

Значение социальных факторов общественного здоровья в реализации политики здравоохранения

О.Е. Артамонова,
Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого,
Великий Новгород

При изучении общественного здоровья принципиально важным представляется его социальный контекст. Он актуален для современной России в связи с необходимостью выбора собственной стратегии развития здравоохранения и социальной политики.

Состояние здоровья служит объективной предпосылкой социальной активности людей и формирования социальной структуры. Положение людей в системе неравенства через социально-культурные и социально-экономические факторы влияет на поведение людей и, следовательно, ресурсы общества в сфере здоровья.

Здоровье служит одним из оснований идентификации и самоидентификации людей в системе социального неравенства и, значит, предпосылкой их социальных взаимодействий, социальной интеграции (сплоченности) или дезинтеграции, существенным фактором общественно-психологического климата в социальных группах и обществе в целом.

В современной системе здравоохранения и государственной политике охраны здоровья населения РФ пока не выработана эффективная практика учета социальных особенностей групп населения. Так, в последние два десятилетия значимую глубину и острые формы приобрело социально-экономическое расслоение российского общества. Не случайно в научной литературе и социальной публицистике все активнее обсуждается влияние бедности на здоровье, на реализацию социальных гарантий. В настоящее время в регионах РФ приняты и реализуются Программы модернизации здравоохранения, в которых не учитываются социальные различия и не уделяется внимание социальным показателям здоровья населения. В действительности, эти недостатки связаны с игнорированием реальных условий, в которых живут разные социальные группы и слои.

Распространены социальные противоречия в сфере общественного здоровья: низкая информированность населения о состоянии здоровья и заболеваниях, неадекватное ценностное отношение к здоровью, социальные барьеры в доступе к медицинской помощи, лояльность к здоровьеразрушающим моделям поведения и игнорирование медицинской помощи при заболеваниях. Эти противоречия, как показывают отдельные социологические исследования, тесно связаны с социальной структурой населения и системой неравенства.

Социально-экономическое расслоение привело к дальнейшим изменениям в поведении людей в сфере здоровья, без учета и коррекции которых вряд ли возможно эффективное достижение целей приоритетного национального проекта «Здоровье». Управление социально значимыми программами проекта, в т. ч. в плане реализации государственных гарантий для населения в области медицинской помощи, нуждается в научно-информационном обеспечении с позиции современной социологической науки.

Здоровье предстает объективным фактором самореализации индивидов в обществе и, следовательно, одним из параметров качества жизни граждан, социальных групп, социума. Фактор самореализации проявляется не только в продолжительности жизни (точнее – продолжительности активной, продуктивной жизнедеятельности человека или групп), но и во всех без исключения отдельных направлениях самореализации, во всех видах деятельности людей в обществе. Существенным отражением значимости здоровья в его индивидуальном и общественном планах оказывается взаимосвязь здоровья с общественно-трудовыми потенциями человека, с положением отдельных социальных групп в системе общественного производства. Признаками взаимосвязи являются исторически конкретные особенности инфраструктуры общественного производства и трудовой занятости населения (т.е. структуры экономической активности людей), которые складываются и развиваются, в значительной степени, в соответствии с достигнутым уровнем здоровья конкретных социальных групп населения, а также его общественной ценности.

Социальная значимость общественного здоровья проявляется в развитии и функционировании здравоохранения, которое превратилось в относительно самостоятельную профессиональную отрасль и социальную подсистему со сложной инфраструктурой. Еще одним примером этой значимости служит множество примеров, когда реальное или воспринимаемое состояние общественного здоровья становится поводом для оценки национальной (государственной) безопасности, обоснованием крупных и решительных действий экономического или политического характера, масштабных инвестиционных проектов, фактором международных отношений и геополитической конкуренции.

Общественное здоровье в научном плане может рассматриваться как неотъемлемый компонент популяционного потенциала общества (и любого конкретного сообщества), находящийся в функциональной взаимосвязи с другими исторически развивающимися структурами социетальной системы (общественным производством, системой распределения благ и социального неравенства, властью, культурой и информацией).

