



УДК 316.33

© *И. А. Гареева, 2010*

## **О ТЕОРИЯХ И КОНЦЕПЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

*Гареева И. А.* – докторант, канд. социол. наук, доц. кафедры «Социальная работа и психология» (ТОГУ), тел. (4212) 22-43-95, e-mail: gar\_ia@mail.ru

В статье рассматриваются теории и концепции народонаселения и здравоохранения в социологическом аспекте. Показана их специфика, достоинства и недостатки. Анализируется необходимость их синтеза и возможности его осуществления в формировании единой системной теории здравоохранения. При синтезе всех имеющихся знаний представляется возможным разработка различных вариантов концепций, необходимых для практического обеспечения и воплощения социальной цели здравоохранения.

In the article the theories and the concepts of population and public health system are considered from the aspect of sociology. The article deals with the advantages and the disadvantages of these theories and concepts as well as with their specific features. The necessity of their synthesis and the possibility of its realization in formation of a unified system theory of public health are analyzed. The synthesis of all existing knowledge allows developing different variants of concepts which are necessary for practical support and realization of social goal of public health system.

*Ключевые слова:* теории, концепции, системная теория здравоохранения, здоровье общества, факторы риска, обусловленность социального здоровья, модели здоровья.

Современная теория и практика поставила задачу выхода медицины и здравоохранения на качественно новый, более высокий теоретический и практический уровень. Очевидные проблемы состояния здоровья населения, развития и функционирования здравоохранения, требуют выработки новых подходов в решении проблем, которые не только бы соответствовали вызовам своего времени, но и работали на опережение.

Отечественные исследователи рассматривают систему здравоохранения как социальный институт и специфическую сферу социальной деятельности в общественной системе. В соответствии с этим в обществе существует настоятельная потребность социологического осмысления роли и места системы здравоохранения, исследования социальных процессов и закономерностей

стей социальных явлений, а также изучения закономерностей функционирования и развития внутренней дифференциации системы.

Продолжительный период времени исследования системы здравоохранения страдали от недостатка последовательности. Только к концу XX века общими усилиями сформировалась единая общая системная теория здравоохранения. Она зародилась на основе осмысления старых накопленных и новых фактов, в результате сопоставления исторического опыта и анализа общих теорий и концепций [1].

Основные компоненты общей системной теории здравоохранения можно сформулировать следующим образом: признание охраны и укрепления здоровья социальным правом человека; выявление главных задач и функций здравоохранения; осознание общесоциального уровня системы; выявление ряда закономерностей развития здравоохранения как общественной функциональной системы. Разумеется, сказанная общая теория здравоохранения не исчерпывается.

Проблемы системы здравоохранения зависят не только от внутреннего состояния отрасли, но и от изменения социально-экономического положения в обществе. Если сегодня так называемый средний класс не превышает 15 % в общей структуре, то нет условий для формирования устойчивой социально-экономической структуры общества. Только при оптимальном показателе среднего класса не менее 70 % абсолютное большинство населения удовлетворительно обеспечено материальными условиями жизни, нет причин для формирования социального стресса и возникновения заболеваний, что существенно снижает потребности населения в здравоохранительных услугах.

Рядом исследователей установлены зависимости показателей здоровья населения от так называемой трудовой мотивации, которая в свою очередь обуславливается материальным положением и связанным с ним социальным стрессом. По данным Б.Т. Величковского, изменение средней покупательной способности населения региона существенно влияет на показатели общественного здоровья, а в частности на уровень смертности. В регионах, где она в расчете на потребительскую корзину составляет три ее величины, показатель смертности около 13 %, а в экономически менее развитых регионах, где на человека приходится две с половиной потребительской корзины, этот коэффициент составляет более 16 %. Для того, чтобы человечество могло вписаться в существующие условия, считается необходимым сокращение потребности каждого живущего на планете в 10 раз, или уменьшение количества жителей на ней также в 10 раз.

