

©1999 г.

Э.А. ФОМИН, Н.М. ФЕДОРОВА

СТРАТЕГИИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

ФОМИН Эдуард Афанасьевич - вице-президент Центра независимых, социологических исследований (Санкт-Петербург). ФЕДОРОВА Наталья Михайловна - аспирантка кафедры социологии и управления персоналом Санкт-Петербургского университета экономики и финансов, сотрудник Центра независимых социологических исследований (Санкт-Петербург).

Начиная со второй половины 20 века, в мире наблюдаются существенные изменения в оценке роли здоровья в жизни каждого человека и общества. В 1948 году ВОЗ определила здоровье "как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболевания или физического дефекта". Этим, фактически, было положено начало перехода к пониманию здоровья и болезни не только как к медицинской проблеме, но и как к общесоциальной. Показатели здоровья, физического и психического самочувствия стали рассматриваться социальными политиками в качестве кумулятивных индикаторов уровня благополучия (качества жизни) общества в целом и его отдельных слоев.

В нашем исследовании¹ мы обратились к населению для фиксации его собственных оценок и реакций, связанных с представлениями о своем здоровье или нездоровье, и для выяснения обстоятельств и факторов, влияющих на эти оценки. Анализ контекстов употребления понятия здоровья привел к убеждению, что в обыденном сознании всегда присутствует как минимум два существенно различающихся представления о здоровье. Одно - соответствует представлениям о "здоровом" и "больном" не столько с точки зрения медицинских критериев, сколько в социально-нормативном смысле, как о социально заданном стандарте, меняющемся вместе с обществом, в основе которого лежат представления о полноценности человека, принятые в данной культуре². Второе представление направлено на оценку: в какой мере то, что ин-

туитивно ощущается как здоровье, ограничивает или, наоборот, предоставляет человеку возможности решать свои повседневные и перспективные задачи, осуществлять цели, реализовывать свои намерения. Оценки этих аспектов здоровья выявлялись и фиксировались отдельно. Соционормативный аспект измерялся через оценки респондентами состояния своего здоровья как переживаемого самочувствия по шкале "хорошее - плохое", вне связи с тем, как это самочувствие сказывается на их жизни как целостном процессе. Другой аспект (имеющий с нашей точки зрения более непосредственное отношение к качеству жизни) оценивался по пятибалльной шкале удовлетворенности (от низкой - 1 балл, к высокой - 5 баллов) здоровьем как фактором, открывающим или, наоборот, ограничивающим определенные жизненные перспективы и достижения.

Субъективные оценки состояния здоровья: соционормативный аспект

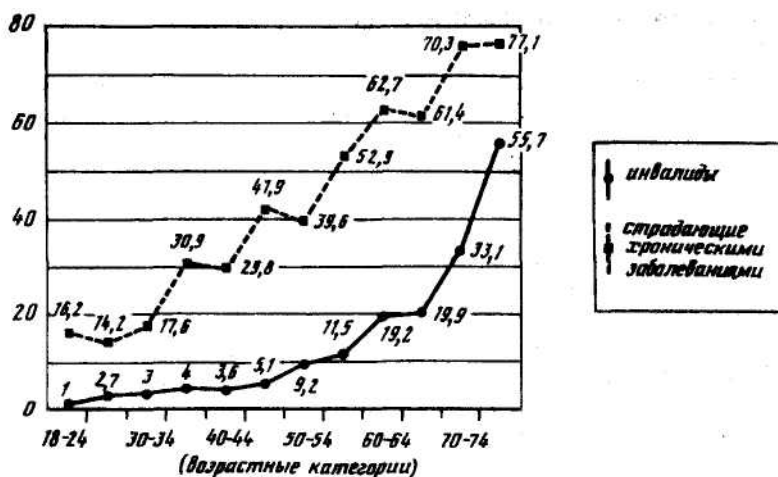
Оценка состояния здоровья, осуществленная респондентами по шкале соответствия подразумеваемому культурному стандарту, показала, что оценили свое здоровье как хорошее 19% респондентов, столько же - как плохое и 62% - как удовлетворительное. Результаты сходных опросов в США и Западной Германии, осуществленных в 1978-1988 годах, показывают, что в этих странах доля лиц, которые оценивают состояние своего здоровья как неудовлетворительное, значительно ниже, чем в России. Так, в Западной Германии она колебалась от 11,6 до 14,9%, в США - от 9,5 до 11,0%³.

