаимодействия, реагирующе-

го на заранее установленные правила и внутренние нормы, ценности и социальные установки людей под воздействием конкретного типа социальной организации, процессов, институтов и структур, неравномерного распределения власти, ресурсов конкретного общества.

В России логика социологической мысли по поводу здравоохранительного поведения выстраивалась в соответствии с эволюцией социологии в стране. Отдельные аспекты социальных взаимодействий и поведения применительно к здравоохранению в отечественной социологии обсуждались с конца XIX - начала XX в. в основном в рамках социальной гигиены и земской статистики (Баранов А.И., Вегер И.С., Вяткина Е.И., Гиляровский Ф.В., Ковалевский А.Г., Эрисман Ф.Ф. и др.). Поведенческие социологические концепции можно обнаружить в работах таких советских и русских ученых, как Л.С. Выготский, А. Н. Леонтьев и др. Прикладные социологические исследования здравоохранения вплоть до середины 60-х годов XX в. осуществлялись лишь в рамках организации здравоохранения и социальной гигиены.

С 60-х годов XX в. одновременно с возрождением социологии в целом активизировалось и изучение медико-социальных проблем (Бирюков Д.А., Гращенко Н.И., Жданов В.М., Изуткин А.М., Лисицын Ю.П., Царегородцев Г.И. и др.). В 90-е годы XX в. в условиях радикальных общественных перемен центральной темой медико-социологических исследований стало изучение здравоохранения как социального института и путей его модернизации в ходе реформирования российского общества (работы Бедного М.С., Зотина В.А., Лисицына Ю.П., Медкова В.М.). В наступившем втором тысячелетии особенно быстро развиваются исследования в рамках нетрадиционной социологии. В фокусе внимания В.И. Антонова и др. находятся исследования социального процесса, протекающего на микроуровне взаимодействия конкретных индивидов в сфере здравоохранения. При этом усиливается тенденция сближения теории и эмпирических измерений социальных связей конкретной личности как действующего творца социального процесса поддержания своего здоровья.

В последние годы акцент перенесен на социологию адаптации и восприятия населением реформ системы охраны здоровья с позиции прежде всего **социального поведения** (исследования Антонова В.И., Журавлевой И.В., Решетникова А.В., Шиловой Л.С., Назаровой И.Б., Корховой И.В. и др.), что продолжило ориентацию на нормативный

порядок и взаимное сцепление ожиданий и оценок, лежащих в основе поведенческих теорий. Появились такие термины, как «медицинская активность», «самосохранение», которые подчеркивали деятельностное начало, зависящее от личности как социального субъекта. Однако, как подчеркивается в работе, эти термины неполно отражают степень ценности здоровья и уровень деятельности личности для его поддержания, не включают в себя внешний (по отношению к личности) аспект взаимодействия человека с системой здравоохранения, социально-экономическим окружением.

Исходя из этого, обосновывается необходимость термина «здравоохранительное поведение», рассматриваемого как действие, формируемое различными, но взаимодействующими влияниями, роль которых варьируется в конкретных социальных контекстах. Данный социологический подход позволяет выявить социально-экономическую обусловленность состояния здоровья и его место в системе социокультурных ценностей, регулирующих поведение современных россиян в условиях трансформации системы здравоохранения. Одновременно он предполагает учет общественного мнения различных социальных категорий населения, мотивационно-личностных аспектов, раскрывающих отношение человека к своему здоровью как форме определенного практического поведения людей, так и в виде мнений, суждений, формального и неформального социального контроля, например, в ситуации ролевого поведения врач - пациент.

Во втором параграфе «Типология взаимоотношений врач - пациент» анализируются ролевые поведенческие концепции Т. Парсонса и его последователей применительно к взаимодействию врача и пациента. Их анализ позволил выделить несколько моделей их поведения.

Научно-биологическая модель появилась вследствие возникновения врача как ученого, который должен быть объективным, опираться на факты, избегая всех ценностных суждений. Его задача - представить все данные пациенту, а выбор способов лечения и ответственность за их эффективность - за пациентом.

