

УДК 316.4; 364.263; 304.3

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Киенко Т.С.

ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», Институт философии и социально-политических наук, Ростов-на-Дону, Россия (344006, г. Ростов-на-Дону, пер. Днепроvский, 116), e-mail: tatyana.kienko@mail.ru

В работе осуществлена попытка рассмотрения противоречий влияния институциональных и неинституциональных механизмов на формирование здоровьесберегающего поведения населения и человека. При значительных усилиях государства в области модернизации здравоохранения, реализации приоритета здоровья, расширения профилактических мер, состояние здоровья россиян продолжает ухудшаться по многим показателям. Причина видится в противоречивости институциональных и неинституциональных механизмов формирования здоровьесберегающего поведения, в результате чего в повседневной жизни доминируют неформальные установки на здоровье как инструментальную ценность, низкий уровень знаний и мотивации к здоровому образу жизни. Преодоление обозначенных противоречий видится в синхронизации институциональных и неинституциональных факторов.

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, институциональные и неинституциональные факторы, общество риска.

INSTITUTIONAL AND NOT INSTITUTIONAL FACTORS OF FORMATION OF HEALTH SAVING BEHAVIOUR

Kiyenko T.S.

Southern Federal University, Institute of philosophy and socio-political sciences, Rostov-on-Don, Russia (344006, Rostov-on-Don, Dneprovsky Lane, 116), e-mail: tatyana.kienko@mail.ru

In work attempt of consideration of contradictions of influence of institutional and not institutional mechanisms on formation of health saving behavior of the population and person. At considerable efforts of the state in the field of modernization of health care, realization of a priority of health of the population, development of preventive measures, the state of health of Russians continues to worsen on many indicators. The reason seems that emphasis is placed on institutional mechanisms while not institutional means of formation of health saving behavior don't gain due development. Discrepancy of institutional and not institutional mechanisms leads to that in everyday life informal habitual installations within which health is understood as tool value continue to dominate, the low level of knowledge and motivation to a healthy lifestyle is noted. Overcoming of the designated contradictions seems in synchronization of institutional and not institutional factors.

Keywords: health saving behavior, institutional and not institutional factors, risk society.

Сохранение и укрепление здоровья населения и человека находятся в числе главных приоритетов общества и государства. Выступая в единстве социального и индивидуального, физиологического, психического, социального и духовного аспектов, здоровье человека обусловлено не только уровнем развития здравоохранения, но в значительной мере – здоровьесберегающими условиями, образом жизни, поведением. Общепринят подход к пониманию здоровьесберегающего поведения как образа жизни, в единстве категорий уровня и качества, стиля и уклада жизни. В структуру образа жизни входят: жизнедеятельность, направленная на сохранение, восстановление, развитие физических и духовных сил (трудовая, хозяйственно-бытовая, семейно-супружеская, досугово-рекреационная и пр.); социализаторская деятельность; формирование и пропаганда здоровьесберегающих поведенческих и статусных характеристик, социальная и физическая

активность и пр. Здоровьесберегающее поведение рассматривается как способ рациональной организации материально-экономической, хозяйственно-бытовой, производственной, социальной, культурной, рекреативной сторон жизнедеятельности. Социологическое понимание здоровьесберегающего поведения как формы социального действия предполагает обращение к категории сознательного мотивированного поведения индивидов и групп. Здоровьесберегающее поведение не является предзаданным или предписанным, оно, с одной стороны, формируется индивидом в процессе принятия решений и деятельности (социально-психологический подход), с другой – направленно и случайно формируется агентами социализации (социологический подход), являясь продуктом общественных отношений и процессов, как институциональных, так и неинституциональных. Целью настоящего исследования является попытка рассмотрения противоречий влияния институциональных и неинституциональных факторов на формирование здоровьесберегающего поведения.

В России идет активная модернизация организационно-правовых, технологических, методологических, ценностно-целевых основ здравоохранения: с принятием 1 ноября 2011 г. Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» начала обновляться нормативно-правовая база охраны здоровья; ведется активная реализация приоритетного нацпроекта «Здоровье», программ модернизации здравоохранения («Здоровая Россия», «Дети России», «Родовой сертификат», «Развитие здравоохранения»); формируется трехуровневая система оказания медицинской помощи; ведется работа по диспансеризации населения, вакцинации и лечебно-оздоровительных мероприятий, пропаганде здорового образа жизни; реализуется Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года; укрепляется материально-техническая база медицинских учреждений, внедряются современные информационные системы (электронное рабочее место врача, Федеральная электронная медицинская библиотека, технологии дистанционного консультирования, спутниковая навигация ГЛОНАСС для машин скорой помощи [3]). Приоритетными направлениями социальной политики Российской Федерации в области сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья являются повышение доступности и качества всех видов медико-санитарной помощи, поэтапное создание системы медицинской профилактики, формирование поведения здоровьесбережения. Приоритет профилактики формирования здоровьесберегающего поведения имеет принципиальное значение, поскольку существует хронологически близкая и бесспорная корреляция профилактических мер и наблюдаемых улучшений в показателях заболеваемости и смертности россиян. В 59 субъектах Российской Федерации в 2013 г. отмечено снижение смертности; показатель ожидаемой продолжительности жизни на 2013 г.