По некоторым объективным медицинским характеристикам здоровья, сообщенным респондентами, оценки состояния здоровья могли быть еще ниже. Об этом свидетельствует высокий процент случаев, когда опрашиваемые, принадлежащие по своему социомедицинскому статусу к категории больных (инвалиды и лица, имеющие хронические заболевания) в целом оценивают свое здоровье как удовлетворительное или даже хорошее. Это является дополнительным доказательством того, что под здоровьем люди понимают переживаемое самочувствие по его поводу. Это чаще всего означает, что заболевание не находится в острой стадии и самочувствие респондента не ограничивает его в выполнении своих многообразных ролей.

Распространенность подобных трактовок здоровья и соответствующих стратегий повседневного поведения фиксируется и в исследовании Дж. Браун и Н. Русиновой⁴. Они отмечают, что для некоторых категорий горожан характерна интерпретация здоровья скорее как физической дееспособности, а не наличия или отсутствия конкретных симптомов болезни. Другие категории горожан оценивают свое здоровье с точки зрения своих психических и психологических возможностей. "Тот человек может считаться здоровым, - считают они, - который способен свободно (без ограничений, предопределяемых теми или иным симптомами) выполнять свои ролевые функции на работе или в семье". Иными словами, для многих людей характерен взгляд на здоровье как на состояние, не препятствующее выполнять им привычные обязанности. Есть группы населения, которые вообще не придают своему здоровью особого значения.

Полученные нами данные об инвалидности и распространенности хронических заболеваний дают угрожающую картину. Инвалиды составляют 9,6% от опрошенных, лица, имеющие хронические заболевания, - 37,3%. Это никак не укладывается в культурную парадигму здоровья, в соответствии с которой "суммарная численность больных не превышает обычно одну десятую численности трудоспособных в любом обществе"⁵.

Распределение инвалидности и хронических заболеваний по разным возрастным группам демонстрирует в целом довольно тривиальную функциональную зависимость ухудшения объективных показателей здоровья с повышением возраста



Распределение возрастных групп респондентов по наличию инвалидности и хронических заболеваний (в % от всех опрошенных)

(см. рис.). Однако то, как круто поднимаются эти кривые в старших возрастных группах, показывает, сколь интенсивно растрачивается первоначальный потенциал здоровья за время активной трудовой жизни. Иным словами, эти данные говорят не только о том, каково сегодняшнее качество жизни, с точки зрения объективных характеристик оставшегося потенциала здоровья, но и о том, как на реальном здоровье сказывается качество предшествующей жизни. А сказывается оно следующим образом: к 55 годам, то есть к окончанию трудового периода, более 10% людей становится инвалидами и приблизительно 45% страдают хроническими заболеваниями. К 60-летнему возрасту (первое пенсионное пятилетие у женщин и начало пенсионного периода у мужчин) уже 15% признаются инвалидами и около 58% хронически больными. Последующая жизнь в пенсионном периоде характеризуется резким скачком инвалидизации и продолжающимся увеличением доли хронически больных людей. К 75-и годам уже почти половина горожан этого возраста получают инвалидность и более 75% страдают от хронических заболеваний.