Сакральная модель взаимоотношения врач - пациент отражает врача, основной принцип которого гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». Пациент, лишенный возможности принимать решения, перекладывает всю ответственность на врача.

Коллегиальная модель предполагает, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели -

к ликвидации болезни и защите здоровья пациента, когда доверие играет решающую роль. Когда два человека или две группы людей действительно отстаивают общие цели, их доверие оправдано, и модель коллегиального типа адекватна. Здесь налицо равенство и в достоинстве, и в уважении, и в мире содействия, что не было присуще другим моделям

Контрактная модель свойственна современным рыночным отношениям, основана на символическом, традиционном соглашении, предусматривающем взаимные обязательства врача и пациента и ожидание взаимной выгоды, имеющие свои границы. Основные принципы свободы, личного достоинства, честности необходимы для модели контрактного типа. В такой модели может существовать подлинное разделение авторитета и ответственности. Она позволяет избежать отказа от ответственности как со стороны врача, так и со стороны пациента, а также ложного неконтролируемого уравниательства в их взаимодействиях. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Эти объяснительные модели могут быть применены с известной осторожностью к коллективам, состоящим более чем из двух членов, например, к больницам.

Естественно, все эти моменты в отношениях врач - больной в медицинской практике в России имеют место. Однако сегодня доминируют сакральная модель для подавляющего большинства населения (в области бесплатной медицины) и коллегиальная модель, когда элитный пациент приходит к платному врачу как к равному. Однако эти отношения постепенно трансформируются в направлении к контрактной модели, сложившейся на Западе, но с учетом специфики нашей ментальности, системы ценностей и традиций отечественной медицины. Этому препятствует ряд факторов, таких, как российская специфика врачебной этики, различие позиций врача и пациента, отсутствие четких правил выстраивания их взаимоотношений, неумение врача выбрать стиль поведения, недостаточная психологическая подготовка медиков, психологическое состояние больного, тендерные различия и т.д. Имеет значение также влияние на больного других пациентов, медицинской сестры. Однако основные тенденции в трансформациях данных моделей в современной России определяются как изменениями в системе здравоохранения, так и социально-экономическими особенностями жизнедеятельности социума.

В третьем параграфе «Влияние рыночных трансформаций на здравоохранительное поведение населения» анализируются основные методологические подходы к анализу воздействия рыночных трансформаций на проблемы здравоохранения и соответствующего поведения россиян. Их анализ и использование в качестве инструментария изучения реальных процессов позволили выявить трансформацию структуры здравоохранительного поведения под влиянием социально-экономических перемен, уточнить специфику рыночных трансформаций в российском здравоохранении.

Здравоохранительное поведение основывается на отношении к своему здоровью, его самооценке, которые можно рассматривать как важный субъективный фактор. Однако роль здоровья как «регулятора» поведения индивидов проявляется пока, к сожалению, в незначительных масштабах и потому не исключает обнаружения прямой связи между ними, сохраняющейся даже в старших возрастных группах, т. е. на фоне общего ухудшения состояния здоровья, вызываемого или усиливаемого процессами старения. Само же поведение отличается двойственностью. С одной стороны, здравоохранительное поведение выступает как важный фактор сохранения здоровья человека, с другой, оно проявляется через степень реализации конкретных действий, идущих на пользу или во вред организму человека. Большая часть этих действий проявляется во время досуга, направленного на рекреацию, восстановление после работы и подготовку к выполнению трудовой деятельности. К конкретным видам здравоохранительного поведения можно отнести следующие группы поведенческих действий: регулярные профилактические осмотры, обращение к врачу при первых признаках заболевания, выполнение всех рекомендаций врача; организацию полноценного отдыха (в том числе отпускного), занятия физкультурой, спортом, закаливание, соблюдение режима питания, труда, отдыха, сна; отсутствие (или присутствие) вредных привычек (курение, употребление алкоголя и пр.) может дополнять или противостоять здоровому образу жизни, сводя его на нет.