Изменения в политической и социально-экономической сферах общества расширяют поле для социологических исследований системы здравоохранения. Рыночные отношения в системе здравоохранения порождают проблемы неравенства распределения ресурсов и доступа к медицинской помощи, и особенно к высоким медицинским технологиям, власти в здравоохранении, усиления роли воздействия социальных условий на поведенческие установки индивидуума и группы в направлении сохранения здоровья, про-



блем социальной изоляции и усиления социального отклонения лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями. Рост интереса к проблемам здравоохранения связан и с осознанием в современных обществах социальной ценности здоровья и жизни, пониманием того, что проблемы, связанные со здоровьем, имеют социальную природу. Таким образом, возникает необходимость анализа взаимодействия здравоохранения с обществом, с различными социальными институтами, познание законов развития и функционирования теории здравоохранения как социального феномена.

Характер взаимодействия здравоохранения и общества может проявляться как в воздействии общества на функционирование и развитие здравоохранения, так и во влиянии здравоохранения на общественные процессы. Современные исследователи констатируют эволюцию здравоохранения в сторону роста *социетальности*. Так, анализируя степень влияния здравоохранения на разные области жизнедеятельности общества, И. Зола утверждает, что медицина все больше проникает в жизнь индивида, а здравоохранение все больше берет на себя функции социального контроля. И. Иллич, рассматривая проблемы неравенства в здравоохранении, делает акцент на том, что «врачей больше там, где климат здоровее, вода чище, а люди работают и могут оплатить услуги врача».

Перспективы исследования здравоохранения в свете методологии общих теоретических концепций приобретают все большую значимость. Поэтому для систематизации сведений и знаний, относящихся к оценке функционирования систем здравоохранения и общественного здоровья, мы выбрали метод, заключающийся в изучении обобщающих, информативных магистральных объектов исследования – теорий и концепций. На наш взгляд, теории и концепции несут некую прогностическую функцию, что имеет значение при формировании оптимальной модели функционирования здравоохранения и ее концепции, построения моделей социального поведения, разработку мер, направленных на оптимизацию воздействия социальных условий на поведенческие установки в обществе. Знание основных закономерностей развития и функционирования здравоохранения позволит воплотить главное направление системы здравоохранения – это сохранение и укрепление здоровья человека и общества [2].

Исследуемые теории и концепции можно разделить на следующие группы:

1. Теории народонаселения и здравоохранения. К ним относятся мальтузианство, неомальтузианство, теория «оптимума населения», расизм, патернализм, евгеника, органическая теория Г. Спенсера, социальная экология, теория «болезней цивилизации и социальной дезадаптации», теория факторов, теория порочного круга. Эта группа включает теории, которые сопряжены с такими понятиями, как сущность демографических явлений, политики здравоохранения, развития общественного здравоохранения;

2. Теории медицины, которые включают: теорию стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье, фрейдизм, неогиппократизм, биотипологию

и др. Эта группа объединяет теории о сущности патологических процессов, медико-биологических и социально-психологических состояний.

При исследовании здоровья теоретическая часть медицины представляет фундаментальные знания физиологии, патофизиологии, анатомии, патологической анатомии, химии, биологии и других наук. Фундаментальные медицинские теории и концепции охватывают, прежде всего, внутренние процессы, происходящие в организме при взаимодействии с внешними факторами [3]. При этом нормативная, организационная сторона медицины и здравоохранения оставалась вне поля зрения исследователей [4].

Для нас наибольший исследовательский интерес представляют общетеоретические концепции, которые не утратили своей актуальности, и до сегодняшнего дня продолжают развиваться. К ним относятся: теории болезней цивилизации и социальной дезадаптации, теории конвергенции общественных систем, теории факторов, теория порочного круга нищеты и болезней. Обращение к этим теориям позволяет выйти за пределы системы здравоохранения, и оценить роль и влияние разных факторов или социальных систем на систему здравоохранения, состояние здоровья населения и его обусловленность.