Если говорить о гендерных различиях в объективных характеристиках здоровья, обнаруживается, что инвалидизация практически в равной степени распространена как среди мужчин, так и среди женщин (9,5% и 9,6%, соответственно). Хронические заболевания зафиксированы у женщин почти в 44 случаях из ста, у мужчин - в 29 случаях. Вряд ли эти данные можно интерпретировать как показатель более высокого здоровья мужчин по сравнению с женщинами. Это, скорее показатель различий между женщинами и мужчинами с точки зрения внимания к своему здоровью. И действительно, по показателю обращаемости к врачу женщины существенно превосходят мужчин. Они в 1,7 раза чаще обращаются к врачу в случае реальных недугов и почти во столько же раз с профилактической целью: если 25,3% женщин регулярно и 8,8% иногда (в сумме 34,1%) посещают врача для профилактики, то мужчины делают это гораздо реже - 13,7% и 4,9% соответственно (в среднем 18,6 посещений на каждые 100 мужчин).

Если проанализировать, как распределились субъективные оценки здоровья внутри групп, выделенных по полу, то гендерные различия проявляются еще отчетливее. Среди всех опрошенных мужчин 25,4% оценивают свое здоровье как хорошее, 61,5% - как удовлетворительное и 13,0% - как плохое. Женщины оценивают свое здоровье как хорошее почти в два раза реже (13,5%), чем мужчины, как удовлетворительное - почти наравне с мужчинами (63,1%), как плохое - в 1,8 раза чаще (23,4%).

Самодетерминирующее поведение в сфере здоровья

Важным показателем здоровья как элемента качества жизни является уровень самодетерминации поведения, то есть ответственного отношения к сохранению и поддержанию людьми своего здоровья⁶. В этом смысле здоровье выступает как реальный человеческий ресурс, которым можно по-разному распорядиться с неодинаковыми результатами.

В нашем исследовании в качестве показателей уровня ответственного отношения людей к своему здоровью (самодетерминации) были избраны следующие индикаторы: соблюдения режима питания, занятия физическими упражнениями, забота о режиме сна и отдыха, отказ от вредных привычек.

По всему массиву опрошенных эти формы самодетерминации распределились следующим образом: постоянно соблюдают режим питания 15,1% горожан, 10,7% соблюдают его иногда (в сумме - 25,8%). Не заботятся о правильном питании - 74,2%. Физическими упражнениями для поддержания здоровья занимается постоянно 26,6% населения и еще 18,1% поддерживают его время от времени (в сумме - 44,7%). Соблюдают режим сна и отдыха постоянно 29,4%, иногда - 13,7% людей (в сумме - 43,1%). Избегают вредных привычек постоянно 53,6% и 9,5% опрошенных - иногда (в сумме - 63,1%).

На первый взгляд, полученные распределения рисуют довольно благополучную картину самодетерминирующего поведения в сфере здоровья, как характерную для довольно значительной части населения обследованных городов. Однако при сопоставлении распределений тех, кто стремится вести здоровый образ жизни, с распределениями по субъективным оценкам своего здоровья, становится видно, что подобное поведение не является в полном смысле самодетерминирующим и осознанным. Во многих случаях оно представляет собой всего лишь вынужденную реакцию на постоянно истощаемое плохое самочувствие.

Исследованием зафиксированы определенные различия в характере самодетерминирующих здоровье видов поведения в гендерном разрезе. Женщины превосходят мужчин практически по всем индикаторам здорового образа жизни. Исключение составляет только занятие физическими упражнениями, где безусловное лидерство принадлежит мужчинам (51,7 против 39%). Единственная форма поведения, в которой женщины традиционно демонстрируют преимущество перед мужчинами - это стремление к ограничению и исключению из своей жизни вредных привычек (75 против 47,9%). По данным нашего исследования, они не подвержены вредным привычкам в среднем в 1,5 раза чаще, чем мужчины.

Влияние на оценки здоровья стрессобразующих факторов

Среди рассматриваемых в нашем исследовании факторов особое внимание обращено на некоторые обстоятельства интегративного характера, которые, с нашей точки зрения, создают общий эмоционально-психологический фон существования человека. Этот фон в очень сильной степени способен оказывать влияние на оценку человеком общего потенциала здоровья как ресурса для осуществления своих жизненных планов. Мы попытались оценить, в какой мере на этот потенциал повлияли такие стрессобразующие факторы как состояние безработицы, ощущение одиночества, неудачи в семейной жизни, ощущение материальной нужды (бедность), а также общие психические состояния типа оптимизм-пессимизм.

