

нарушения интеллекта, и воспитывающегося в стационарных учреждениях, является необходимым условием его успешной реабилитации.

В связи с этим одним из основных направлений реабилитационной работы с детьми, воспитывающимися в стационарных учреждениях, должна быть работа с их семьями. Представляется, что эту работу может проводить соответствующая служба, в состав которой должны входить психологи, педагоги, специалисты по социальной работе, медицинские работники, важной задачей которой должно стать содействие формированию тесных внутрисемейных отношений, обучение родителей особенностям воспитания и обучения детей с интеллектуальными отклонениями в домашних условиях.

В.А.Киселев

СТРАТЕГИИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ

Проблема здоровья в контексте драматичного отечественного социально-экономического и культурного развития весьма актуальна. Избранный страной курс капиталистического развития, обостренный методом «шоковой терапии» и осложненный экономическими реформами, наложили сильный отпечаток на все сегменты общества: экономика, здравоохранение, образование, армия и т. д. Сложилось глубокое противоречие между потенциалом страны и ее показателями по основным антропологическим характеристикам. В самом деле, Россия в конце XX в., с одной стороны, занимает ведущие места в мире по запасам нефти, газа, золотовалютным запасам, по производству стали и даже по количеству долларовых миллиардеров. С другой, среди 191 стран-членов ВОЗ Россия занимает 75-е место по общему объему финансов, направляемых на здравоохранение; и что еще хуже, по эффективности использования этих ресурсов, с точки зрения влияния на здоровье населения, – 127-е место; по средней продолжительности жизни женщин – 100-е место, а мужчин – 134-е место в мире [1]. Вместе с тем, наблюдается устойчивая депопуляция населения страны.

На этом фоне проблема здоровья населения в целом, отношение граждан к своему здоровью, уровень самосохранительного поведения, проблемы здорового образа жизни как никогда актуальны. Общим знаменателем перечисленных проблем выступает, по нашему мнению, выбранные стратегии исследования проблемы здоровья и стратегии отношения человека к своему здоровью. Выявление стратегий исследования здоровья и стратегий отношения российских граждан к своему здоровью, классификация их и должны лечь в основу социологических исследований, теоретических разработок и практических программ.

Основой и целью подобных изысканий, в конечном счете, выступает дихотомия здоровье – болезнь. В настоящее время как отечественная, так и

зарубежная медицина опирается на определение «здоровья», данное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Заметим сразу, что это определение небесспорно. Во-первых, «полное физическое, душевное и социальное благополучие» скорее идеал, нежели норма. Известный специалист в области истории медицины и медицинской этики М.Я.Яровинский глубоко прав, когда, оценивая вышеприведенное определение здоровья, утверждает, что «если строго следовать этим критериям, то можно прийти к удручающему выводу: абсолютно здоровых людей на Земле нет» [13, с. 99]. Более того, добавим от себя, этот идеал исторически вариативен. Во-вторых, социальное благополучие не всегда определяется биологическим состоянием. Не случайно, в материалах, посвященных этой проблеме, число определений понятия «здоровье» превышает три сотни. В специальной литературе используются различные подходы к толкованию «здоровья»: функциональный, биосоциальный, здоровье как норма, здоровье – это отсутствие болезни.

Функциональный подход к здоровью исходит из понимания здоровья как условия для выполнения человеком своих обязанностей. Например, в отечественной медицине «здоровье» рассматривается как необходимое условие для выполнения трудовых, общественных и биологических функций [10]. Биосоциальный подход определяет здоровье как динамическое равновесие организма и окружающей среды. Некоторые исследователи считают, что «здоровье» и «норма» – понятия тождественные. Понимая под нормой состояние оптимальной жизнедеятельности человека, они считают вполне достижимой это состояние через определенный интервал времени и процессы саморегуляции и адаптации. Другие исследователи предлагают ввести понятие «абсолютное здоровье», подобно «абсолютно черному телу» в физике. Однако идеальная модель здоровья мало применима в медицинской практике. Для практической и теоретической медицины в большей степени важно определить норму, отклонение от которой можно считать патологией. В этом отношении в медицине чаще исходят из среднестатистического понимания нормы, хотя и оно не может быть признано абсолютным. Так, исследование биоритмов, проведенное в 1970-е гг., показало, что даже на протяжении суток ряд важных физиологических показателей (например, количество лейкоцитов) подвержен столь значительным колебаниям, что они могут маскировать проявления патологии. Поэтому, по мере расширения медико-биологических знаний, понятие «норма» уточняется. М.Я.Яровинский отмечает, что специалистам Института медико-биологических проблем РАН удалось вывести метод цифровой оценки состояния физического здоровья «условно здорового человека», то есть, не имеющего никаких хронических заболеваний и противопоказаний к физическим нагрузкам и занятиям спортом. Более того, разработанная

ими технология («Навигатор здоровья»), была распространена по детским поликлиникам, врачебно-физкультурным диспансерам, учебным заведениям, военкоматам. В общей сложности было протестировано более 400 тыс. чел., в возрасте от 6 до 50 лет. Врачи пришли к выводу, что хорошим резервом здоровья обладают лишь 4% протестированных [13, с. 97].