Постулат о болезнях и вырождении членов общества как прямом результате увеличения его численности выше критической отметки нашел отражение в теории географического детерминизма Т. Мальтуса, а в последующем неомальтузианцев [5]. В широкое научное рассмотрение этот круг проблем ввели В. И. Вернадский, Ле Руа и Тейяр де Шарден. Положения этой теории представляют интерес в контексте исследования проблем ресурсного состояния отрасли здравоохранения с целью обеспечения потребности в услугах здравоохранения определенных социальных групп. На систему здравоохранения и службы социальной помощи влияет рост численности населения в мире, и, в частности, рост численности пожилых людей. Так, по прогнозам, к 2015 году люди старше 60 лет будут составлять 20 % населения. Если ежегодный прирост населения составляет в среднем 1,5 %, в то же время рост пожилого населения составляет более 2,7 %. Увеличение доли людей пенсионного возраста в структуре общества, состояние их здоровья влияют на возможности здравоохранения, так как именно эта социальная группа является одной из основных потребителей услуг здравоохранения.

Ряд теорий – теория этологии (К. Лоренц, Н. Тинберген, Н. Фриш), человеческой экологии (Р. Парк, Э. Бюргесс), социобиологии (Э. О. Уилсон) – переносят законы биологических сообществ на общественную жизнь в вопросе о причинах и характере заболеваний. Так, К. Лоренц выделяет основные тенденции, отличающие индустриальное общество от традиционного и делающие его неустойчивым и противоестественным для жизни человека. К ним относятся: перенаселение, опустошение жизненного пространства, высокий темп жизни, навязанный всеобщей конкуренцией; возрастание нетерпимости к дискомфорту, генетическое вырождение. Лоренц указывает на то, что человек, приспособленный эволюцией для выживания в небольшом коллективе,



в условиях мегаполиса не может сдерживать свою природную агрессивность. В качестве примеров двух крайностей приводится гостеприимность людей, живущих вдали от городов и взрывоопасная нервозность концлагерей, где неосторожный взгляд может привести к драке. Концентрация людей в городах обычно сопряжена с уничтожением природы, что приводит к эстетической и этической деградации жителя. А аэрофотоснимок города К. Лоренц внешне сравнивает с гистологической картиной раковой клетки, что свидетельствует об утрате разнообразия в обеих системах [6]. Исходя из вышесказанного, можно утверждать, что важную роль в сообществе играет благоприятное социальное окружение.

Одной из наиболее общих и распространенных современных теорий и концепций является теория «болезней цивилизации и социальной дезадаптации». Чаще всего цивилизация трактуется как степень, уровень технического, культурного, научного развития общества. Но для нас представляет интерес не само понятие цивилизации, а механизмы ее влияния на здоровье общества. Здесь следует рассматривать недостатки цивилизации, которые влияют на здоровье.

Одним из первых теоретических обобщений влияния цивилизации на здоровье населения является исследование, проведенное Э. Гюаном и А. Дюссером, представленное в книге «Болезни нашего общества» [7]. Авторы рассматривают и обосновывают общий механизм возникновения и развития современной патологии в цивилизованном обществе. По мере формирования современной цивилизации все сильнее нарушались, срывались реакции приспособления к природным и особенно социальным факторам. Такие срывы находили проявление в массовых нарушениях здоровья. Приспособление к социальным условиям нарушалось особенно сильно, срывались привычные механизмы адаптации, приводя к так называемой «обратной социальной инадаптации», которая все чаще проявлялась массовыми нарушениями здоровья. Социальная дезадаптация приводит к устранению здоровых и сохранению больных членов общества. Таким образом, процесс социальной дезадаптации создает механизм приспособления для больных.

О перенапряжениях, срывах адаптации говорил и О. Тоффлер. По его мнению, развитие цивилизации достигло непомерно высоких темпов развития. Социальная адаптация также находится на пределе. Но развитие цивилизации остановить невозможно, как бы пагубно оно ни влияло на здоровье. Если это развитие остановить, то неизбежен крах адаптации, ее срыв, который вызовет массовые заболевания, депрессию, шок. В результате срыва адаптации возникает массовая враждебность, депрессия, тревога, акты насилия и другие проявления социальной дезадаптации. Как и другие приверженцы теории «болезней цивилизации и социальной дезадаптации», О. Тоффлер не видит радикальных средств для устранения негативных влияний цивилизации на здоровье населения, и в своих прогнозах он достаточно пессимистичен [8]. В то же время теории «болезней цивилизации и социальной дезадаптации» имеют перспективы дальнейшего развития, так как на основе их по-

ложений возможен социологический анализ эволюции роли здравоохранения в обществе.