Оценка потенциала здоровья лицами, *потерявшими работу и постоянный источник дохода* (зарегистрированные безработные) выглядит, по данным нашего исследования, несколько парадоксально: безработные респонденты продемонстрировали довольно высокий уровень удовлетворенности потенциалом своего здоровья (выше средней оценки по всему массиву опрошенных) - 3,8 против 3,34 баллов.

По иному влияет на оценку здоровья такое психоэмоциональное состояние как переживание или ощущение одиночества. Этот фактор весьма значительно снижает оценки потенциала здоровья всеми респондентами. И наоборот, лица, не подверженные такого рода состояниям, оценивают возможности своего здоровья всегда выше средних значений. Так, те, кто утверждает, что никогда не подвержен чувству одиночества, оценивают потенциал своего здоровья в 3,64 балла, а те, кто часто испытывает подобные состояния — в 2,66 балла. Разница достигает почти одного балла. В данном случае это означает, что среди людей, часто чувствующих себя одиночками, неудовлетворенных своим здоровьем почти в два раза больше, чем среди не знакомых с одиночеством (51,5% против 24,3% соответственно).

Одиночество проявило себя в качестве самого сильного фактора, способного в наибольшей степени влиять на снижение людьми оценки жизненных возможностей своего здоровья. Никакой другой фактор не влечет за собой таких низких оценок как у мужчин, так и у женщин. При этом на снижение потенциала здоровья женщин одиночество оказывает наиболее сильное воздействие.

Исследование отмечает также стрессогенное воздействие на здоровье людей неудач в семейной жизни. Среди тех респондентов, у которых, с их точки зрения, брак сложился несчастливо или неблагополучно, оказались и весьма низкие оценки здоровья как жизненного резерва. Все респонденты, отнесшие себя к этой группе, оценили возможности своего здоровья всего в 2,95 балла. При этом негативное влияние этого фактора на женщин оказывается более значимым. Естественно, в благополучных и счастливых браках оценки существенно выше: 3,52 балла для обоих полов, что больше, чем в среднем для всего массива опрошенных, у женщин - 3,41 балла, что также выше, чем по всему массиву женщин. Влияние благополучного и счастливого брака на потенциал здоровья мужчин выражено в меньшей степени. Это может означать лишь то, что значение брака с точки зрения его влияния на здоровье в качестве важного жизненного ресурса, для мужчин оказывается менее значимым, чем для женщин.

Зависимыми величинами оказываются уровень материального достатка и оценки потенциала здоровья. Наиболее удовлетворены возможностями своего здоровья те, кто относит себя к людям богатым и обеспеченным. Значение оценки потенциала своего здоровья у этой группы существенно выше средней по всему массиву и составляет 3,86 балла. Те же, кто оценил уровень своего материального достатка как бедность, удовлетворены возможностями своего здоровья всего на 2,72 балла. У мужчин, в случае достижения ими состояния обеспеченности, потенциал возможностей здоровья возрастает до самой высокой оценки - 4,0 балла. Возможности здоровья женщин острее откликаются на ситуацию бедности. Те из них, кто отнес себя к определенно бедным, оценивают возможности своего здоровья всего в 2,5 балла.

Приблизительно такая же картина складывается при анализе влияния на оценку респондентами потенциала здоровья таких психоэмоциональных состояний, как пессимизм и оптимизм. Люди с преобладающим пессимистическим отношением к жизни демонстрируют и весьма невысокие показатели возможностей своего потенциала здоровья. С другой стороны, лица, для которых характерен постоянный оптимистический фон в отношении своей жизни и планов на будущее, демонстрируют более высокие оценки возможностей своего здоровья. У всех женщин, как склонных к пессимистическим взглядам на жизнь, так и у оптимисток, оценки потенциала здоровья ниже, чем у мужчин соответствующих категорий.