достиг 70,8 года (Росстат); продолжительность жизни женщин достигла 76,6 лет; мужчин – 65 лет [3]; ВЦИОМ и Росстат отмечают снижение числа россиян-курильщиков.

Тем не менее состояние здоровья населения России по многим показателям продолжает ухудшаться, остается высокой смертность лиц трудоспособного возраста. В структуре причин смерти в 2013 г. первое место занимают болезни системы кровообращения (53,2 % или 696,5 на 100 тыс. населения), на втором месте – новообразования (15,4 %), далее внешние причины, болезни органов пищеварения, дыхания и пр. В структуре общей заболеваемости населения стоят болезни органов дыхания (24,2 %), кровообращения (14,2 %), костно-мышечной системы (8,3 %); отмечается рост злокачественных новообразований. По итогам диспансеризации взрослого населения в 2013 г. почти 44 % взрослого населения имеют хронические неинфекционные заболевания, еще 23 % – высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний по совокупности факторов риска; к I группе здоровья отнесены 32,8 % обследованных [3]. Отмечается ухудшение показателей здоровья женщин (рост расстройств менструации, женского бесплодия, онкозаболеваний); высоким сохраняется число аборт. В 2013 г. положительные изменения по всем показателям абортов явились прямым результатом улучшения медицины и профилактических мер (прежде всего, работы специалистов по социальной работе, психологов в кабинетах медико-социальной помощи на базе женских консультаций). С 2008 г. ежегодно регистрируется свыше 24 тыс. новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди женщин, в т.ч. беременных [4]; при значительном снижении числа больных туберкулезом растет заболеваемость туберкулезом в сочетании с ВИЧ [3]. В 2013 г. зарегистрировано почти 3 млн россиян с наркологическими расстройствами (2 % населения; большинство – больные алкоголизмом; пациентов с наркоманией – 18,2 %; токсикоманией и употребляющих ненаркотические психоактивные вещества – 1,0 %, но показатель заболеваемости токсикоманией растет [3]). Растет показатель общей заболеваемости детей и подростков, на первом месте болезни органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы. Еще острее стоит проблема здоровья детей-сирот: по результатам диспансеризации 2012 г. более половины детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации отнесены к 3, 4 и 5 группам здоровья (имеют хронические заболевания и инвалидность), лишь 4,7 % практически здоровы (1 группа), 33,3 % имеют риски хронической патологии и функциональные нарушения [5]; в домах ребенка большинство детей отстает в развитии, 25 % – дети-инвалиды [3].

Тенденции ухудшения здоровья россиян обоснованно объясняются индивидуальным фактором: многочисленные исследования общественного мнения показывают «малоценность» и невнимание граждан к своему здоровью, размытость, низкий уровень знаний и мотивации к здоровому образу жизни представителей всех социально-

демографических групп. Высокий объяснительный потенциал данного феномена представляет комбинация институционального и социокультурного подхода в сочетании с теориями «общества риска». Социальная система как динамическая дифференцированная система социального действия («мотивированного поведения» индивидов – действующих субъектов и объектов), существенно направляет (мотивирует) социальное действие (преимущественно через институциональные/нормативные и неинституциональные/неформальные модели), а направленность (вектор) придает система культуры через содержание ценностей, норм, ролевых предписаний и ожиданий, социальный контроль и пр. (Т. Парсонс). Проходя этап идентификации с теми или иными институциональными моделями, индивиды присваивают ценности и установки этих моделей, формируя основы для собственного социального поведения. Поскольку содержание культурных и социальных ценностей, норм и правил институциональных и неинституциональных моделей может не совпадать, это часто приводит к конфликту и деструктивным формам поведения на уровне индивида, социальных групп, институтов и всего социума. В контексте проблемы формирования здоровьесберегающего поведения мы наблюдаем недостаточную согласованность институциональных факторов, а также несоответствие формальных и неформальных институциональных усилий. С одной стороны, институциональными средствами государство формирует действенную систему здравоохранения, с другой стороны, эти усилия тормозятся как существующей системой отношений, так и традиционными для России бюрократическими и коррупционными механизмами, трудовой и исполнительской этикой («этика праздности»), слабым взаимопроникновением теории и практики нормотворчества и правоприменения, зачаточной формой практики социального программирования, неформальной доминантой бумажного планирования и отчетности над реализацией и действенным формальным контролем.