При разработке целевых программ, в частности в области профилактической медицины, традиционной медицинской статистики оказывается совершенно недостаточно, поскольку она применима лишь к наиболее крупным демографическим группам. В этом

плане очевидна потребность ее детализация по другим, собственно *социальным* параметрам – поселенческим и территориальным, профессионально-групповым и многим другим. Как известно, даже на обыденном уровне, обращаемость, и, соответственно, фиксация заболевания может быть в действительности обусловлена и территориальной удаленностью пациента от медучреждений, благосостоянием, мотивацией и ценностным отношением человека к своему здоровью, а также характером взаимоотношений пациентов с медицинскими учреждениями.

При изучении проблем социальных особенностей групп населения в сфере здоровья, одним из решающих обстоятельств обращения к социологии и развитым в ней научно-методическим средствам является то, что данные объективных медицинских исследований и медицинская статистика по обращаемости пока не способны с должной полнотой охарактеризовать действительные детерминанты и состояние здоровья.

Необходимой предпосылкой детального анализа социальной обусловленности здоровья становится включение социологического компонента исследований. Этот компонент может служить, в частности, основанием для разработки и осуществления адресных целевых медико-социальных программ, направленных на отдельные категории населения или персонала выходящих за рамки системы здравоохранения.

Социологическое изучение проблематики общественного здоровья предполагает выделение двух исследовательских аспектов: методологического и методического. Первый означает признание социальной обусловленности здоровья и предполагает построение соответствующей концептуальной модели исследования, учитывающей социальные факторы здоровья, заболеваемости и эффективности здравоохранения. Методический аспект заключается в процессе сбора информации о состоянии здоровья населения и предполагает разработку и использование специальной методики его изучения, обеспечивающей надежность и репрезентативность собираемой социальной информации о здоровье и его факторах, что позволяет экстраполировать исследовательские выводы на популяционный уровень общественного здоровья.

Социологическое исследование, сочетающее в той или иной мере теоретические и прикладные аспекты, может осуществляться в нескольких формах, имеющих свои организационные и методические особенности.

Наиболее эффективным представляется комплексное социологическое исследование здоровья и здравоохранения, которое оказывается, в силу функциональных характеристик социально-научного познания, необходимой предпосылкой анализа и раскрытия социальной обусловленности здоровья, реализации прогностических задач, а также разработки и осуществления адресных эффективных целевых социальных программ в области

здравоохранения, направленных на отдельные категории населения или персонала. Примером последних являются приобретающие особую актуальность прикладные программы формирования системы социального партнерства в сфере общественного здоровья, раскрытия деятельности и проблем здравоохранения в средствах массовой информации, правового обеспечения здравоохранения и др.

Социологический компонент в комплексном исследовании позволяет дать общую оценку состояния и динамики общественного здоровья на фоне социально-экономического состояние региона и его отдельных территорий и социальных групп населения. Благодаря этому компоненту в исследовании создается возможность анализа социальной обусловленности здоровья в контексте конкретных параметров условий жизни и заболеваемости, а также выявления моделей поведения населения и конкретных социальных групп в отношении своего здоровья. Важными для управления здравоохранением являются, например, возможности надежной оценки общественного мнения о действующей системе здравоохранения и выявления конкретных проблем, недостатков в работе отдельных учреждений и групп медицинского персонала.

В комплексном исследовании общественного здоровья, проведенном Новгородским научным центром СЗО РАМН в 2003-2009 гг. в соответствии со специально разработанной и утвержденной программой использована методика стандартизированного опроса населения (возрастных, поселенческих, профессиональных и др.). При обеспечении репрезентативности, они дают возможность анализа самооценок здоровья, как на уровне популяции, так и на уровне отдельных социальных групп в масштабе Новгородской области.

Данные стандартизированного опроса населения показали, что самооценка здоровья и самоидентификация по признакам здорового человека в значительной степени не совпадают. Это заставляет рассматривать эти два индикатора в научно-методическом и практическом отношении в качестве отдельных феноменов общественного сознания. Дополнительным фактором, влияющим на динамику самооценки здоровья пациентами, является их информированность об имеющихся заболеваниях. Корреляционный анализ связи между самооценкой здоровья и информированностью о заболеваниях, проведенный по отдельным возрастным группам населения, свидетельствует о заметном ослаблении данной связи в группе 30-50-летних. Информированность об имеющихся заболеваниях в данных возрастных интервалах, судя по материалам стандартизированного опроса, не ведет к соответствующей коррекции в самооценке здоровья.