Первая и главная особенность рыночных трансформаций в отечественном здравоохранении - значительное усложнение классической формулы купли-продажи медицинских услуг и товаров за счет включения третьего звена - провизора, при этом врач в равной, а иногда и в большей степени является генератором спроса. Вторая важная особенность рыночных трансформаций в здравоохранении - то, что необходимо учитывать не спрос, как на Западе, а три пара-

метра - нужду, потребность и спрос, потому что эти составляющие не соответствуют друг другу. Третья особенность - потребители зачастую рассматривают медицинские услуги не как желаемый товар, а как необходимую покупку, осуществляемую под давлением симптомов болезни или отклонений от нормального самочувствия, как способ вернуть себе здоровье и устранить состояние дискомфорта, вызванное нездоровьем. Четвертая особенность связана с неосведомленностью и низким уровнем информированности потребителя (больного) о том, какие услуги он может получить в медицинских учреждениях, какое лекарство ему необходимо и какое из имеющихся на рынке его заменителей надо выбрать. Пятая переходящая особенность - низкий уровень качества массовых медицинских услуг и фармацевтических товаров.

Проводимые в стране реформы оказали двоякое воздействие и на стратегии поведения населения в отношении здоровья. Появилось неравенство в объеме и качестве потребляемых медицинских услуг. Люди с хорошими стартовыми условиями вхождения в рынок (материальные средства, образование и востребованная профессия, социальные связи) стали усваивать нормы поведения населения развитых стран, где здоровье является неотъемлемой характеристикой профессиональной ценности и перспективности личности на рынке труда. Среди основной массы населения расслоение по уровню доходов отразилось в первую очередь на условиях поддержания здоровья. При низкой культуре самосохранения и инструментальной ценности здоровья массовой стратегией поведения в отношении здоровья стала его эксплуатация.

Во второй главе «Основные детерминанты здравоохранительного поведения в современных условиях» анализируются основные объективные и субъективные социальные факторы, определяющие современную специфику отношения россиян к своему здоровью и соответствующего поведения.

Первый параграф второй главы «Социально-экономическая дифференциация потребителей медицинских услуг» посвящен конкретизации современного потребительского поведения саратовцев в сфере медицинских услуг.

Результаты опроса, проведенного автором, и сравнительный анализ опубликованных материалов выявил: четверть опрошенных респондентов оценивает состояние своего здоровья как неудовлетворительное; у мужчин в данном отношении больше оптимизма; чем старше человек, тем ниже самооценка состояния

здоровья; чем выше уровень образования, тем выше такая самооценка; наиболее высоко состояние своего здоровья оценивают предприниматели и коммерсанты, наиболее низко - пенсионеры; среди оценивающих свое здоровье по субъективным ощущениям как хорошее - большинство безработных; по территориальному признаку наибольшее число оценивающих свое здоровье как хорошее и наименьшее - как неудовлетворительное - жители сельской местности; хорошим здоровьем своих детей находят только 10 % родителей.

Вместе с тем обнаружено противоречие между ухудшением самочувствия населения за последнее время и снижением частоты обращений за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения. Женщины обращаются за помощью в медучреждения значительно чаще, частота обращения возрастает пропорционально возрасту, особенно резко - после 50 лет; лица с высшим образованием предпочитают обращаться к врачу один-два раза в год, лица со средним и средним специальным образованием посещают медучреждения несколько реже, почти треть из них - меньше одного раза в год; с незаконченным средним и начальным образованием - ежемесячно или раз в полгода; место жительства влияет на частоту посещений, но зависимость не связана с размерами населенного пункта и числом имеющихся в нем ЛПУ; по социальному статусу на 1-м месте по частоте и регулярности обращений в медицинские учреждения пенсионеры, на 2-м - работники бюджетной сферы, на 3-м - инженерно-технические работники и служащие, на 4-м - рабочие, на 5-м - безработные и на 6-м - предприниматели и коммерсанты; лица, имеющие страховой полис, обращаются в медучреждения значительно чаще тех, кто его не имеет; число родителей, обращающихся к врачу за помощью своим детям, составляет $\frac{2}{3}$ от общего числа родителей, имеющих несовершеннолетних детей.