Существует мнение, согласно которому «здоровье» может быть интерпретировано через негативную дефиницию. Например, здоровье можно определить как отсутствие болезни или ее признаков. То есть, человек здоров до того, как у него не обнаружатся признаки заболевания. Ограниченность подобного подхода отмечена в документах ВОЗ, в которых дается определение «здоровья» не только как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, но и отсутствие болезней или физических дефектов. Вышеприведенные определения «здоровья» выражают те или иные аспекты сложного и многогранного феномена «здоровья». Но, они, тем не менее, остаются в рамках определенных подходов – функционального, естественнонаучного, статистического. А ведь понятие «здоровья» носит не только узкоспециализированное значение, но и наполнено глубоким мировоззренческим и философским содержанием.

Именно поэтому в истории культуры всегда существовали определения здоровья, сопрягающие его не только с медицинскими, но и иными ценностями. Например, Алкмеон, представитель Кротонской медицинской школы, на сущность здоровья посмотрел глазами политика, считая его демократическим равновесием, а болезнь – это монархия, то есть, нарушение этого равновесия, в котором преобладает какой-то из компонентов: влажное или сухое, холодное или горячее, горькое ли сладкое. Немецкий философ А.Шопенгауэр, сопоставляя социальные блага жизни, отдавал приоритет здоровью перед обеспеченностью: «Здоровый нищий более счастлив, чем больной король». Философ-диалектик Гегель рассматривал здоровье как соотношение между частью и целым, органическим и неорганическим, самостью организма и его наличным бытием. «Здоровье, – подчеркивал философ, – есть пропорциональность между самостью организма и его наличным бытием, есть такое состояние, когда все органы являются текучими во всем; оно состоит в равномерном отношении органического к неорганическому» [3, с. 558]. Признание за здоровьем эстетической ценности мы находим в словах великого Гете: «Единственная красота, которую я знаю – это здоровье». К.Маркс, например, определяет сущность болезни через свободу, формулируя ее как «стесненную в своей свободе жизнь» [8, с. 64]. Поскольку здоровье есть противоположность болезни, то, перефразируя слова К.Маркса, можно сказать, что «здоровье» – есть не что иное, как жизнь, нестесненная в своей свободе.

Традиция видеть в здоровье не только естественнонаучный, но и философский аспект, сохраняется и в наше время. Например, А.В.Решетников и О.А.Шаповалова считают, что здоровье – это «форма актуализа-

ции телесных потенций, которая обеспечивает максимум возможностей для самоосуществления человека» [10, с. 4]. Здоровье рассматривается авторами сквозь призму деятельной сущности человека, представленной через его самореализацию и самоопределение.

На наш взгляд, диапазон понимания сущности здоровья может быть рассмотрен и распределен в соответствии с основными современными способами философствования о тех или иных проблемах. Ученые уральской философской школы предложили следующие 4 способа исследования проблем: натурализм, теоцентризм, социоцентризм, антропоцентризм [4]. Эти способы, по нашему мнению, вполне можно назвать эпистемологическими стратегиями. Они выступают продуктивными стратегиями анализа любой проблемы со стороны природы (натуроцентризм), человека (антропоцентризм), надмирового абсолюта (теоцентризм), общества (социоцентризм). Вышеперечисленные исследовательские стратегии вполне приложимы к проблеме здоровья (а также и болезни).

В самом деле, все естественнонаучные определения здоровья (например, здоровье как форма адаптации организма к окружающей среде) укладываются в натуроцентристский подход; определения, связывающие здоровье человека с его поведением, отношением к здоровью, целями (например, самосохранительное поведение, необходимость ведения здорового образа жизни) – в антропоцентристский; определения, связывающие здоровье с промыслом божьим – в теоцентристский; определения, связывающие здоровье с социальными, классовыми, групповыми условиями, с условиями труда, отдыха – в социоцентрический. Например, руководство по врачебной и трудовой экспертизе следует социоцентрической стратегии, так как в нем здоровье определяется как «состояние, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет гражданину выполнять определенную работу определенного качества» [2, с. 133]. Во всех этих стратегиях, во-первых, исследуются и дифференцируются факторы, обуславливающие сущность, формы, типологию здоровья, во-вторых, здоровье рассматривается как системное целое, и, в-третьих, здоровье включается как ценность в систему философских концепций.

