

Санкт-Петербургский государственный университет



005012675

Паутов Иван Станиславович

**РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ СО ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ В
СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Специальность 22.00.04 – Социальная структура,
социальные институты и процессы

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

12 МАР 2012

Санкт-Петербург – 2012 г.

Диссертация выполнена на кафедре теории и практики социальной работы факультета социологии Санкт-Петербургского государственного университета

Научный руководитель: **Григорьева Ирина Андреевна**,
доктор социологических наук, доцент
(Санкт-Петербургский государственный
университет, профессор кафедры теории и
практики социальной работы)

Официальные оппоненты: **Хабибуллин Константин Нигматович**,
доктор философских наук, профессор
(Санкт-Петербургский университет
Государственной противопожарной службы
МЧС России, профессор кафедры философии
и социальных наук)

Бояркина Сания Исааковна,
кандидат социологических наук, доцент
(Санкт-Петербургский государственный
университет сервиса и экономики, доцент
кафедры «Социология»)

Ведущая организация: **Социологический институт Российской
академии наук (СИ РАН), Санкт-Петербург**

Защита состоится 27 марта 2012 года в 16.00 часов на заседании Совета
Д 212.232.13 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-
Петербургском государственном университете по адресу: 191124, Санкт-
Петербург, ул. Смольного, д. 1/3, Смольный, 9-й подъезд, факультет
социологии СПбГУ, ауд. 324.

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале научной библиотеки им.
М. Горького Санкт-Петербургского государственного университета
(Университетская наб., д. 7/9).

Автореферат разослан «15» февраля 2012 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат социологических наук



Соколов
Николай Викторович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования.

В современной России проблема сохранения и улучшения параметров индивидуального и общественного здоровья, предотвращения негативных изменений в статусе здоровья жителей России признается как одна из наиболее актуальных задач – как руководством страны, так и экспертами, проводящими исследования в этой сфере. Так, Президент РФ Д.А. Медведев в своем послании Федеральному собранию 2008 года назвал вопросы здоровья среди трех «важнейших для каждого человека вопросов»¹, отметив, что одной из наиболее актуальных задач в этой сфере в настоящее время является обеспечение роста продолжительности жизни. По состоянию на 2009 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни составляет в нашей стране 62,77 лет для мужчин и 74,67 лет для женщин, что ниже аналогичных показателей в среднем по Европейскому союзу на 10-12 лет².

Однако достижение роста продолжительности жизни не является достаточным для повышения благополучия населения России в сфере здоровья. Не менее актуальной задачей на данном этапе развития российского социума нам представляется увеличение продолжительности здоровой жизни, или жизни, свободной от болезней. Более важным становится не лечение болезней и поддержание жизнедеятельности человека, а превенция негативных изменений в сфере здоровья, обеспечивающая сохранение физической, интеллектуальной и социальной активности индивида как можно более продолжительное время.

Важной задачей в сфере здоровья, являющейся следствием повышения степени индивидуализации и атомизации повседневных практик³, является необходимость повышения степени осознанности членами социума их ответственности за свое здоровье. Деятельность по «созданию мотиваций и условий для здорового образа жизни»⁴ также объявляется одной из задач государственной важности. Однако реализуемый в России с 2006 года приоритетный национальный проект «Здоровье» не включает решение задач связанных с повышением осознания членами социума значимости своего здоровья⁵, фокусируясь на развитии медицинской помощи.

Говоря о задаче предотвращения тех или иных изменений в состоянии здоровья, мы используем категорию «риск», под которой понимаем вероятность определенных негативных событий, связанную с воздействием

¹ Медведев Д.А. Послание Федеральному Собранию Российской Федерации 5 ноября 2008 года // Российская газета (официальный сайт) / URL: <http://www.rg.ru/2008/11/05/poslanie-kremlin.html> (дата обращения 22.10.2010)

² Росстат РФ (официальный сайт) / URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 05.11.2010)

³ Clarke C. L. Risk and long-term conditions: The contradictions of self in society // Health, Risk & Society. 2009, № 4. p.300

⁴ Медведев Д.А. Послание Федеральному Собранию Российской Федерации 12 ноября 2009 года // «Российская газета». Федеральный выпуск № 5038 (214) 13.11.2009.

⁵ Приоритетный национальный проект «Здоровье» фокусируется лишь на развитии системы здравоохранения – он «включает в себя направления: Развитие первичной медико-санитарной помощи и Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью». Цит.по: Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье» / Утверждены президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21.12.2005 г.).

38

комплекса внешних и внутренних факторов. Мы относим риски в сфере здоровья к категории социальных рисков, так как они затрагивают в той или иной степени общество в целом: эффективность взаимодействия между индивидами повышается с понижением числа реальных или потенциальных негативных процессов в сфере здоровья в данном социуме. На уровень рисков, связанных со здоровьем, значимое влияние оказывает комплекс социальных факторов: социально-демографических (возраст, пол, национально-этническая принадлежность и ряд других), социально-экономических (статус занятости, уровень дохода, характер питания, условия жизни и труда, степень удовлетворенности ими и т.д.), поведенческих (самосохранительное либо саморазрушающее поведение индивида)⁶. Эти аспекты обуславливают значимость социологического анализа рисков в сфере здоровья.

Несмотря на признание значимости социальных факторов, влияющих на здоровье, в исследовании этого феномена по-прежнему сохраняется приоритет медицины. Однако возникновение проблем в сфере здоровья, которые слабо поддаются интерпретации с позиций медицины, стимулировало интерес представителей других областей знания, в том числе социологии, где, наряду с социологией медицины, существовавшей с конца XIX века, в настоящее время все более активно развивается социология здоровья. Ее объектом, в отличие от социологии медицины, становится исследование состояния здоровья общества в целом, социальных групп и индивидов, а также специфически социальные факторы⁷, влияющие на состояние здоровья и вероятность его ухудшения.

К актуальным задачам современной социологии здоровья следует отнести анализ конструирования представлений о здоровье, происходящий в рамках так называемых «публичных арен» (социальных институтов, которые способны оказывать влияние на отношение общества к той или иной социальной проблеме). К ним относят средства массовой информации, а также институт образования, выступления политиков, общественных деятелей. Образ проблемы, создаваемый этими публичными аренами, зачастую воспринимается как подлинное отражение социальной реальности⁸, а не как результат социального конструирования.

Степень научной разработанности темы.

В процессе социологического анализа рисков в сфере здоровья важным является рассмотрение теоретических подходов к понятиям «здоровье», «болезнь» и «социальный риск». Основы социологической интерпретации здоровья и болезни были заложены в рамках теории девиации Э.Дюркгейма, концепции социальной аномии Р.Мертон, теории адаптивного развития общества Т.Парсонса, концепции всеобщности власти М.Фуко, идей И.Иллича о контрпродуктивности социальных институтов⁹. К отечественным

⁶ Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М: Наука, 2006. – с. 132

⁷ Дмитриева Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2003. – № 3. – с.51-57

⁸ Луман Н. Реальность массмедиа. М.: Праксис, 2005 – 256 с.; Хилгартнер С., Боск Ч.Л. Рост и упадок социальных проблем: концепция публичных арен. // Средства массовой коммуникации и социальные проблемы. Казань: Изд-во Казанского ун-та, 2000. С.18-53.