Большинство населения (90 %) уровнем медицинской помощи в той или иной степени не удовлетворено. В наибольшей степени это связано (по степени убывания значимости) с невнимательностью со стороны медперсонала, плохой организацией приема пациентов, низким качеством медицинского обслуживания, недостаточной квалификацией врачей. Но с жалобами обращается незначительная часть населения. Жаловаться на врача или лечебно-профилактическое учреждение больной может только в том случае, если нет необходимости к нему обращаться в дальнейшем. У большинства она имеется не всегда по объективным и

субъективным причинам. В настоящее время страхование в значительной мере занимает положение лишь дополнительного внебюджетного источника финансирования, а права застрахованных реализуются не в полном объеме.

В платные медицинские учреждения обращается в основном группа людей, имеющих доход значительно выше прожиточного минимума. Некоторые из пациентов идут на это, ограничивая потребление продуктов питания и других предметов первой необходимости. Таким образом, в настоящее время платная медицина исчерпала возможности расширения своей ниши на рынке и может иметь будущее лишь при дальнейшем подъеме экономики. И поскольку государственное финансирование здравоохранения осуществляется не всегда в полном объеме, система ОМС становится безальтернативной.

Низкий уровень заработной платы врача и сохранение единой тарифной сетки в современных условиях привели к возникновению нелегального рынка медицинских услуг с расценками, складывающимися на основе рыночной конъюнктуры. Важнейшая идея внедрения обязательного медицинского страхования - создание конкуренции на рынке представителей медицинских услуг, их поставщиков, а также самих медицинских услуг - в настоящее время не реализована в полном объеме (особенно в сельской местности), что требует дополнительного принятия правовых и организационных мер в этом направлении.

Второй параграф второй главы «Объективные условия и факторы изменения здоровья и поведения россиян» обращен к оценке значимости влияния некоторых субъективных и объективных факторов на здравоохранительное поведение населения, в том числе и в регионе.

Анализ результатов опросов, сопряженных с данными статистики и других исследователей, показал, что за последние десять лет показатели физического и эмоционального здоровья неизменно ухудшались. В современных переходных условиях наиболее значимым фактором, детерминирующим все виды здравоохранительного поведения населения, является усиление финансовой и имущественной дифференциации, что предопределяет и отношение россиян к своему здоровью, его самооценку. В условиях реформ сохраняется декларирование здоровья как важнейшей социальной ценности и необходимости заботы о нем в системах ценностей населения. Однако забота о здоровье, как своем, так и чле-

нов семьи, связана с наличием материальных и временных ресурсов. В реальности распространена эксплуатация здоровья, в той или иной степени свойственная представителям разных социальных слоев. Особенно деструктивно поведение и отношение малоимущих слоев, для которых здоровье - единственный ресурс. Даже те, кто успешно адаптировался к рыночным условиям, при достаточности материальных средств не имеют необходимого ресурса времени для рационального здравоохранительного поведения, своевременного лечения.

Статус и занятость (особенно вторичная), тяжелые условия труда, ненормированный рабочий день, безработица и уровень образования оказывают серьезное влияние на специфику поведения в данной сфере. Но это воздействие всегда сопряжено с финансовыми ресурсами. Уникальность современной ситуации в данном аспекте связана с переходным состоянием общества, когда наряду с безработицей появляется возможность неограниченных подработок. В этот период значительная часть населения больше боится нищеты и безработицы, чем работы с большими нагрузками. Лица, адаптирующиеся к новым условиям при помощи дополнительной занятости, не располагают в достаточном объеме ни материальными, ни временными ресурсами. Для них типична практика самолечения. Занятость женщин с девиантными формами адаптации связана с тяжелыми, не поддающимися контролю условиями труда. Их здоровье в наиболее критическом состоянии. Распространены вредные привычки. Необходимо обратить внимание на пока еще не массовую, но все же вполне устойчивую тенденцию превращения коммерческого секса в своеобразный вид вторичной занятости части женщин и девиантные стратегии их поведения в отношении здоровья.