Основные положения теории нашли отражение в работах современного исследователя И. Зигреста. Он сфокусировал свое внимание на взаимосвязи доходов индивида, социальной интеграции и социальной атмосферы на работе. По мнению И. Зигреста, неодинаковое распределение ресурсов ведет к тому, что у представителей отдельных социально-профессиональных групп чаще отмечаются социальные срывы, которые приводят к ухудшению здоровья, и вследствие этого к росту смертности. При этом И. Зигрест отмечает, что низкий уровень социальной интеграции, взаимоподдержки связывается с высокой частотой и степенью дезадаптации.

Теории социальной обусловленности здоровья и социобиологические концепции исследуют несомненную взаимосвязь здоровья с социальными факторами. Доказательство преимущественно социальной обусловленности здоровья легло в основу концепции, идентифицирующей внешнесредовые факторы. Переломные периоды жизни общества подтверждают зависимость основных медико-демографических явлений, показателей смертности, заболеваемости от социально-экономических, политических и других внешнесредовых факторов. Факторы риска для здоровья влияют как непосредственно, так и опосредовано. На основе многочисленных исследований и оценок были установлены так называемые большие факторы. Сюда относят, прежде всего, внешнесредовые влияния – социальные, природные, которые имеют место при многих хронических заболеваниях.

Важнейшим положением концепции стало доказательство преимущественно социальной обусловленности здоровья. Оно повседневно подтверждается зависимостью основных медико-демографических явлений, показателей смертности, заболеваемости, инвалидности и других, от социально-экономических, политических и других внешнесредовых факторов.

В практических целях термин «факторы риска» следует употреблять прагматически, т.е. тогда, когда данный фактор действительно является **предикатом** риска. На основе примерно такой позиции, определяющей факторы риска как способствующие возникновению и развитию болезни и направляющие воздействие среды, была создана теория о факторах риска для здоровья. Она установила на основе многочисленных исследований и оценок концепцию так называемых больших факторов риска — немногих воздействий или, как их в свое время назвал Г. Селье, стрессоров, способствующих возникновению и течению заболеваний [9].

Эти и другие факторы риска гораздо сильнее действуют среди более уязвимых групп населения – групп риска, которые сами по себе, по своему социальному, психологическому, экономическому, наследственно-биологическому статусу в большей степени подвержены неблагоприятным патогенным влияниям. Факторы и группы риска способствуют действию причин заболеваний, а нередко и сами являются такими причинами.



На основе исследований Ю. П. Лисицына и О. В. Граниной была установлена ведущая роль поведения (индивидуумов, семьи, группы) в возникновении патологии и сохранении здоровья. На этом основании предложена формула факторов здоровья. Здоровье формируется «цепочкой» объектов: среда — поведение — человек. Таким образом, был выявлен главный фактор риска (он же – фактор здоровья), особенно для понимания хронических неэпидемических болезней, – поведение человека. Этот фактор субъективен, так как действует в конкретных социальных и природных условиях. Именно с поведением человека связаны те «патогенные ситуации», которые и определяют ныне современную хроническую патологию.

Подобного рода выводы и продолжающиеся исследования стали базой более широких концептуальных обобщений, которые вылились в так называемую формулу, или модель, обусловленности здоровья. Среди факторов, обуславливающих здоровье, ведущую позицию занимает образ жизни. Образ жизни рассматривается как социологическая категория, характеризующая социально-экономические и психологические явления в разных обществах, и признан как характерный для данного исторического периода, наиболее типичный способ деятельности или активности человека, группы людей.