⁹ Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. – М.: Канон, 1995; Мертон Р. Социальная структура и аномия // Социология преступности (Современные буржуазные теории). М.:

исследователям, которые внесли значительный вклад в операционализацию понятия «здоровье» применительно к российским реалиям, следует отнести таких ученых, как Ю.П. Лисицын, Л.Г. Матрос, В.А. Лищук и Е.В. Мосткова, И.В. Журавлева, И.Б. Назарова¹⁰. Разработке понятия «социальное здоровье» посвящены исследования Р.А. Зобова и В.Н. Келасьева¹¹.

Важным аспектом социологической интерпретации здоровья является анализ специфически социальных факторов, влияющих на его состояние. Эта проблема затронута в работах, таких отечественных авторов, как И.Б. Назарова, И.В. Журавлева, Н.Л. Русинова и Л.В. Панова, Н.Римашевская, А.В. Вишневский, В.Ф. Школьников¹² и ряд других.

Анализируя процессы, происходящие в сфере здоровья населения современной России, мы используем концепцию социального риска, которая разрабатывалась такими учеными, как У.Бек (автор термина «общество риска»), Э.Гидденс, Н.Луман, П.Тэйлор-Губи, М.Меркхофер¹³. В России исследования социальных рисков проводятся такими учеными, как О.Н. Яницкий, А.В. Мозговая, В.И. Зубков, К.А. Феофанов и другие¹⁴. Некоторые отечественные

Проресс, 1966; Parsons T. The Sick Role & the Role of Physician Reconsidered // MMFQ / Health & Society, Summer 1975; Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998; Фуко М. Рождение социальной медицины // Интеллектуалы и власть. М.: Практикс, 2006; Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. N.Y.: Pantheon Books, 1976.

¹⁰ Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. М.: Мысль, 1989; Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья: актуальные задачи, решения, рекомендации. М., 1994; Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: Макс-Пресс, 2008; Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука, 2006; Матрос Л.Г. Социальные аспекты проблемы здоровья. – Новосибирск: «Наука», 1992.

¹¹ Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Социальное здоровье и самореализация человека. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004; Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Человечествознание: самореализация человека. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2008.

¹² Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. – 2003. – №11; Русинова Н.Л., Браун Дж.В., Панова Л.В. Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // Санкт-Петербург в зеркале социологии. Сб. статей. СПб, 2003; Русинова Н.Л., Панова Л.В. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения // Журнал социологии и социальной антропологии. 2005. № 6; Милле Ф., Школьников В.Ф. Смертность в России: затянувшееся отставание // Мир России. 1999. № 4. С. 138-162; Римашевская Н.М., Копнина В.Г. Здоровье и благосостояние // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987. С.151-163; Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука, 2006.

¹³ Бек У. Общество риска: на пути к новому модерну. М.: Прогресс-Традиция, 2000; Giddens, Anthony. Fate, Risk & Security // A. Giddens. Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Polity Press, 1991; Луман Н. Понятие риска // Риск, неопределенность, случайность. THESIS, 1994, № 5. с.135-160; Merkhofer, M. Decision Science and Social Risk Management: A Comparative Evaluation of cost-benefit analysis, decision analysis, and other formal decision-aiding approaches. Dordrecht: Reidel, 1987; Taylor-Gooby P. & Zinn, J. Current Directions in Risk Research: Reinvigorating the Social? // Social Contexts & Responses to Risk Network (SCARR) Working Paper 2005/8. University of Kent Official Website. URL: <http://www.kent.ac.uk/scarr/>

¹⁴ Мозговая А. В. Социология риска: возможности синтеза теории и эмпирического знания // Риск в социальном пространстве. М.: ИС РАН, 2001. С. 9-37; Яницкий О. Н. Социология риска. М.: LVS, 2003; Зубков В.И. Проблемное поле социологической теории риска // Социологические исследования. 2001. № 6. с.123-127; Феофанов К.А. Российская социология риска: состояние и перспективы // Социологические исследования. 2007. № 4, с.3–12

исследователи (например, К.Н. Хабибуллин, О.И. Бородкина) применяют теорию социальных рисков к анализу процессов в сфере здоровья¹⁵.

Интерпретация социальных рисков происходит в 2 направлениях. Первое трактует риск как «объективный социальный феномен», второе рассматривает его как результат коллективных представлений об опасности. Первый вариант интерпретации предложили У.Бек и Э.Гидденс, вторая трактовка развивалась в русле социального конструкционизма. Выдающимися представителями этого направления являются П.Бергер и Т.Лукман, Г.Блумер, М.Спектор и Д.Китсьюз, Дж.Бест, С.Хилгартнер и Ч.Боск¹⁶, в России концепцию социального конструкционизма развивает И.Ясавеев¹⁷. Кроме того, конструкционистские идеи высказывали в своих работах Н.Луман и П.Бурдьё¹⁸.

Цель диссертационной работы – анализ рисков, связанных со здоровьем населения в современной России, которые интерпретируются как факты объективной реальности и как результаты социального конструирования.

Реализация поставленной цели предполагает решение следующих **исследовательских задач**:

- Проанализировать существующие определения понятия «здоровье» и основные подходы к социологическому осмыслению категорий «здоровье» и «болезнь», предлагаемые отечественными и зарубежными исследователями;
- Предложить авторскую социологическую трактовку понятия «здоровье», отражающую современные тенденции в исследованиях данного феномена;
- Обосновать необходимость анализа процессов в сфере здоровья с позиций концепции социальных рисков, рассматривающей риск как двусторонний феномен – как факты объективной реальности и как результаты социального конструирования;
- Систематизировать основные характеристики рисков, связанных со здоровьем населения в современной России (проявления данного вида рисков, факторы рисков в сфере здоровья, основные социально-демографические и социально-экономические параметры неравномерного распределения рисков, связанных со здоровьем, в современном российском социуме);

¹⁵ Хабибуллин К.Н. Динамика факторов риска и профилактика здоровья населения // Социологические исследования – 2005 – № 6, с.140–144; Бородкина О.И. Социальный контекст эпидемии ВИЧ/СПИДа // Журнал исследований социальной политики, том 6, № 2. – с.151–176;

¹⁶ Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М.: Медиум, 1995; Блумер, Г. Социальные проблемы как коллективное поведение // Контексты современности-II: Хрестоматия. Казань, 2001; Спектор М., Китсьюз Дж. Конструирование социальных проблем // Контексты современности – II / Хрестоматия. Казань, 2001. Ибарра П., Китсьюз Дж. Дискурс выдвигания утверждений-требований и просторечные ресурсы // Социальные проблемы: конструкционистское прочтение. Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 2007. Бест, Джоел. Социальные проблемы // Социальные проблемы: конструкционистское прочтение. Хрестоматия. Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 2007. С. 26–54. Хилгартнер С., Боск Ч.Л. Рост и упадок социальных проблем: концепция публичных арен // Средства массовой коммуникации и социальные проблемы. Казань, 2000. С.18–53.

¹⁷ Ясавеев И.Г. Конструирование социальных проблем средствами массовой коммуникации. – Казань: Изд-во Казанского университета, 2004. – 270 с.

¹⁸ Bourdieu P. Distinction: a Social Critique of the Judgement of Taste. London: Routledge, 1986; Луман Н. Реальность массмедиа. М.: Практикс, 2005.