Несмотря на высокие трудовые нагрузки и их негативное влияние на здоровье, положительные факторы, способные смягчить трудовую усталость, используются не в полной мере или заменяются курением, употреблением алкоголя. Лишь незначительное число респондентов физически активны и стараются соблюдать режим сна, отдыха, питания. Даже большие трудовые нагрузки не дают возможности существенно повысить свой заработок и организовать свой отдых в конце недели и во время отпуска.

Среди социально-демографических характеристик возраст выступает как константно-стабильный фактор, тендерные же пара-

метры имеют тенденцию выравнивания мужчин и женщин по степени эксплуатации своего здоровья. Хотя, например, занятые на нескольких работах женщины высоко оценивают свое здоровье, а мужчины, наоборот, дают низкие оценки своему здоровью. Следовательно, при ухудшении здоровья женщины отказываются от дополнительной работы, а мужчины продолжают работать. Тем не менее преимущество женщин в культуре самосохранения, которое было столь очевидным в дореформенный период, начинает утрачиваться. Семейный статус и наличие детей выступают значимым фактором здравоохранительного поведения преимущественно в малообеспеченных семьях.

Анализ структуры питания саратовцев позволил выделить пять типов их поведения в данном аспекте. «Занятые» - это примерно каждый третий взрослый, питающийся в основном в пунктах быстрого питания, кафетериях хот-догами и колбасными изделиями, обращая внимание лишь на приемлемый вкус пищи. О полезных веществах в продуктах питания эти люди задумываются лишь «абстрактно», не вдаваясь в детали. «Стереотипизированный» тип поведения каждого пятого жителя Саратова отличается стремлением соблюдать популярные нормы питания с учетом наличия натуральных компонентов, калорийности, жирности и пр. Их пища более разнообразна, в ней выше доля овощей, фруктов, говядины, они чаще ходят в кафе и рестораны, реже курят и употребляют спиртные напитки. Иными словами, их поведение в большей степени направлено на сохранение своего здоровья. «Вненормативный» тип поведения включает в себя людей двух подтипов: тех, кто питается без соблюдения каких-либо рамок, исходя лишь из собственных установок, желаний, практически заботясь лишь о вкусе пищи, ее количестве (это также примерно каждый пятый саратовец), и тех, для кого самым главным признаком продуктов питания является их цена, доступность, несмотря на низкий уровень доходов. Проблемы холестерина, генетической измененности, калорийности и пр. вне круга их интересов. Их поведение в наименьшей степени ориентировано на сохранение своего здоровья.

Анализ данных, характеризующих качество питания, обнаружил прямой характер связи между спецификой питания и здравоохранительным поведением, с одной стороны, и между этой оппозицией и другими общими факторами - с другой. Так, качественные характеристики питания и здравоохранительного поведения

находятся под значительным влиянием индивидуальных (или семейных) вкусов и предпочтений, степени осознания ими причинных связей между здоровьем и питанием, от способности и готовности подчинить свое поведение, в частности, в области формирования структуры питания, интересам улучшения здоровья. Поскольку эти предпочтения не всегда соответствуют критериям рациональности здоровья, ответственность за негативное влияние качественной структуры питания на здоровье ложится на самого индивида.

В третьем параграфе второй главы «Особенности сельского здравоохранительного поведения» анализируется влияние места жительства на здравоохранительное поведение населения на примере Саратовской области.

Проведенное исследование доказало, что в сельской местности здоровье населения и его самооценка неуклонно ухудшаются, несмотря на более здоровую экологическую среду. Оно живет более консервативной жизнью и в меньшей степени (чем в городе) прониклось рыночным стилем жизни. Более того, минимальные трансформации здравоохранительного поведения селян происходят не только в этом направлении, но (в большей степени) в сторону сохранения прежних стереотипов советского периода, которые оказались свойственны не только пожилым, но и молодым людям. Более того, внедрению нового рыночного здравоохранения препятствуют процессы архаизации сельского образа жизни, что выражается в натурализованных формах оплаты медицинских услуг при тенденции неуклонного снижения их качества и значительной доли самолечения в здравоохранительном поведении селян. Этому способствуют и более низкий уровень доходов жизни сельского населения, отсутствие инфраструктуры, специфика их жилья и питания.