Выводы исследования могут быть сведены к следующим суждениям, находящим эмпирическое подтверждение.

У населения трех обследованных городов в оценке здоровья преобладают мотивы, связанные с реакцией поведения на непосредственно переживаемые факторы жизни, вне их связи с дальнейшими жизненными перспективами. Зафиксирована несформированность сознательного, самодетерминирующего поведения по отношению к здо-

ровью как базовой ценности, предопределяющей возможности (успешность) жизненного пути человека. Отчетливо проявившееся осознание неудовлетворенности имеющимся потенциалом здоровья как жизненным ресурсом практически у всех основных социальных групп населения не сопровождается формированием и реализацией особой культуры поведения, ориентированной на повышение, укрепление и сохранение потенциала здоровья.

Это связано, по-видимому, с тем, что в устанавливающихся отношениях рыночного типа еще не очень заметно проявляются механизмы и индикаторы того, как в действительности здоровье может конвертироваться в другие виды капитала. Хорошее здоровье пока еще не демонстрирует со всей очевидностью своей роли в достижении его носителями экономического процветания. Как, впрочем, и слабое здоровье еще не воспринимается населением в качестве серьезного препятствия, затрудняющего достижение жизненного успеха. Конечно, более обеспеченные люди демонстрируют и более высокую степень удовлетворенности своим здоровьем по сравнению с теми, кто испытывает материальные трудности. Но, в какой мере здоровье оказывается тем фактором, который способствует или препятствует достижению материального благополучия, сказать пока трудно.

Если говорить о гендерных аспектах оценок здоровья и факторах, влияющих на их различия, то здесь можно констатировать более низкую удовлетворенность всеми составляющими здоровья со стороны женщин на фоне его более благоприятных (хотя и ухудшающихся) объективных (социомедицинских) параметров. Это, как нам представляется, может быть объяснено более высокой степенью чувствительности женщин к общим факторам стресса социальных (бедность, безработица, снижение социального статуса) и личных (семейные неудачи) изменений, поскольку они усугубляются дополнительной дискриминационной направленностью.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ В рамках совместного проекта с Финским Институтом профессионального здоровья (IFON) при поддержке INTAS в 1997 году был проведен массовый формализованный опрос населения, посвященный измерению показателей качества жизни и исследованию отношения населения к своему здоровью. В качестве эмпирической базы исследования было выбрано население трех крупных городов, расположенных в Европейской части России, - Санкт-Петербург, Самара и Псков. При этом, в Санкт-Петербурге и Самаре было опрошено по 1000 респондентов, в Пскове - 800 (всего - 2800 человек старше 18 лет). Для обеспечения репрезентативности данных по каждому городу осуществлена квотная выборка по полу и возрасту.

² См. Баранов А.В. О социальной парадигме здоровья //Петербургская социология. 1997. № 1. С. 14.

³ См. Glatzer W., Hondrich K.O., Noll H.H., Stehr K., Warndl B. Recent Social Trends in West Germany 1960-1990. Frankfurt am Main, 1992. P. 515; Campbell A. The Sense of Well-Being in America. New York, 1981. P. 240; МакКихан И., Кэмпбелл Р. Цит. по: Муздыбаев К. Динамика уровня жизни в Петербурге. 1992-1994. СПб.: АО Издательство "Смарт", 1995. С. 132.

⁴ Русинова Н.Л., Браун Дж.В. Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье. // Петербургская социология. 1997. № 1. С. 53-56.

⁵ Баранов А.В. О социальной парадигме здоровья. С. 14.

⁶ Подробнее см.: Барун Дж.В., Русинова Н.Л. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму. // Качество населения Санкт-Петербурга II. СПб., филиал Ин-та социологии РАН. СПб. С. 132-158.