– Проанализировать основные черты конструирования представлений о рисках, связанных со здоровьем, в средствах массовой информации в современной России (на примере общероссийских ежедневных газет).

Объектом диссертационного исследования является здоровье населения современной России, отдельных индивидов и социальных групп.

Предмет диссертационного исследования – риски, связанные со здоровьем, которым подвергаются отдельные индивиды, основные социальные группы и общество в целом в современной России.

Гипотеза диссертационного исследования:

Мы предполагаем наличие расхождений между параметрами рисков, связанных со здоровьем, которые выявляются в процессе анализа данных официальной статистики и результатов специальных социологических исследований, и образами данных рисков, которые конструируются в современных российских средствах массовой информации, что, по нашему мнению, объясняется доминированием медиалистской позиции в определении здоровья и рисков, связанных с ним, в рамках научного и публичного дискурса.

Теоретико-методологической основой исследования стала концепция социальных рисков, с позиции которой анализируются процессы, связанные со здоровьем населения современной России. Она была разработана такими западными и отечественными социологами, как У.Бек, Э.Гидденс, Н.Луман, О.Н.Яницкий, А.В. Мозговая и ряд других. Они заложили основу понимания социальных рисков как специфического социального феномена, имеющего 2 стороны – *вероятность наступления* определенного негативного события для индивида и социальной группы и *восприятие* этой вероятности самим индивидом/группой. Связующим звеном между данными аспектами является процесс конструирования образа социальных рисков – этот процесс находится в фокусе внимания концепции социального конструкционизма (парадигма конструирования социальных проблем). Эта концепция получила развитие в работах П.Бергера и Т.Лукмана, М.Спектора и Д.Китсыза, С.Хилгартнера, Ч.Боска, методологические модели которых также применяются в данной работе при исследовании рисков, связанных со здоровьем.

Для операционализации понятия «здоровье» за основу нами берется процессуальный подход к данному феномену, рассматривающий здоровье как динамическую характеристику, как элемент процесса адаптации индивида (группы) к окружающей социальной среде. Мы развиваем данную трактовку здоровья на основе идей «всеобщей организационной науки», выдвинутых А.А.Богдановым, и теории адаптивного развития общества Т.Парсонса, являющейся приложением системной теории к анализу социальных процессов.

Методы исследования.

При проведении исследования нами были использованы общенаучные методы – анализ, синтез, метод индукции и дедукции, и специальные методы эмпирических исследований: дескриптивный, сравнительный и корреляционный анализ статистических данных, вторичный анализ результатов специальных социологических и социально-демографических исследований, контент-анализ печатных средств массовой информации (общероссийских ежедневных газет).

Эмпирической базой исследования послужили:

1. Статистические данные Росстата РФ, представленные в статистических сборниках¹⁹, и на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики (Росстат РФ, ранее – Госкомстат РФ) – <http://www.gks.ru>;

2. Материалы специальных социологических и социально-демографических исследований по проблемам индивидуального и общественного здоровья, проведенные И.Б. Назаровой, А.В. Вишневым, К.Данишевским, Ф.Милле и В.Ф. Школьниковым, Н.Л. Русиновой, И.В. Журавлевой и другими исследователями;

3. Программные документы и данные аналитических докладов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Программы развития ООН (UNDP);

4. Результаты анализа материалов, опубликованных в четырех общероссийских ежедневных газетах: «Российская газета», «Известия», «Комсомольская правда», «Труд» в январе-марте 2005 года и в январе-марте 2010 года. Эти издания позиционируют себя как газеты для широкой аудитории, значительно отличаются друг от друга по характеру подачи информации, имеют наибольшие среди ежедневных газет тиражи в масштабе России. Автором было проанализировано 465 номеров газет, в которых было выделено 407 публикаций, рассматривавших те или иные аспекты здоровья.

Научная повизна диссертационного исследования заключается в следующем:

1. развита социологическая трактовка здоровья как процесса адаптации индивида/социальной группы к условиям жизненной среды, продолжающая подход А.А.Богданова и Т.Парсона к социальному развитию как к процессу повышения самоорганизации и степени адаптированности к среде;

2. предложено авторское определение рисков в сфере здоровья, которое развивает предложенную нами социологическую трактовку понятия «здоровье»;

3. представлена характеристика рисков в сфере здоровья, существующих для населения современной России, по параметрам вероятности наступления негативного события и тяжести его возможных последствий.

4. проанализирован комплекс факторов, влияющих на уровень рисков в сфере здоровья и на тяжесть последствий их наступления, а также параметры, которые определяют неравномерное распределение анализируемых рисков в современном российском социуме;

5. выявлены особенности конструирования рисков в сфере здоровья в средствах массовой информации, влияющих на восприятие данных рисков населением (на примере общенациональных ежедневных газет).

В результате проведенного исследования были сформулированы следующие основные **положения, выносимые на защиту**:

1. Интерпретация понятия «здоровье» в настоящее время осуществляется с различных теоретических позиций, но наиболее перспективной трактовкой здоровья мы считаем представление его как динамического процесса адаптации индивида (или социальной группы) к окружающей природной и социальной

¹⁹ Здравоохранение в России. 2009: Стат.сборник. – М.: Росстат РФ, 2009. – 365 с.; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2009 // Стат.сборник. М.: Росстат РФ, 2009. – 990 с; Ярославль в сравнении с областными центрами Центрального федерального округа РФ / Отдел государственной статистики в г.Ярославле. Ярославль, 2009.

среде. В данной работе эта трактовка получает свое развитие применительно к социологическому анализу рисков, связанных со здоровьем, в современной России. Текущие показатели состояния здоровья индивида, социальной группы или общества в целом являются динамической характеристикой процесса адаптации индивидов и социальных групп к их жизненной среде.

2. Под рисками, связанными со здоровьем, нами понимается опасность нарушения адаптации индивида или социальной группы к среде; результатом такого нарушения могут стать изменения физического и/или психического состояния индивида, что ведет к наступлению комплекса социальных, психологических, экономических негативных последствий. Таким образом, сущность рассматриваемых рисков состоит в опасности «адаптивных неудач», а проявления – в нарушениях функционирования индивида. Эти риски особенно актуальны для современной России, где высокие темпы трансформационных процессов привели к необходимости поиска ресурсов для кратковременной адаптации, и потенциал здоровья стал для значительной части населения одним из таких ресурсов.

3. Проявления рисков, связанных со здоровьем, различны по вероятности наступления негативного события и тяжести последствий такого события. К проявлениям рисков с наиболее тяжелыми последствиями (инвалидность, смерть) относятся дисфункции сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования и дисфункции, вызванные внешними причинами (травмы, отравления). Источники этих рисков являются слабо управляемыми с помощью медицинских мер (институт здравоохранения может иметь дело лишь с их последствиями), что обуславливает необходимость поиска социальных превентивных мероприятий по минимизации этих проявлений рисков.

4. Вероятность тех или иных проявлений рисков, связанных со здоровьем, является динамической категорией, которая изменяется под влиянием комплекса факторов, основная доля которых имеет социальную природу – это образ жизни как интегральная характеристика социально-экономических, социально-демографических и поведенческих показателей; состояние окружающей среды и эффективность системы здравоохранения. Кроме того, ряд социально-демографических и социально-экономических параметров (возрастные, гендерные характеристики индивида, его уровень образования, дохода, условия жизни и труда, регион проживания и тип поселения) влияют на неравномерное распределение рисков ухудшения здоровья в социуме и обуславливают набора рисков в определенной социальной группе.