Системный подход к исследованию образа жизни позволил конкретно квалифицировать превалирующие комплексы факторов, сохраняющих и нарушающих здоровье. Теория факторов риска дала возможность определить не только общую величину влияния образа жизни (56-57 %), но и его социальные составляющие, а также долю всех факторов обусловленности здоровья. Однако, в системе жизненных ценностей человека здоровье по данным некоторых исследователей занимает лишь 3-4 место. Стандарты здорового образа жизни известны и доступны в понимании. Но не каждый человек, а тем более та или иная социальная группа, способны вести здоровый образ жизни. К тому же современный уровень цивилизации предлагает иные варианты жизни. Урбанизация, медиализация обыденного сознания, рафинированные продукты питания и другие, негативные для здоровья общества и человека факторы, все более агрессивно вторгаются в жизнь. В итоге происходит рост социально значимых заболеваний, потери населения из-за высокой смертности в трудоспособных группах населения, маргинализация в городах, распространение среди молодого населения девиантных форм поведения. Все больше, как особая проблема для населения России, приобретает значение популяционный риск, который подразумевает снижение продолжительности жизни, старение населения, высокий уровень смертности и низкая рождаемость в стране.

В непосредственной связи с концепцией факторов риска проявляется осознание роли окружающей среды. Проблема состояния окружающей среды приобретает растущее социально-экономическое и политическое значение. Проблемы состояния экологии все больше находят отражение в философии экологического кризиса: возрастающего техногенного загрязнения окру-

жающей среды, одного из важных механизмов дезадаптации общества. С этих позиций нами рассмотрены теории социальной экологии.

В основе теории социальной экологии (Э. Роджерс, Р. Макензи) заложены социобиологические, природные и экологические процессы и явления, оказывающие воздействие на здоровье населения [10]. По мнению Р. Макензи, к ним относят: географические – климат, топография местности, естественные ресурсы; экономические и технические – природа и организация промышленности в определенной местности, профессиональное распределение; культурные, включающие, «кроме искусства, моральные заповеди и запреты»; политические и административные меры – установление тарифов, налоги, иммиграционные законы, правила пользования общественными институтами. Э. Роджерс, кроме того, к числу экологических факторов и процессов, влияющих на здоровье, относит «неспособность личного или социального приспособления: развод, оставление семьи, алкоголизм, наркомания, преступления и правонарушения, незаконнорожденность, психические заболевания; дефекты общественной организации: безработица, крайности нищеты и богатства, плохое правительство и коррупция, чрезмерные предрассудки, отсутствие таких жизненно необходимых общественных услуг, как здравоохранение, образование и пр.». Социальные экологи в отличие от приверженцев теории факторов, стремятся выделить ведущие звенья социальных процессов [4].

Основные положения теории «порочного круга нищеты и болезни» направлены на решение проблемы обусловленности здоровья и принятия соответствующих решений в области охраны и укрепления здоровья, его стратегии и тактики. Эта теория была выдвинута английским деятелем общественного здравоохранения К. Уинслоу. Теория «порочного круга нищеты и болезней» объясняет состояние здоровья зависимостями всех факторов общественной системы.

Общее положение теории о «круговой причинной зависимости между всеми факторами общественной системы» таково: условия и факторы нищеты ведут к низкому уровню здоровья, недостаточности здравоохранения, которые, в свою очередь, индуцируют слабость экономики и нищету. Круг замыкается и называется порочным кругом.

Для современных исследователей эта теория представляет интерес, так как в социальной политике в области здравоохранения одними из наиболее важных являются вопросы распределения ресурсов и социального неравенства. Характер расслоения общества и доступа к здоровью и здравоохранению существенно отличается в разных странах, но положение больных и бедных в любой общественной системе всегда остается социально уязвимым.

Наибольший интерес для нашего исследования представляет теория конвергенции общественных систем, здоровья населения и здравоохранения.

Эта теория имеет отношение ко многим концепциям и, особенно, к теории «болезней цивилизации и социальной дезадаптации». Она доказывает возможность и целесообразность создания единого общества – единой общей



цивилизации с ее подсистемами – здравоохранением, просвещением, производством на основе сглаживания различий общественных систем [11].