Существенным фактором самооценок здоровья оказывается социальное самочувствие и такой его аспект, как уровень материального благосостояния индивидов и групп. При относительно худшем состоянии здоровья (при двух и более сообщенных пациентом

заболеваниях) влияние благосостояния на самооценку здоровья резко усиливается, что можно объяснить относительным ростом и экономических затрат и потерь времени. Так, в массиве респондентов с низким (ниже среднего) уровнем благосостояния отрицательная самооценка здоровья свойственна 42,4%, в массиве со средним уровнем – 18,1%, в массиве с благосостоянием выше среднего – 8,6%. Положительная самооценка здоровья («хорошее» и «отличное») в упомянутых массивах составляет, соответственно, 4,2; 8,3 и 22,2%.

В общественном сознании и в социальных науках давно признается существенное значение таких демографических признаков, как пол, возраст, родство и семейное положение. Сложились и развиваются крупные научные области, сосредоточивающиеся на исследовании социально-демографических структур и процессов.

Признак пола является одним из таких факторов общественного здоровья, дифференцирующая роль которого признается традиционно и на уровне обыденного сознания, и в современной научной литературе. В общественном мнении существует стереотипное суждение, приписывающее женщинам существенные преимущества при оценке их потенциала здоровья в сравнении с мужчинами.

Это суждение находит «весомый» аргумент в виде данных о почти глобальном распространении тенденции сравнительно большей средней продолжительности женщин, которая в Российской Федерации превышает аналогичный показатель мужской популяции в среднем на 13,5 лет. В Новгородской области разница в средней продолжительности жизни мужчин и женщин является самой большой в стране и достигает 16 лет.

Социальная обусловленность половых различий в сфере здоровья и медицины пока недостаточно описана эмпирически и осмыслена в отечественной литературе. Поэтому область социально-научного объяснения таких различий пока остается одним из «белых пятен» в социологической проблематике. С решением именно этой научно-практической проблемы в определяющей степени связана перспектива разработки эффективных гендерно-ориентированных программ профилактической и клинической медицины, целесообразность которых не вызывает сомнений у специалистов.

Результаты регионального исследования общественного здоровья, показывают различия социально-медицинских характеристик здоровья в массивах мужчин и женщин, где каждый из двух массивов является репрезентативным в отношении соответствующей субпопуляции в населении Новгородской области. Эти различия позволяют существенно уточнить взаимосвязь и других социальных факторов общественного здоровья в структуре заболеваемости мужчин и женщин.

Статистический анализ показателей информированности взрослого населения об имеющихся заболеваниях и установленных диагнозов свидетельствует, что мужчинам

свойственна в сравнении с женщинами более низкая информированность, при относительно близких средних количествах установленных диагнозов.

В среднем каждому третьему мужчине (32,7 %) не известно об имеющихся у него заболеваниях. В женской популяции пятая часть (19,2 %) проявляет такую неосведомленность. Взрослая женщина в среднем знает о 2,4 диагнозах имеющихся у нее заболеваний, в то же время количество диагнозов заболеваний, известных взрослому мужчине, составляет в среднем лишь 1,5. Существенно различается между популяциями мужчин и женщин информированность об имеющихся хронических заболеваниях. Знают о таких заболеваниях в среднем лишь около 45% мужчин и 62% женщин.

Специфика обращаемости к медицинской помощи при болезни выглядит значимым социальным различием и неодинаковой доступности медицинских услуг в разрезе город-село. Среди взрослого сельского населения доля лиц, практикующих «жесткий» отказ от медицинской помощи (ориентация на самолечение в любых ситуациях), достигает четверти, в то время как среди городского – 16 %. С другой стороны, городское население несколько чаще практикует «мягкий» отказ (обращение к медицинской помощи только при тяжелом течении болезни), связанный с относительно большей доступностью «промежуточных» медицинских и непрофессиональных услуг – консультаций фармацевтов (при более развитой в городской местности аптечной сети) или «квалифицированных» знакомых (при большей плотности населения в городе и, соответственно, социальных связей).