5. Несмотря на большую значимость социальных факторов, воздействующих на риски в сфере здоровья, в информировании населения о рисках, связанных со здоровьем, в России в настоящее время доминирует медикалистский и административный дискурс. Для их освещения в СМИ в качестве экспертов приглашаются чаще всего представители медицинского сообщества и органов власти, формирующие представление о данных рисках как об исключительной прерогативе института здравоохранения. Конструированию рисков в сфере здоровья способствуют газетные заголовки, подчеркивающие и (в ряде случаев) преувеличивающие опасность. Отбор конкретных вопросов для анализа в прессе

зависит не от значимости проблемы, а от внимания федеральной и региональной власти, от возможных выгод от освещения проблемы (например, потребление лекарств или медицинских услуг), предпочтений учредителей и редакции или ситуативного интереса к проблеме, связанного с определенным событием.

Научно-практическая значимость работы.

Результаты данного диссертационного исследования могут быть учтены при планировании и реализации социальной политики в сфере здоровья на федеральном и региональном уровне. В работе автор предлагает рекомендации по организации взаимодействия органов государственной власти и местного самоуправления, научного сообщества и средств массовой информации в области информирования населения о рисках в сфере здоровья, существующих в современной России.

Материалы данной работы могут быть адаптированы для включения их в курс «Основы безопасности жизнедеятельности» для средних общеобразовательных учебных заведений. Кроме того, они могут быть использованы при подготовке учебных дисциплин для студентов высших учебных заведений «Социальная политика», «Основы социальной медицины», «Основы анализа и практика минимизации социальных рисков», для магистерской программы «Общественное здоровье» (Public Health), а также учебно-методических материалов для «Школ третьего возраста».

Апробация работы.

Основное содержание диссертационного исследования представлено в 18 авторских публикациях общим объемом около 4,5 печатных листов, в том числе в четырех публикациях в журналах из списка ВАК. Основные положения и выводы работы докладывались и обсуждались на всероссийских и международных конференциях в 2008–2010 годах в Санкт-Петербурге («Ковалевские чтения», «Санкт-Петербургские социологические чтения», «Пушковские чтения» и др.), Мурманске («СМИ в социокультурном пространстве современной России»), Ярославле («Духовные ценности в науке, культуре, образовании»), Барнауле («Теория и практика социальной работы: история, реалии и перспективы»). В 2009 году автор принял участие в коллективной монографии «Национальные проекты и реформы 2000-х годов: Модернизация социальной политики», а также в международном проекте «Конструирование социальных проблем: социальная история, визуальный анализ, этнография», который был реализован Центром социальной политики и гендерных исследований при финансовой поддержке Фонда Джона Д. и Кэтрин Т. Макартуров (грант 08-90577-000-GSS).

Структура работы.

Диссертационное исследование состоит из введения, двух глав, включающих 9 параграфов, заключения, списка литературы, который насчитывает 180 источников на русском и английском языках, и приложений, в которых представлены основные результаты диссертационного исследования.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во Введении обосновывается актуальность темы диссертационного исследования, характеризуется степень ее научной разработанности,

формулируются цель и задачи исследования, его объект, предмет, теоретико-методологическая основа исследования. Приводятся элементы научной новизны, положения, выносимые на защиту, обосновывается теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования.

В главе 1 «Теоретико-методологические основы социологического анализа рисков в сфере здоровья» излагаются социологические трактовки таких феноменов, как «здоровье», «болезнь» и «социальный риск».

В параграфе 1.1. «Трансформация отношения к здоровью в процессе развития социума. Основные трактовки понятия «здоровье» на современном этапе» автор предлагает периодизацию развития представлений о здоровье. Выделяются следующие этапы трансформации отношения к здоровью: фаталистический (мифологический) этап; период сочетания мифологических и протонаучных идей о здоровье; религиозный этап; медицинский, или естественнонаучный, этап; медико-социальная парадигма и социально-медицинская парадигма, связанная с деятельностью Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В 1948 году ВОЗ предложила понимание здоровья как состояния «полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствия болезни или физических дефектов»²⁰. В настоящее время эта дефиниция подвергается критике в связи с представленной в ней трактовкой здоровья как статической категории, а также вследствие невозможности разработки унифицированных стандартов благополучия для разных социальных групп. В результате все более активно в социальных исследованиях используется динамическая трактовка здоровья, представление его через процесс адаптации индивида/социальной группы к жизненной среде.

В параграфе 1.2. «Определение здоровья и болезни: кризис медицинской парадигмы и основные социологические подходы» рассматриваются подходы к разграничению здоровья и болезни, предлагаемые медициной и социологией.

Автор развивает тезис М.Фуко о том, что разграничение между здоровьем и нездоровьем связано, вероятно, с переходом понятий нормы и патологии из области медицинского знания в систему социальных норм. Этот процесс проходил параллельно «становлению социальной медицины»²¹, под которой М.Фуко понимает медицину, охватывающую своим влиянием все общество.

Несмотря на успехи медицины в лечении заболеваний, медицинский подход сталкивается с определенными трудностями при попытке концептуализации понятий *здоровье* и *болезнь*. Это связано с недооценкой медиками взаимосвязи между физиологическими и психическими процессами; с исключением из анализа здоровья социальных, психологических, поведенческих измерений; с рассмотрением болезни как «выхода из строя» какой-либо детали-органа.

В разработку понятий *здоровье* и *болезнь* внесли свой вклад различные направления в социологии. Так, теория девиации интерпретировала болезнь как отклонение от норм, принятых в социуме. Это направление теоретического анализа здоровья впервые появляется в трудах одного из основоположников социологической теории девиации Эмиля Дюркгейма²². Согласно его концепции,

²⁰ Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М., 2007 – 526 с. С. 82.

²¹ Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. – 310 с. С.15

²² Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение.- М.: Канон, 1995. – С.30

любое общество, в котором существуют нормы (в том числе, в отношении здоровья), вынуждено иметь дело с девиацией, отклонением от них.

Свое развитие теория девиации получила в работах Р.Мертон. Индивид в его концепции стремится к «адаптации к условиям, существующим в обществе или группе»²³, к существующим в них нормам. Он выделяет 5 типов стратегий адаптации – подчинение, инновацию, ритуализм, ретретизм и мятеж.

В ролевой теории Т.Парсонса болезнь рассматривается как принятие на себя особой социальной роли – «роли больного», которая предполагает наличие «ряда привилегий, но и определенных обязанностей и ограничений». Ролевая теория Парсонса заложила основу рассмотрения болезни не столько как объективной характеристики, но как субъективной, социально конструируемой категории. Кроме того, Парсонс первым обратил внимание на связь таких феноменов, как здоровье, социальная адаптация и интеграция в среду: «Болезнь есть нарушение процесса интеграции заболевшего в сферу взаимодействия в работе, семейной жизни и других сферах»²⁴ социальной жизни.