Если в научном знании здоровье выступает предметом эпистемологических стратегий, то в повседневной жизни каждого человека имеют место поведенческие стратегии отношения к своему здоровью. Любое отношение человека к своему здоровью является компонентом и показателем его медицинской культуры. В этом отношении проявляются как общая культура человека, так и особенности социальной принадлежности, профессии, образования, возраста. Болезни, в этом смысле, «повезло» больше. В медицинской литературе давно выделены типы отношения пациента к своей болезни. У предоперационных больных выявлено 5 психологических состояний: синдром ипохондрической депрессии, синдром тревожной депрессии, синдром апатической депрессии, паранояльная реакция, ано-

зогнозия [6, с. 242]. Другие авторы доводят число типов отношения к болезни до 12-ти: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический [5, с. 37-38]. В этих классификациях представлен психологический аспект отношения пациента к своему заболеванию, и они являются результатом клинического опыта и наблюдений за пациентами.

Отношение же человека к своему здоровью, исследуется современной социологией медицины. Здоровье человека выступает предметом скрининговых исследований, изучения влияния образа жизни на здоровье, анализа факторов риска, изучения самосохранительного поведения. Не случайно последнее направление возникло в связи с изменением структуры заболеваний в сторону увеличения хронических неинфекционных заболеваний. Это, в свою очередь, потребовало изменения отношения человека (пациента) к своей болезни, изменения стереотипов поведения больных к своему заболеванию. На Западе это направление начало разрабатываться в начале 1970-х гг., в России – с 1985 г. Институтом социологии РАН [11].

В основе изучения самосохранительного поведения лежит исследование ценностно-мотивационной структуры личности и ценности здоровья в этой структуре. Важность роли самосохранительного поведения связана с распространением таких заболеваний как сердечнососудистые, органы дыхания, травмы, отравления и др. Самосохранительное поведение означает наличие или отсутствие вредных привычек; информированность о болезнях, рисках, ценности здоровья; степень активного поведения относительно здоровья. Мы считаем, что понятие «самосохранительное поведение» содержит в себе положительный вектор поведения человека. Но известно, что среди граждан имеет место и противоположное поведение, обусловленное зависимостью от алкоголя, наркотиков, азартных игр и др. Такое поведение трудно назвать «самосохранительным», оно в большей степени «саморазрушительное». И это два противоположных поведенческих типа отношения человека к своему здоровью.

Результаты социологических исследований показывают, что отношение граждан к своему здоровью структурировано, но здоровье как ценность не всегда выступает как самоценность. Только 22% опрошенных согласны с тем, что «здоровье – самое главное в жизни, важные решения должны приниматься так, чтобы не навредить здоровью»; 29% согласны с тем, что здоровье важно, иногда можно забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечений и т. п.»; 39% опрошенных заявили, что здоровье важно для меня, но наряду с работой, отдыхом, учебой, развлечением»; 3% убеждены в том, что «предпочитают жить с риском, с острыми ощущениями, даже если это вредит здоровью»; 7% заявили, что хотят жить так, как им нравится, ни в чем себя не ограничивая» [12, с. 91]. Таким образом, здоровье как ценность выступает тройко: как самоцель – 22%, как

инструментальная ценность – 10%, как паритетная ценность наряду с другими ценностями – 68%.

Не во всех социальных или возрастных группах здоровье как ценность стоит всегда на первом месте. Анкетирование студентов-выпускников показывает, что здоровье в системе ценностей студентов по значимости уступает семье (94,5%) и любви (69,7%), занимая лишь третье место (68,1%). Вредные привычки сопутствуют учебе и отдыху будущих специалистов: курят – 33,2%, из них девушки – 27,6%, юноши – 47,1%, принимают алкоголь – 88,2% юношей и 87,6% девушек, наркотики «попробовали» 17,2%. Автор исследования приходит к неутешительному выводу, что высокая ценность здоровья не стала мотивацией поведения молодежи [7, с. 147]. Исследование проблемы здоровья на любом уровне (индивидуальное, социальное, профессиональная группа, население в целом), тем более выработка практических рекомендаций для медицинских и образовательных учреждений, невозможны без выяснения вопроса: что же такое здоровье?