Теория конвергенции получила широкое концептуальное распространение, проникла в теоретические обобщения в области общественного здоровья и здравоохранения, демографии, экологии. Идеи конвергенции близки по содержанию к экономическим реформам, так как создаются общественные системы здравоохранения, «конвергирующие» (сближающие) позитивный опыт других стран в вопросах здравоохранения, и возможны для использования при создании наиболее оптимальной структуры здравоохранения, идущей по пути модернизации. Опыт развития национальных систем здравоохранения различных стран демонстрирует, что «чистых» моделей функционирования здравоохранения не существует. Можно говорить о преимуществе тех или иных принципов построения национальных моделей здравоохранения. Так называемая частная система здравоохранения США до 56 % финансируется за счет государственного бюджета страны. А события последнего экономического кризиса, захватившего все сферы общественной жизни, в том числе и здравоохранение, подтверждают необходимость сближения различных форм общественных систем здравоохранения для выбора наиболее позитивных и устойчивых. Теория конвергенции дает богатые сведения, которые дополняют и развивают концепцию формирования и устранения факторов риска для здоровья и демографических явлений, формирования здорового и нездорового образа жизни, экологической обстановки. Происходящие реформы в здравоохранении многих стран мира близки к идеям конвергенции, создаются различные формы общественных систем здравоохранения, вбирающие в себя позитивные механизмы и структуры страховой медицины, государственных, правительственных бюджетных служб, частной медицины, служб здравоохранения общественных и религиозных организаций и другие формы.

Представители теории конвергенции считают, что постепенный, накопительный и мирный характер изменений принесет всеобщее улучшение и выравнивание условий социальной жизни для различных групп населения, а также условий человеческого существования.

Положения концепции продолжающейся конвергенции общественных систем имеют подтверждение, откуда происходит доказательство общности законов формирования общественного здоровья и различных моделей функционирования здравоохранения в разных странах.

Внешнее разнообразие всех освещенных теорий и концепций с оригинальностью представлений действительно нового, никак не предполагает их экзотичности в системе взглядов. Теории по своей сути ассимилируют, плавно перетекают по мере накопления новых знаний в более широкие представления, что расширяет концептуальное поле и рождает представление новое, но ассимилирующее и взаимодействующее с уже известными.

Однако системная теория здравоохранения не может исчерпываться рассмотренными выше теориями и концепциями на существующие проблемы. Синтезируя все имеющиеся знания, можно будет построить принципиально

новую единую системную теорию здравоохранения и разработать различные варианты концепций, необходимых для практического обеспечения и воплощения цели здравоохранения – укрепления и развития здоровья общества. Одной из таких концепций может быть социальная концепция здравоохранения, которая основывается на позиции социальной роли государства и его социально-экономической политики в области охраны и укрепления здоровья населения. Социальная концепция здравоохранения предопределяет преимущественно общественно-государственный характер не только на федеральном, но и на региональном и местном уровнях, а также поддержку уровня здоровья усилиями самого человека и общества. Именно из таких принципов исходит социальный характер здравоохранения и стратегическое направление деятельности.

### Библиографические ссылки

1. *Венедиктов Д. Д.* Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. – М.: [б.и.] 2008. – 335 с.
2. *Щепин О. П.* Медицина и общество. – М.: Медицина, 1983. – 391 с.
3. *Фундаментальные науки – медицине: Тез. конф. 10-11 дек. 2003 г.* – М.: Слово, 2003. – 175 с.
4. *Лисицин Ю. П.* Теория медицины XX века. – М.: Медицина, 1999. – 171 с.
5. *Мальтус Т. Р.* Опыт о законе народонаселения. – Петрозаводск, 1993.
6. *Lorenz K.* On aggression. N.Y.: BantamBooks, 1967.
7. *Huant E., Dussert A.* Les maladies de notre societe. . – Paris, 1961.
8. *Тоффлер О.* Третья волна. – Москва, 1999. – 795 с.
9. *Seye H.* The Stress of Life. – N.Y.: McGraw-Hill, 1956.
10. *Rogegrs E. M.* Diffusion of Innovations. – 3<sup>rd</sup> Ed. – N.Y., 1983.
11. *Теория и методология исследований социальных проблем / Отв. ред. Р. С. Гринберг, Т. В. Чубарова; Рос. Акад. Наук, Ин-т междунар. Экон. и полит. исслед.* – М.: Наука, 2005. – 189 с.
12. *Петленко В. П.* Метамедицина. – СПб.: Ольга, 1996. – 257 с.
13. *Безруков Н. С., Полянская Е. В.* Экономическая оценка потерь общественного здоровья, как фактор развития человеческого капитала // Вестник ТОГУ. 2009. № 1 (12).