Рассмотрение здоровья и болезни как социальных конструкторов было продолжено в рамках концепции конструкционизма. Теоретической основой данного направления послужили работы П.Бергера и Т.Лукмана, Г.Блумера, М.Спектора и Д.Китсьюза. Конструкционизм рассматривает социальные проблемы (в том числе проблемы в сфере здоровья) в контексте определенной активности членов общества. Исследователи, работающие в этой парадигме, фокусируют внимание на методах, используемых людьми для определения того или иного феномена как социальной проблемы.

Концепция «всеобщности власти» М.Фуко представляет понятия *здоровье* и *болезнь* как инструмент осуществления так называемой «биополитики»²⁵ государством в целом и институтом здравоохранения в частности.

Представители объективистского направления в социологическом анализе здоровья фокусируются на изучении социальных факторов, влияющих на состояние здоровья, – экзогенных (внешних) и эндогенных (внутренних).

Социальный статус как фактор, влияющий на здоровье и образ жизни, в зависимости от социальной позиции индивида или группы рассматривается в концепции П. Бурдьё: «социальная структура, определяя социальные позиции, в значительной степени связана со здоровьем и благополучием». Гипотеза о связи социального статуса и здоровья основана также на том, что «социальная позиция определяет характер питания, условий жизни и труда и т.д. Состояние здоровья и смертность неодинаковы в различных социальных группах»²⁶.

Теория неравномерности распределения ресурсов анализирует связь рисков в сфере здоровья с наличием у индивида/группы тех или иных ресурсов – условий проживания, санитарного состояния жилья, состояния окружающей среды, способа передвижения, доступа к услугам здравоохранения.

²³ Мертон Р. Социальная структура и аномия // Социология преступности. М.: Прогресс, 1966. С. 305

²⁴ Parsons T. The Sick Role & the Role of Physician Reconsidered // MMFQ / Health & Society, Summer 1975. P. 258

²⁵ Фуко М. Нужно защищать общество. Пер. Е.А. Самарской. СПб., 2005. – с.253

²⁶ Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: Макс-Пресс, 2008 – с.62

Анализ эндогенных факторов проводится в рамках концепции отношения к здоровью и самосохранительного поведения. Разработке понятия «отношение к здоровью» посвящены исследования И.В. Журавлевой. Она выделяет три основных уровня отношения к здоровью: индивидуальный, групповой и социетальный. Отношение к здоровью в этой концепции определяет выбор индивидом определенного типа поведения: самосохранительного или саморазрушающего. Самосохранительное поведение (ССП) определяют как систему действий и установок личности, направленных на сохранение и укрепление здоровья и продление жизни. Противостоит самосохранительному т.н. саморазрушительное поведение – систематическое осуществление действий, ухудшающих состояние здоровья.

Следует отметить, что при активном использовании различных понятий, обозначающих ухудшение здоровья – «болезнь», «заболевание», «патология», в социологическом дискурсе практически отсутствуют понятия, описывающих процессы улучшения здоровья. Такие понятия, как «сохранение, поддержание, укрепление здоровья», описывают не его улучшение, а закрепление его на определенном уровне. А термин «восстановление здоровья» подразумевает, что перед этим процессом здоровье индивида ухудшилось, отошло от «нормы», и теперь необходимо его возвращение к нормальному состоянию.

В параграфе 1.3. «Взаимосвязь понятий «адаптация», «здоровье» и «качество жизни». Уровни анализа здоровья» автором аргументируется трактовка здоровья через процесс адаптации, который определен как достижение гармоничного взаимодействия между социальной системой и средой, в которой функционирует данная система. То есть здоровье представляет собой отражение процессов адаптации человека к окружающей природной и социальной среде, представленное в виде показателей физического, психического и социального благополучия (неблагополучия) этой системы в определенный период времени. Современные исследователи рассматривают человека как «развивающуюся динамическую биопсихосоциальную целостность», которая проходит «в своем развитии ряд фаз и характеризуется разнообразием форм адаптации к среде, стремится к раскрытию своих потенций, самоутверждению через включение в социальные структуры»; это «система, ориентированная на самопроявление через использование ресурсов окружающих человека социальных структур»²⁷.

Успешность адаптации и, как следствие, улучшение здоровья в определенный период времени, в значительной степени определяется *качеством жизни* индивида. Исследователей качества жизни интересует, одной стороны, субъективное восприятие своей жизни индивидом, а с другой – внешние оценки состояния жизни, которые принято считать объективными. Если условия оцениваются позитивно и по объективным измерениям, и по субъективным оценкам, эту ситуацию можно определить как *благополучие*. Если же обе оценки являются негативными, то это сочетание определяется как *депривация*. Если объективное качество жизни хорошее, а субъективная оценка негативная,

²⁷ Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Человечествознание: самореализация человека. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2008. – с.77-78

можно говорить, что возникает ситуация *диссонанса*. А комбинация плохих условий жизни и позитивной их оценки индивидом свидетельствует о *вынужденном приспособлении* к имеющимся условиям²⁸. При чрезмерном напряжении возможностей адаптации негативные изменения в здоровье индивидов и социальных групп проявляются более резко.

Автор выделяет следующие уровни социологического анализа здоровья:

1. Микроуровень – индивидуальное здоровье, в рамках которого выделяют физическое, психическое и социальное здоровье.
2. Мезоуровень – социально-групповое здоровье, представляет собой интегральные показатели здоровья членов той или иной социальной группы.
3. Макроуровень – здоровье общества (общественное здоровье, здоровье населения, здоровье нации). Одни авторы определяют здоровье на этом уровне через физиологические показатели его членов²⁹. В других исследованиях здоровье общества понимается шире и включает индикаторы социально-экономического, социально-культурного развития, социально-психологическое состояние членов общества и возможности их самореализации³⁰.

В параграфе 1.4. «Концепция социальных рисков и процессы в сфере здоровья в современном российском обществе» изложены основные положения теории социальных рисков, а также социального конструкционизма в его приложении к изучению рисков в сфере здоровья.

Автор анализирует основные черты социальных рисков, выделенные У.Беком, Н. Луманом, Э.Гидденсом, М.Мерхофером, и предлагает собственное определение социальных рисков как потенциальной возможности (опасности) наступления совокупности социально значимых негативных событий, которые вызывают определенный социальный, экономический и иной ущерб для данного индивида и общества в целом. Ситуация риска является социально опасной и требует координации действий общества, государства и индивидов.

Современные процессы в сфере здоровья имеют черты социальных рисков – вероятностный характер, возможные негативные последствия, влияние на них комплекса факторов и потребность в координации усилий по их минимизации, и поэтому могут анализироваться с позиций теории социального риска. Анализ рисков происходит на нескольких уровнях, в частности, на уровне экспертного знания (данные официальной статистики, результаты медицинских и социальных исследований), и на уровне восприятия риска его носителями – индивидами и группами, подверженными рискам в сфере здоровья.

Риски в сфере здоровья – группа социальных рисков, основным источником которых являются нарушения адаптации индивида/социальной группы к среде; результатом такого нарушения могут стать изменения физического и/или психического состояния индивида, что ведет к наступлению комплекса социальных, психологических, экономических негативных последствий.

²⁸ Муздыбаев К. Качество жизни населения Петербурга: 1990–2004 гг. СПб.: «Леонтьевский центр», 2005. – 144 с.