Если отвлечься от социальных факторов, обуславливающих отношение к здоровью (возраст, профессия, социально-экономические обстоятельства и т. д.), то можно утверждать, что выявленный статус здоровья среди других ценностей вполне приемлем. Ведь недопустимо признавать здоровье как самоцель, так же, как и недопустимо признавать здоровье как инструментальную ценность. В то же время, выявленная структура ценностей вполне объективна. Мы хотели бы обратить внимание на то обстоятельство, которое нередко ускользает от исследователей. Нельзя забывать, что отношение человека к здоровью «встроено» в систему отношений человека к окружающему миру, в том числе к предметному миру. Отечественные социологи 1970-х гг., изучавшие такое явление социализма, как «вещизм», в своих исследованиях выявили устойчивые стратегии отношения человека к окружающим его вещам: «вещь-хищник», «вещь-жертва», «вещь-спутник».

Отношение «вещь-хищник» характеризуется тем, что для человека вещи ценны не столько своими функциями, сколько показателем социального статуса, престижа. Такими «вещами» выступают разнообразные компоненты предметного мира: автомобиль, квартира, район проживания, места отдыха или лечения, одежда и пр. Желание стать владельцем этой «вещи» и, тем самым, поднять свой социальный статус в глазах определенной референтной группы вынуждает человека прилагать максимум усилий физических, психических, материальных для достижения поставленной цели. В некоторых случаях затраченные усилия и даже достигнутые результаты приводят к деформации духовного и физического развития человека: душевная опустошенность, разлад с окружающими, подорванное здоровье.

Отношение «вещь-жертва» характеризуется тем, что для человека предметный мир выступает своего рода полигоном ложного самоутверждения. Чаще всего такое отношение присуще подрастающему поколению: исписанные стены, разбитые лампочки, перевернутые скамейки, («освоение») вредных привычек и пр.

Отношение «вещь-спутник» состоит в том, что те же самые «вещи», о которых шла речь в первом случае, выступают средством физического, духовного, профессионального саморазвития человека. Они отвечают потребностям удобства, комфорта, профессионального роста, физического и эстетического совершенства.

Выявленные три поведенческие стратегии отношения человека к вещам, вполне приложимы к здоровью. В самом деле, здоровье, как показывают социологические исследования, тоже выступает в качестве «хищника», «жертвы» и «спутника».

Обратимся к результатам социологических исследований Л.С.Шиловой. Те из опрошенных (10%), которые предпочитают жить с риском, острыми ощущениями, жить, как им нравится, даже, если это вредит их здоровью, вполне укладываются в тип отношения «здоровье-жертва». Крайней формой проявления этого типа отношения выступают систематическое следование вредным привычкам, приводящее к патологическим зависимостям. К этому типу можно отнести, в определенной степени, и тех граждан, которые проявляют малую осведомленность, низкую активность относительно заботы о своем здоровье.

Показательны результаты анкетирования 400 пациентов, проведенного в г. Реутово Московской области [9]. Среди всех сделавших прививку только 8,1% сделали ее по собственной инициативе. Уклонение от вакцинации было связано с разными причинами: слабая информированность, страх (6,4%), неосведомленность о том, что существует прививка от гриппа (2,8%), и где прививаются (2,8%), не думали об этом вообще (12,8%) и считали ее бесполезной (12,8%), аллергия – 11,9%, отсутствие средств – 7,3%. Данное исследование обнаружило противоречие между признанием здоровья как высшей ценности и реальным отношением к своему здоровью. Почти 80% опрошенных считают здоровье наибольшей ценностью в жизни и с возрастом их число увеличивается. Однако активно заботятся о своем здоровье только 60,6% опрошенных всех возрастов, а остальные либо считают, что в этом нет необходимости (17,4%) или уже ничего не могут сделать (22%). 9,2% опрошенных не знают ничего о здоровом образе жизни (преимущественно это люди старшей возрастной группы), а из тех, кто знает, 28,4% не ведут его. 88,3% респондентов считают, что курение вредит здоровью, но 57% из них – курят. Спортом занимаются всего 24,3% пациентов, и лишь 32,6% видят необходимость в ограничении питания.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что декларируемое отношение к здоровью («наибольшая ценность») не подтверждается ре-

альным отношением к нему. О.В.Полозова, автор исследования, указывает на две причины этого противоречия: недостаток точной информации и низкая мотивация.