В последние годы предпринимаются попытки формировать здоровьесберегающее общественное сознание и поведение посредством информационно-просветительских, образовательно-воспитательных средств. В соответствии с Рамочной конвенцией Всемирной организации здравоохранения и Концепцией осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 гг. принят закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ); Минздрав России утвердил информационно-коммуникационную стратегию по формированию здорового образа жизни на период до 2020 г.; усиливается уголовная и административная ответственность за нарушения в сфере производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции (от 21.12.2013 г. № 365-ФЗ); продолжается антинаркотическая пропаганда в средствах массовой информации и

сети Интернет, информирование и обучение педагогов и родителей современным формам и методам выявления и профилактики наркомании среди детей и подростков; на государственном уровне организовано проведение социально–психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях (приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. № 1346н). Ежегодно в субъектах Российской Федерации организуются информационно-пропагандистские кампании в поддержку инициатив ВОЗ; в целях сохранения здоровья детского населения с 2010 г. работают центры здоровья для детей, где помимо обследований ведется обучение гигиеническим навыкам, мотивация к здоровому образу жизни, ответственному родительству; в 2013 г. принята государственная программа «Развитие физической культуры и спорта», определены дифференцированные подходы к занятиям физкультурой здоровых и больных детей. На базе женских консультаций на основе межведомственного взаимодействия организуются акции, лекции, беседы специалистов о вреде абортов, правильном сексуальном поведении, психологическом настрое на материнство. Минздравом России в 2013 г. был проведен открытый конкурс по созданию и размещению информационно-разъяснительных материалов на телевидении, радиостанциях, Интернет-ресурсах, наружной рекламе в целях профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов [3]. Субъектами РФ ведется активная работа по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 г.; в школьное образование включены программы «Разговор о правильном питании», работают школы здоровья, ведутся тематические консультации для ответственных лиц, школьников, родителей о культуре здорового питания. Периодические печатные издания много внимания уделяют теме спорта, ЗОЖ, профилактике здоровьеразрушения: ярко в СМИ прошло освещение подготовки и проведения Олимпиады 2014 г.; в 2013 г. по решению Экспертного совета Роспечати были поддержаны 36 социально-значимых проектов, пропагандирующих здоровый образ жизни, физкультуру и спорт. В 2013 г. создан ряд телевизионных фильмов, затрагивающих тему формирования здорового образа жизни населения (д/ф «Кольца мира», ТК «Россия 1»; д/ф «Жизнь как дистанция», ТК «Звезда»); работает информационно-публицистический портал «Нет – наркотикам» ([www/narkotiki.ru](http://www.narkotiki.ru)). Из средств федерального бюджета в 2013 г. на мероприятия по формированию здорового образа жизни, отказу от алкоголя и табака у граждан Российской Федерации выделено 475 443,3 тыс. рублей [3]. Тем не менее практически весь Интернет и львиная доля телеэфира бесконтрольны и наполнены информацией, в лучшем случае не имеющей здоровьесберегающей идеи, а часто продолжающей явное или неявное продвижение здоровьеразрушающих продуктов и образа жизни; в информационном пространстве слабо разработаны механизмы эффективной социальной рекламы в сфере здоровьесбережения;

система общего, среднего и высшего образования развивает здоровьесбережение экстенсивными методами, предпочитая увеличение учебных часов внедрению конструктивно новых форм и методов (начиная с развития спортивно-рекреационной инфраструктуры и организации здоровьесберегающего образовательного пространства до внедрения игровых, проектных форм, специализированных интерактивных курсов); до сих пор в стране практически отсутствует детская литература и, по сути, целе- и ценностноориентированный государственный заказ на ее развитие, в том числе здоровьесберегающей и шире – социализирующей направленности.