²⁹ Большая медицинская энциклопедия / под ред. Б.В. Петровского, в 30 т., т.8. – М., 1978

³⁰ Зобов Р.А., Келасев В.Н. Человечествознание: самореализация человека. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2008. – с.291

В параграфе 1.5. «Потенциал применения методологии конструкционизма для анализа рисков, связанных со здоровьем» представлены теоретические основы конструкционистского подхода к анализу рисков, связанных со здоровьем. Социальный конструкционизм фокусируется на анализе утверждений-требований, которые выдвигаются в отношении социальных проблем заинтересованными группами на так называемых «публичных аренах» (термин С. Хилгартнера и Ч.Боска)³¹. К ним относятся средства массовой информации, выступления общественных деятелей, деятельность института образования и т.д. Публичные арены обладают ограниченной «пропускной способностью», они способны выдвигать утверждения-требования только для узкого круга социальных проблем, что ведет к конкуренции между проблемами.

Внутри конструкционистской парадигмы существуют 2 методологические тенденции: строгий (феноменологический) и умеренный (контекстуальный) конструкционизм. Строгие конструкционисты игнорируют анализ социальных условий, считая их не значимыми для конструкционистского анализа.

Контекстуальный конструкционизм допускает возможность рассмотрения социальных условий, относительно которых выдвигаются требования. Данный подход, по нашему мнению, является более адекватным, так как умеренный конструкционизм учитывает и анализирует социальный контекст. Этим обусловлен выбор контекстуального конструкционизма в качестве методологической основы данного диссертационного исследования.

Глава 2. «Основные характеристики социальных рисков, связанных со здоровьем, в современной России» посвящена анализу состояния здоровья населения России за последние 50 лет возможных негативных событий в этой сфере, а также факторов, влияющих на изменения состояния здоровья жителей России, и параметров неравномерного распределения рисков в сфере здоровья в современном российском социуме в зависимости от социально-экономических и социально-демографических характеристик.

В параграфе 2.1. «Динамика проявлений социальных рисков, связанных со здоровьем, в современном российском социуме» ситуация в сфере здоровья анализируется с помощью комплекса показателей:

- Показатели смертности по полу и различным классам причин смерти;
- Показатели средней ожидаемой продолжительности жизни;
- Показатели заболеваемости в России (общей и по отдельным болезням);
- Структура причин наступления инвалидности в современной России.

Эти данные характеризуют состояние физического и психического здоровья, а их негативная динамика может считаться индикатором дезадаптации населения России в новых социально-экономических условиях 1990-х – 2000-х годов. Уровень смертности и средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении позволяют оценить значимость рисков в сфере здоровья в целом для социального благополучия населения России, показатели заболеваемости необходимы для оценки распространенности тех или иных проявлений рисков,

³¹ Хилгартнер С., Боск Ч.Л. Рост и упадок социальных проблем: концепция публичных арен // Средства массовой коммуникации и социальные проблемы. Казань, 2000. С.18-53.

связанных со здоровьем, среди жителей России, а структура причин смерти и наступления инвалидности дает возможность оценить степень тяжести того или иного проявления рисков в сфере здоровья. К источникам этих показателей нами отнесены данные государственной статистики и материалы специальных исследований в сфере демографии и общественного здоровья в России.

Динамика смертности и средней ожидаемой продолжительности жизни в нашей работе анализируется, начиная с 1960-х годов, т.к. к этому периоду относится начало процесса т.н. «эпидемиологического перехода»³² – смещение тяжести от инфекционных к хроническим неинфекционным заболеваниям. Тогда же в СССР параллельно с другими развитыми странами происходил процесс «демографического перехода», состоявший в изменении соотношения рождаемости и смертности (усилились тенденции к сокращению рождаемости и снижению смертности). Однако, из-за высокого уровня смертности в СССР, а затем в России демографический переход нельзя считать завершенным.

Среди наиболее значимых индикаторов уровня рисков в сфере здоровья выделяются показатели средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ). В настоящее время значение ОПЖ в России после чередования периодов роста и падения этого показателя не достигает только уровня западноевропейских стран, но и своего исторического максимума в 1965 г. (65 лет для мужчин и 74 года для женщин).

Динамика смертности в России в 1960-е–90-е гг. в основном была связана с двумя классами причин – болезнями системы кровообращения и внешними причинами (несчастные случаи, насильственные причины смерти). В настоящее время к ним добавляется смертность от злокачественных новообразований, которая к 2008 году превысила смертность от неестественных причин. Их увеличение является оборотной стороной возраста дожития.

Другим значимым индикатором уровня рисков, связанных со здоровьем, является заболеваемость населения; ее структура трансформируется в настоящее время. Так, в наибольшей степени жители России подвержены болезням органов дыхания, однако за 9 лет их доля в общей структуре заболеваемости сократилась с 42% до 38%. Вторую позицию в структуре заболеваемости в 2000 и в 2008 гг. занимали травмы, отравления и воздействия других внешних причин.

Наиболее частые причины смерти в современной России – сердечно-сосудистые заболевания (60-61% случаев смерти) и новообразования (14-15% случаев) – не занимают первых мест в структуре заболеваемости, однако лидируют среди причин наступления инвалидности. На сердечно-сосудистые заболевания (болезни системы кровообращения) приходится 45-47% всех случаев инвалидности. Злокачественные новообразования, идущие на втором месте, стали причиной инвалидности в 13% случаев в 2000 г. и в 18% случаев в 2008 г. Т.о., сердечно-сосудистые и онкологические заболевания не являются лидерами по степени распространенности, однако это наиболее значимые риски в сфере по тяжести последствий здоровья в современной России.

³² Милле Ф., Школьников В.Ф. Смертность в России: затянувшееся отставание // Мир России. 1999. № 4. С. 138

Параграф 2.2. «Факторы рисков, связанных со здоровьем населения, и особенности их проявления в России» содержит характеристику основных групп факторов, влияющих на вероятность изменений в состоянии индивидуального и общественного здоровья – образа жизни, состояния окружающей среды и развития системы здравоохранения.

Образ жизни, по мнению большинства исследователей, является наиболее значимым фактором. В диссертации используется широкое понимание образа жизни, включающее социально-экономические, социально-демографические, поведенческие параметры этого термина. Нестабильная социально-экономическая ситуация в современной России, и, как следствие, неуверенность в будущем сделали курение и потребление алкоголя, прежде всего, для мужчин, а в последние годы и для женщин, своеобразной стратегией адаптации. В связи с низким уровнем жизни и недостаточной социальной компетентностью россиян имеется проблема несбалансированности питания. После реформ начала 90-х гг. большинству жителей России оказались трудно-доступными регулярные занятия физической культурой, спортом, рекреация. По результатам выборочного обследования 2008 года, проведенного Росстатом РФ, регулярно курят около 33,7% жителей России, из них почти половина (48%) выкуривают от 11 до 20 и более сигарет в день. Потребление алкоголя в России выросло с 4,6 (1960 год) до 14,3 (2008 год) литра чистого алкоголя на душу населения в год³³.

Саморазрушающее поведение связано, с одной стороны, с низким уровнем жизни, а с другой – с недостатком мотивации к здоровому образу жизни.