Все это привело к более значительному, чем в городе, разрыву между декларируемой ценностью здоровья и фактической его инструментальной значимостью, когда происходит усиление эксплуатации личностных, физических ресурсов человека. Здоровье из терминальной ценности превратилось в инструментальную, стало средством выживания при отсутствии других социальных ресурсов. Несмотря на высокие трудовые нагрузки и их негативное влияние на здоровье, положительные факторы, способные смягчить трудовую усталость, используются не в полной мере или заменяются курением, злоупотреблением алкоголем. Низкий уро-

вень здравоохранительного поведения в сочетании со слабой мотивацией и неблагоприятными внешними условиями приводит к отрицательным сдвигам в здоровье сельского населения, росту показателей смертности и заболеваемости, порождая целый ряд социальных проблем.

Проведенный факторный анализ позволил сконструировать факторную модель здравоохранительного поведения населения в целом и выделить несколько ее типологических структур в зависимости от социально-экономической дифференциации, особенностей их воздействия на поведение людей, их доминирующих здравоохранительных ориентиров и соответствующей деятельности: элитарно-рациональный, успешно-активный, ситуативный, пассивный и девиантный типы здравоохранительного поведения, из которых наиболее распространенными являются третий и четвертый.

Трансформации, происходящие в последнее время в экономической жизни страны в целом, противоречиво влияют на состояние здоровья и здравоохранительное поведение населения, его физическое и психологическое самочувствие. Динамика показателей здоровья имеет устойчивую тенденцию к снижению. Достаточно большая часть работающего населения эксплуатирует свой физический ресурс. Это важно учитывать не только в деятельности здравоохранительных органов и практикующих врачей, но и при расчетах жизненного уровня населения, при реализации целого комплекса социальных программ, затрагивающих образ жизни различных категорий населения.

В заключении работы подведены общие теоретические итоги проведенного исследования, сформулированы основные выводы и практические рекомендации по профилактике и урегулированию конфликтных ситуаций, а также намечены дальнейшие пути разработки данной проблемы.

В приложениях представлены анкеты, использованные для конкретного социологического исследования, графики и таблицы с обобщенными результатами опросов.

Основное содержание работы отражено в следующих публикациях автора:

1. *Волкова, М. Б.* Социология медицины: методологические подходы и реалии / М. Б. Волкова // Социальное расслоение, власть и гражданское общество в современной России : материа-

лы международной научной конференции / под ред. З. Т. Голенковой, Г. В. Дыльнова. - Саратов : Саратовский писатель, 2004. - 0,25 печ. л.

2. *Волкова, М. Б.* Современные детерминанты здорового поведения в России / Н. И. Кузнецов, М. Б. Волкова ; ФГОУ ВПО «Саратовский ГАУ». - Саратов, 2004. - Вып. 3. - 4 печ. л. (авторских - 2,0 печ. л.).

3. *Волкова, М. Б.* Здоровоохранительное поведение как социологическая категория / М. Б. Волкова // Некоторые проблемы социально-политического развития современного российского общества. - Саратов : Научная книга, 2005. - Вып. 12. - 0,3 печ. л.

4. *Волкова, М. Б.* Структура питания в здравоохранительном поведении населения Саратовского региона / М. Б. Волкова, Н. И. Кузнецов // Вестник Саратовского государственного аграрного университета. - 2005. - Вып. 2. - 0,6 печ. л.

Подписано в печать 11.05.05. Формат 60×84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.
Гарнитура Times. Печ. л. 1,0. Тираж 100 Заказ 486/433

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Саратовский государственный аграрный университет им. Н.И. Вавилова»
410600, Саратов, Театральная пл., 1

15 MAR 2 1953