Тех, кто считает, что здоровье важно для них наряду с работой, отдыхом, учебой, развлечениями (39%), вполне можно отнести к типу «здоровье-спутник». В определенной степени тех, кто считает здоровье самым главным в жизни и критерием выбора вида отдыха, работы, можно отнести к типу «здоровье-хищник». В самом деле, не может здоровье (тело) выступать единственным критерием в профессиональном и духовном развитии человека. В этом типе отношения здоровье, особенно внешний вид, может выступать и знаком социального статуса, престижа (посещение солярия, фитнес и тренажер – залов, косметических салонов и пр.). Исключением здесь являются лишь представители тех профессий, которые требуют внимательного и постоянного ухода за внешним видом (макияж, осанка, одежда и пр.), например, телеведущие, манекенщицы и т. д.

Те опрошенные, которые считают, что «иногда» о здоровье можно забыть ради дополнительного заработка (29%), демонстрируют инструментальный подход к здоровью. Их позиция, на наш взгляд, приближается, но полностью не совпадает с подходом «здоровье-спутник». Вместе они составляют 68% опрошенных, то есть для них здоровье – не самоценность, но и не «жертва». Следует признать, что жесткой границы между этими стратегиями не существует. Тем не менее, они вполне «узнаваемы» и функционирующие.

Представленные выше 4 эпистемологические стратегии (натуроцентризм, антропоцентризм, теоцентризм, социоцентризм) вполне могут лечь в основу системного исследования феномена здоровья. В свою очередь, поведенческие стратегии отношения (здоровье-хищник, здоровье-жертва, здоровье-спутник) человека к своему здоровью, хотя и выступают смыслообразными, тем не менее, они могут быть использованы в разработке воспитательных и образовательных программ по формированию здорового образа жизни.

Библиографический список

1. *Акопов В.И.* Медицинское право. М., 2004.; Медицинский вестник. 2006. № 10.
2. *Ардашева Н.А.* Словарь терминов и понятий по медицинскому праву. СПб., 2007.
3. *Гегель Г.В.Ф.* Энциклопедия философских наук. М., 1975. Т. 2.
4. Двадцать лекций по философии / Отв. ред. И.Я.Лойфман. Екатеринбург, 2002.
5. *Денисов И., Мовшиович Б.* Психологический статус пациента // Врач. 2001. № 12.
6. Деонтология в медицине: В 2 т. М., 1988. Т. 1.
7. *Козина Г.Ю.* Здоровье в ценностном мире студентов // Социол. исслед. 2007. № 9.

8. *Маркс К., Энгельс Ф. Собр. соч. М., 1955. Т. 1.*
9. *Полозова О.В. К вопросу о заинтересованности населения в своем здоровье // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. № 5.*
10. *Решетников А.В., Шаповалова О.А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины. М., 2008.*
11. См.: *Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социол. исслед. 1999. № 5; Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социол. исслед. 2000. № 11; Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социол. исслед. 2007. № 9; Первышева Е.В., Горшкова И.Д. Отношение населения к иммунизации против дифтерии // Социол. исслед. 1999. № 5 и др.*
12. *Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социол. исслед. 1999. № 5.*
13. *Яровинский М.Я. Медицинская этика (биоэтика). М., 2006.*

Д.В.Коренкин, Т.Н.Петрова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БУДУЩИМ МАТЕРЯМ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Медико-социальная помощь будущим матерям в лечебных учреждениях направлена на подготовку женщин к рождению ребенка. Медико-социальная помощь беременным женщинам включает в себя медицинскую, социальную и психологическую помощь женщинам на период беременности. Консультативная помощь беременным в настоящее время оказывается в специализированных кабинетах женских консультаций, стационарах, на кафедрах образовательных медицинских учреждений, НИИ.

Медико-социальная работа, по мнению А.В.Мартыненко, – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленная на восстановление, сохранение и укрепления здоровья. Для оказания подобного вида услуг специалисту необходимо знать навыки многих областей знаний: медицина, психология, социология, право и др. Р.А.Глепцерищев рассматривает «медико-социальную помощь» как вид общественно полезной межсекторальной деятельности работников социальных служб, при которой наряду с социально бытовыми, воспитательными и другими функциями выполняется полный объем медицинских услуг, а также ведется просветительская работа по гигиеническому воспитанию и профилактике заболеваний.

Медико-социальная помощь предусматривает лечение заболеваний беременных, проведение санитарно-гигиенических мероприятий профилактики заболеваний. Она также включает в себя социальную защиту в случае болезни, первую медицинскую помощь и лечение хронических заболева-