Анализируя влияние окружающей среды на здоровье жителей России, исследователи расходятся в оценке значимости экологических факторов. Так, Ф. Милле и В.Ф. Школьников считают, что «речь может идти об относительно небольшом влиянии» экологических факторов на заболеваемость и смертность, «мало затрагивающем их общий уровень»³⁴. Вместе с тем другие авторы высказывают мнение, что «здоровье россиян сейчас зависит от состояния окружающей среды на 20-40%»³⁵. В последние годы отмечается рост числа экологически обусловленных болезней, что свидетельствует о росте влияния данных факторов на риски ухудшения здоровья в некоторых регионах России.

Влияние системы здравоохранения на риски в сфере здоровья эксперты оценивают как наименее значимое, но большинство жителей России определяет здравоохранение как важнейший институт заботы о здоровье. Советская система здравоохранения базировалась на принципе всеохватности: он способствовал снижению смертности от инфекций, но оказался малоэффективным в управлении хроническими болезнями, для которых требуется индивидуальный подход.

Другим недостатком современного здравоохранения в России является слабое финансирование (материальная база многих лечебных учреждений,

³³ Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения. Краткие итоги выборочного обследования 2008 г.// Росстат РФ [официальный сайт].
http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm (дата обращения 15.11.2009)

³⁴ Милле, Школьников. Указ.соч., с.157

³⁵ Мовчан В.Н. Экология человека. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2006. – с. 99

особенно в малых городах и сельской местности является устаревшей, несмотря на некоторое улучшение ситуации при реализации национального проекта «Здоровье»). Две указанные выше проблемы ведут к утрате доверия жителей России к институту здравоохранения.

Параграф 2.3. «Основные социально-демографические и социально-экономические параметры неравномерного распределения рисков, связанных со здоровьем» посвящен анализу наиболее значимых факторов, которые влияют на неравномерное распределение анализируемых рисков в современном российском обществе: социально-демографическим параметрам (возрастно-половые характеристики); тип поселения, в котором проживает индивид (город/сельская местность) и его социально-экономический статус.

Рассматривая гендерное измерение рисков в сфере здоровья, мы выявили, что женщины в России оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины, однако средняя ожидаемая продолжительность жизни мужчин на 13-14 лет ниже, чем у женщин. Вероятно, это связано с различиями в «мужской» и «женской» модели отношения к здоровью. По результатам опросов И.Б.Назаровой и И.П.Поповой³⁶, женщины чаще обращаются к врачу, чем мужчины, у которых забота о здоровье ассоциируется с проявлением слабости.

Другим значимым дифференцирующим параметром для рисков ухудшения здоровья выступает возраст индивида. Влияние возраста на состояние здоровья и на риски его ухудшения включает два аспекта:

1. вероятности ухудшения здоровья с увеличением возраста повышаются.
2. в каждом возрастном периоде существует свой специфический набор рисков в сфере здоровья.

С одной стороны, старение – это естественный процесс, с другой – темпы и характер старения социально обусловлены. Проблемы старения и ухудшения здоровья пожилых в современной России связаны рядом с других проблем: низким уровнем жизни и вынужденной занятостью пенсионеров, особенно в поздних возрастах, с высокой степенью эксклюзии и стигматизацией пожилых, с необходимостью демонстрации плохого здоровья для получения помощи.

Другой социально-демографической группой, крайне уязвимой для рисков ухудшения здоровья, являются дети. В 2008 году заболеваемость детей почти в 2,4 раза выше, чем показатели заболеваемости населения в целом. Данный показатель отражает не только более высокую уязвимость детей, но и повышенную тревожность со стороны взрослых за их здоровье.

Риски в сфере здоровья, которым подвержено взрослое население, во многом связаны с условиями труда. По данным исследований И.Б. Назаровой, около 25% работников считают, что чрезмерные нагрузки и вредные условия труда повлияли на ухудшение их здоровья и возникновение заболеваний³⁷. В то же время вредные условия труда остаются привлекательными в связи с более

³⁶ Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: Макс-Пресс, 2008; Попова И.П. Поведение в отношении здоровья и материальное положение: гендерные аспекты (на данных лонгитюдного опроса) // Гендерные стереотипы в современной России, 2006 год.

³⁷ Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: Макс-Пресс, 2008 – с.160

высокой оплатой труда и возможностью раннего выхода на пенсию³⁸. Таким образом, на практике здоровье в иерархии ценностей населения современной России оказывается ниже определенных социальных и экономических благ.

Различия в уровнях рисков в сфере здоровья между городским и сельским населением России подтверждается данными официальной статистики, а также результатами специальных исследований. Уровень рисков в сфере здоровья в сельской местности с 70-х годов был значительно выше, чем в городских поселениях, а рост смертности, особенно у мужчин, был более значительным, чем в городах. Социально-бытовая инфраструктура, гораздо более развитая в городах (особенно крупных), в значительно большей степени компенсирует последствия негативных процессов для здоровья населения, чем слабо развитая и низкоэффективная сельская инфраструктура. Жители городов быстрее адаптируются к новым условиям жизни. Этому способствует активное развитие новых, в т.ч. частных, форм медицинского обслуживания в крупных городах.

Рассматривая взаимосвязь социально-экономической дифференциации населения России и распределения рисков ухудшения здоровья в социуме, мы можем выделить два уровня социально-экономической дифференциации: межрегиональный и межгрупповой.

По результатам проведенного нами корреляционного анализа между рядом социально-экономических факторов и ожидаемой продолжительностью жизни при рождении (ОПЖ), был сделан вывод, что межрегиональные социально-экономические различия не оказывают значимого влияния на дифференциацию регионов по уровню смертности и ОПЖ. К аналогичному выводу приходят Л.В. Панова, Н.Л. Русинова и В.В. Сафронов: «В более богатых и урбанизированных регионах, характеризующихся более высоким уровнем благосостояния, ОПЖ оказалась ниже, чем в менее развитых регионах»³⁹. По их данным на неравномерное распределение рисков в сфере здоровья по регионам России оказывают влияние не столько показатели экономического благополучия, сколько показатели социального комфорта в регионе (такие, как уровень разводов и употребление алкоголя на душу населения).

Однако сравнение состояния здоровья представителей разных социально-экономических групп демонстрирует тесную взаимосвязь между социальным статусом и уровнем рисков ухудшения здоровья. Так, в ходе выборочного обследования 2008 года, посвященного влиянию поведенческих факторов на состояние здоровья населения, респонденты с низким доходом в 1,5-2,5 раза чаще указывали на наличие тех или иных хронических заболеваний, чем участники опроса с высоким доходом. Не имеют проблем со здоровьем 33% респондентов с высоким уровнем дохода и только 16% с низким⁴⁰. Более высокий экономический статус позволяет организовать сбалансированное питание, качественный отдых и физическую активность.

³⁸ Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука, 2006. – с.70

³⁹ Панова Л.В., Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Экономические и социальные факторы продолжительности жизни в России: межрегиональный анализ // Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности. «Экономика. Социология. Менеджмент» <http://ecsocman.edu.ru>, 2007. Дата обращения 20.03.2009.