Качество текущего диагностирования заболеваний в городской местности оказывается более полным. При диспансерных обследованиях и клинических дообследованиях новые диагнозы не были установлены лишь у 8,6% сельских пациентов, в то время как в городской местности – 13,3%.

Среднее количество вновь установленных диагнозов заболеваний городских пациентов составило 3,4, в то время как среди сельских – 2,9. Таким образом, в сельской местности, при объективно худшем состоянии демографической структуры населения и сравнительно слабом развитии медицинской помощи, сохраняется несколько более благоприятная санитарная ситуация, отмечается более благоприятная динамика заболеваемости (с точки зрения среднего количества вновь установленных диагнозов).

Важным социальным фактором в оценке здоровья населением представляется наличие или отсутствие семьи. Взрослые респонденты, живущие одиноко, без семьи, на треть чаще оценивают свое здоровье как плохое и очень плохое, реже удовлетворены своим здоровьем, чем те, кто живет в составе своей семьи. В границах одной и той же возрастной группы и группы здоровья одиноким людям, в сравнении с семейными, чаще свойственно беспокойство по поводу состояния своего здоровья. Существенно различаются и

поведенческие модели двух отмеченных демографических групп в сфере здоровья. Живущие в семьях реже практикует «жесткий отказ» от медицинской помощи при болезни и практически вдвое чаще прибегает к такой помощи при любом заболевании.

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

Такие признаки, как основной род занятий, профессиональная принадлежность и уровень материального благосостояния образуют социально-экономическую дифференциацию населения. Эти признаки открывают целый ряд других сложных обстоятельств, порождаемых положением индивида или группы в экономике и системе неравенства и так или иначе отражающихся на условиях труда и жизни в целом, состоянии здоровья и поведении в сфере здоровья. Среди таких факторов – источник дохода, характер труда и уровень обобществления труда, должностной статус и связанный с ним временной режим труда, жилищные условия, доступ к ресурсам социальной защиты и многие другие.

Ценность здоровья не является ведущей для большинства групп по роду занятий. Она не рассматривается как ресурс, сохранение или наращивание которого выступало бы в качестве объекта планирования. Для групп учащихся и занятых на первый план выступает ценность обеспечения индивидуального или семейного материального благосостояния. Исключение составляет группа пенсионеров - только с достижением пенсионного возраста ценность благосостояния уступает ценности здоровья.

Различия в поведении социально-экономических групп в отношении собственного здоровья показывают сравнительную распространенность стратегий самолечения. Доля группы, придерживающейся «жесткого отказа» от профессиональной медицинской помощи при болезни, сильно варьирует. Так, наибольшая распространенность «жесткого отказа» проявилась в группах учащихся и находящихся в декрете (предродовом отпуске или отпуске по уходу за ребенком). Наименьшая распространенность такой стратегии – среди пенсионеров, в том числе занятых.

Выход из учебного коллектива и погружение в трудовой коллектив становится для молодежи решающим фактором того, что в ее поведенческих стратегиях «мягкий отказ» из неустойчивого преобладания обретает свойство абсолютного доминирования, расширяется социальная база «жесткого отказа», происходит резкий спад оптимальной стратегии.