⁴⁰ Здравоохранение в России. 2009: Стат.сб./Росстат. - М., 2009. – с.176

В параграфе 2.4. «Конструирование рисков, связанных со здоровьем, в современных российских средствах массовой информации (на примере общероссийских ежедневных газет)» обобщены результаты эмпирического исследования автора по выявлению материалов, участвующих в конструировании рисков в сфере здоровья, которые были опубликованы в 4 федеральных ежедневных газетах: «Труд», «Российская газета», «Известия» и «Комсомольская правда» в январе-марте 2005 года и в январе-марте 2010 года. Отобранные издания распространяются наибольшими тиражами, однако имеют разную целевую аудиторию. Нами анализировались: способ представления информации о здоровье; источник «утверждений-требований» (цитирование в публикациях представителей определенных социально-профессиональных групп); основные проблемы, относящиеся к рискам в сфере здоровья, которые рассматриваются в материалах СМИ, и предлагаемая программа действий для определенных социальных акторов (для органов власти; индивидов-носителей риска; медиков, лечебных учреждений и системы здравоохранения в целом; общественных и религиозных организаций; для бизнеса/работодателей; для других акторов и общества в целом). Нами был также проведен анализ газетных заголовков статей, связанных с рисками в сфере здоровья. Была выделена категория «риск-конструирующих заголовков», вызывающих ассоциации с опасностью, угрозой. Также нами анализировались заголовки, предлагавшие определенные действия или содержавшие призывы к активности, направленной на минимизацию рисков в сфере здоровья.

Проведенный анализ показал, что материалы СМИ, посвященные рискам в сфере здоровья, занимают от 2% до 4,8% печатной площади издания, что значительно ниже, чем площадь, выделяемая под освещение событий в сфере политики, экономики, популярной культуры, спорта. От учредителя и целевой аудитории газеты зависит характер материалов, привлекаемые эксперты (они транслируют те или иные утверждения-требования), освещаемые проблемы и предлагаемая в материалах о здоровье программа действий по минимизации рисков.

По результатам исследования мы можем заключить, что некоторые риски в сфере здоровья, представляющие особую опасность (в частности, сердечно-сосудистые, онкологические и другие хронические заболевания), не получают достаточного освещения, тогда как другие вопросы в этой сфере (например, организация здравоохранения, лекарственное обеспечение и цены на медикаменты) получают чрезмерное внимание.

Автором делается вывод о необходимости планирования информационной политики СМИ в области рисков, связанных со здоровьем, для предоставления аудитории более полной и адекватной информации в этой сфере.

В **Заключении** подводятся итоги и формулируются основные выводы диссертационного исследования, приводятся рекомендации по организации системы управления рисками в сфере здоровья и информирования населения об изменениях в этой группе социальных рисков. Предлагается модель организации взаимодействия органов государственной власти и местного самоуправления, научного сообщества, средств массовой информации в форме координационных советов по реализации информационной политики в отношении здоровья.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. Паутов И.С. Риски ухудшения здоровья и их социальные детерминанты // Вестник С.-Петербургского ун-та. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. СПб, 2009. Ч.1. № 2. – с.151-158. 0,7 п.л.

2. Паутов И.С. Социологический анализ конструирования рисков, связанных со здоровьем, в современных российских средствах массовой информации (на примере общероссийских ежедневных газет) // Вестник С.-Петербургского ун-та. Сер.12. Психология. Социология. Педагогика. 2011. Вып.3. с.337–343. 0,5 п.л.

3. Паутов И.С. Рецензия на книгу: Социальная политика в современной России: реформы и повседневность. Научная монография / Под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», Центр социальной политики и гендерных исследований, 2008. 456 с.// Журнал социологии и социальной антропологии. СПб, 2008. Том XI. №3 (44). С.204-209. 0,4 п.л.

4. Паутов И.С. Глобальная экономика и благосостояние: вызовы XXI века, или Куда качнется маятник современного капитализма? // Журнал исследований социальной политики. Т. 9. № 4. 2011. С. 537-543. 0,5 п.л.

5. Паутов И.С. «Система без системы»: преодолеют ли национальные проекты «общество тотального риска» в России? // Национальные проекты и реформы 2000-х годов: Модернизация социальной политики. Коллективная монография. М.: «Вариант», ЦСПГИ, 2009. с.141-147. 0,4 п.л.

6. Паутов И.С. Проблема разработки системы управления социальными рисками как потенциальной основы социальной политики // Третьи Ковалевские чтения/ Материалы научно-практической конференции. СПб., 2008. – с.766-769. 0,1 п.л.

7. Паутов И.С. Роль средств массовой информации в формировании восприятия риска ухудшения здоровья // СМИ в социокультурном пространстве современной России: сборник материалов Международной научно-практической конференции. Мурманск, 2009. – с.33-38. 0,2 п.л.

8. Паутов И.С. Влияние социально-экономического статуса семьи на физическое развитие и состояние здоровья ребенка // Материалы международной научной конференции – I Санкт-Петербургских социологических чтений. Том 2. СПб., 2009. с.158-160. 0,1 п.л.

9. Паутов И.С. Здоровье как объект потребления. Трансформация факторов риска в отношении здоровья человека // Потребление как коммуникация: Материалы 5 международной конференции. СПб., 2009. с.166-168. 0,1 п.л.

10. Паутов И.С. Риск ухудшения здоровья пожилых людей как проблема социальной работы // Теория и практика социальной работы: история, реалии и перспективы / Материалы межрегиональной конференции. Барнаул, 2009, с.72-77. 0,3 п.л.

11. Паутов И.С. Компетентное отношение к здоровью: медицинский и социологический подходы // Четвертые Ковалевские чтения/ Материалы научно-практической конференции. СПб., 2009. – с.317-320. 0,1 п.л.

12. Паутов И.С. Анализ восприятия рисков социальными субъектами // Материалы научной конференции «Ананьевские чтения – 2009», Выпуск 2. СПб., 2009 – с.383-385. 0,1 п.л.

13. Паутов И.С. Социальное неравенство и риски ухудшения здоровья пожилых людей // Сборник научных работ V научно-практической геронтологической конференции «Пушковские чтения». СПб., 2009. – с.74-76. 0,1 п.л.

14. Паутов И.С. Духовное неблагополучие общества как фактор обострения рисков ухудшения здоровья // Духовные ценности в науке, культуре, образовании: сборник материалов научной конференции. Ярославль, 2009. – с.67-69. 0,1 п.л.

15. Паутова Н.И., Паутов И.С. Индивидуальное здоровье как социальная ценность в обществе потребления // Материалы международной научной конференции – II Санкт-Петербургских социологических чтений. СПб., 2010. 0,1 п.л.

16. Паутова Н.И., Паутов И.С. Наглядные материалы в лечебных учреждениях: формирование социальной компетентности или продвижение медицинских сервисов // Пятые Ковалевские чтения / Материалы научно-практической конференции. СПб., 2010. – с.999-1002. 0,1 п.л.

17. Паутов И.С. Восприятие рисков ухудшения здоровья населением России и механизмы его формирования // Вестник Удмуртского Университета. Серия 3. 2010. Вып.2. С.119-128. 1,0 п.л.

18. Паутов И.С., Паутова Н.И. Влияние института образования на степень подверженности учащихся рискам ухудшения здоровья // Материалы международной научной конференции – III Санкт-Петербургских социологических чтений. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2011. с.227-229. 0,1 п.л.

Подписано в печать 23.01.12	Формат 60x84 ¹ / ₁₆	Цифровая	Печ. л. 1.25
Уч.-изд.л. 1.25	Тираж 100	Заказ 09/01	печать

Отпечатано в типографии «Фалкон Принт»
(197101, г. Санкт-Петербург, ул. Большая Пушкарская, д. 54, офис 2)