Социально-экономические группы населения сильно различаются и по самооценке здоровья. Наиболее высокая самооценка свойственна представителям групп с более низким средним возрастом – учащимся, сочетающим учебу с работой и находящимся в предродовом отпуске или отпуске по уходу за ребенком. В этом проявляется действие возрастного фактора самооценки. Столь же неодинаковы и уровни информированности социально-экономических групп об имеющихся заболеваниях. В идеальной ситуации, при своевременном прохождении медицинских обследований среднее реальное количество установленных диагнозов может лишь несколько опережать информированность пациентов об имеющихся заболеваниях. В действительности же информированность пациентов сильно отстает от реальной картины. Данные стандартизированного опроса объективных обследований о средних количествах заболеваний показывают, что практически во всех группах информированность об имеющихся заболеваниях, судя по среднему количеству диагнозов, сообщенных пациентами в стандартизированном опросе, оказывается в два и более раза ниже реального количества заболеваний, вновь установленных при объективном обследовании этих же пациентов. Справедливо предположить, что у многих пациентов вновь установленные при обследовании заболевания развивались годами, с неизбежностью переходя в хроническую стадию или порождая новые, более тяжелые формы. Таким образом, отставание информированности от реальной картины заболеваемости означает, как правило, что подавляющее большинство взрослых не получают необходимого лечения, не меняют образа жизни в соответствии с профилем скрытого до поры заболевания, индивиды и общество теряют часть своего потенциала здоровья.

В группах, различающихся характером труда, установка на самолечение при болезни кроме тяжелых случаев свойственна абсолютному большинству во всех группах. Она выступает в качестве доминирующей культурной нормы в разных зонах рабочих мест. Одновременно общая тенденция выражается в том, что со снижением напряженности труда несколько увеличивается доля оптимальной стратегии, ориентированной на обращение к врачебной помощи при любом заболевании. Объяснением данной статистической тенденции является высокая степень напряженности труда, которая оставляет работнику меньше возможности для рефлексии самочувствия, для реализации ценностного отношения к своему здоровью.

Информированность представителей разных отраслей о наличии заболеваний различаются более чем в два раза. В ряде отраслевых групп пациенты знают лишь о половине своих заболеваний, и это отражается в массовом порядке в принижении ценности здоровья, а также в неадекватной оценке кадрового потенциала в корпоративной политике и управлении человеческими ресурсами. Заниженные уровни информированности могут

приводить, в частности, к запоздалым корпоративным решениям в отношении внедрения программ отбора кадров, профилактики заболеваемости и совершенствования условий труда, предотвращения профессиональной текучести, формирования кадрового резерва.

Уровень благосостояния индивида или группы является важным дифференцирующим фактором состояния и динамики здоровья. Статистическая картина в целом говорит об обратной зависимости между этими характеристиками: чем выше благосостояние индивида, тем слабее ценностное отношение к своему здоровью. Доминирующее признание ценности здоровья присуще лишь слоям с «крайне низким» и «низким» уровнем благосостояния.

Сложившуюся ситуацию в массовом и индивидуальном ценностном отношении к здоровью, когда оно не входит в число приоритетных ценностей, нельзя признать нормальной с точки зрения интересов общества, соответственно, примириться с отсутствием или принижением характера ценности здоровья в составе ценностного ядра занятого населения и учащейся молодежи. Значительная часть населения оказывается глуха к здравому смыслу, связанному с объективной ценностью здоровья, и с нерациональной легкостью вступает в массовые ситуации риска для здоровья и жизни или сама создают подобные ситуации для себя и окружающих.

Необходима выработка и внедрение принципиально иной системы ценностей, в которой присутствует баланс общественных и индивидуальных интересов, материального и духовного благополучия, обеспечивается ориентация на всестороннее (разностороннее) развитие личности, не сводимая к деловому успеху и престижным стандартам потребления.

Взаимосвязь рода занятий с социальными стратегиями групп населения в сфере здоровья заставляет с особой остротой обозначить проблему социально-медицинского качества современной общественно-производственной среды как решающего социокультурного фактора состояния общественного здоровья. Констатация важности этого фактора не является новой для отечественной медицинской науки. Однако в новых условиях усиление социальной ориентации развития российского общества и принятие охраны здоровья в качестве одного из приоритетных национальных проектов требует, чтобы социологические исследования общественного здоровья охватили и проблематику современной производственно-трудовой сферы, в которой формируются социокультурные механизмы поведения людей в сфере здоровья.

Практическое использование результатов комплексного социологического анализа, включающего в том числе и оценку влияния социальных факторов на здоровье населения будет способствовать формированию адекватного общественного сознания и совершенствованию процессов модернизации системы здравоохранения и социальной политики.