Анализ неинституциональных факторов можно начинать с типичного реактивного характера социального поведения россиян, когда активность начинается постфактум, как реакция на случившееся, без внимания к профилактике рисков и угроз, что тормозит развитие профилактических механизмов и в сфере здоровья. Традиционное для россиян нищелюбие преобразовалось в жалость, «понимание», своего рода «молчаливое одобрение» социальных девиаций, в т.ч. здоровьеразрушающих (алкоголизм, наркомания, суицид). Традиции и ценности отечественной культуры, групповые нормы нормативных и ненормативных субкультур, правила неформальных отношений практически не содержат здоровьесберегающих установок. Так, забота о здоровье считается обычно атрибутом старости и болезни; нарушение норм безопасности, охраны труда допускается на всех уровнях и во всех сферах труда; риск своим здоровьем и жизнью без цели и необходимости часто расценивается как героизм (например, общеизвестны анекдоты и семейные легенды о «геройствах» людей в состоянии алкогольного опьянения). Чаще всего о здоровье начинают заботиться, когда проявляются серьезные заболевания, болезненные ощущения, хронические формы, когда заболевание излечить не в силах ни сам человек, ни самая развитая медицина.

Складывается парадоксальная ситуация: главное условие индивидуального и общественного развития, личного успеха и самой жизни – здоровье, понимается современным человеком «общества риска» (А.Тоффлер, Н.Луман, У.Бек) как инструментальная ценность, безрефлексивно, или даже отстраненно, как «фантом», «гиперреальность» (Ж.Бодрийяр [2]). В погоне за благами и удовольствиями, безудержно поглощая «дары» научно-технического прогресса, человечество множит риски, угрожающие, прежде всего, его собственному здоровью и самой жизни (У.Бек [1]). Современное общество переживает кризис ценностного отношения к жизни: массовое сознание общества потребления, информационная пресыщенность, эксплуатация феномена смерти (в играх, СМИ, биомедицине) формируют малоценное отношение к жизни и здоровью. Человек, привыкший жить в ситуации риска (ядерные, экологические, суперинфекций, конца света, терроризма), воспринимает угрозы как абстрактные,

виртуальные, а не реальные. Само информационное общество усиливает эти риски: в открытом доступе в сети Интернет имеется информация о том, как приготовить наркотики, как совершить самоубийство, доступны порнография, сайты субкультур садомазохистов и религиозных сект, национал-фашистов, террористов, ролики паркура с трагическим финалом, драк, экстремальных форм досуга. И в этом хаосе ценностей, вседозволенности и многообразии развлечений человек привычкой рисковать (выпивка, курение, наркотики) создает иллюзию полноты жизни. Ситуацию усугубляет компьютеризация мира: выросший на играх человек считает нормой иметь несколько жизней, разбить автомобиль, вступить в драку с монстром – гиперреальность компьютерного мира переносится в мир настоящий, формируя психологию иллюзорности бытия, где можно «переиграть» даже жизнь и здоровье.

Это крайне остро актуализирует задачу укрепления ценности жизни и здоровья населения и человека как задачи не столько медицинской, сколько государственной и общественной через системное планирование и синхронную реализацию комплекса институциональных и неинституциональных мер. Характерно, что молодежь передовых стран Европы, к примеру, сегодня предпочитает проводить свой досуг уже не в кинотеатрах или барах, а на стадионах, в фитнес-центрах, занимаясь спортом в парках и на улицах городов. Это является результатом общественных инициатив и многолетней целенаправленной государственной политики, задающих стандарт ценности здоровья и транслирующих его посредством СМИ, социальной рекламы, развития спортивно-оздоровительной и культурно-рекреационной инфраструктуры. В современной России такая политика должна развиваться активнее, опираясь на приоритет формирования идеала и нормы активной жизнедеятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья в массовом и индивидуальном сознании. Формирование здорового образа жизни как системы преодоления факторов риска в системе ценностей человека, на уровне индивидуального и общественного здоровьесберегающего сознания и поведения, возможно посредством: 1) системного мониторинга отношения к здоровью и ЗОЖ; 2) организации здоровьесберегающих условий труда, учебы, повседневной жизни; 3) развития здоровьесберегающей спортивно-досуговой, социокультурной, рекреационно-развлекательной инфраструктуры; 4) формирования здоровьесберегающих мотиваций, убеждений, потребностей всех социально-демографических категорий, стимулирования активных форм досуга; 5) формирования адекватного отношения к больным и инвалидам; 6) развитие экосознания и экокультуры; 7) повышения статуса здравоохранения, доверия к медицине, мотивации сознательного участия в лечебно-профилактических мероприятиях; 8) трансляции ценности здоровья с использованием ресурсов духовной и материальной культуры, информационного общества (сайты, СМИ, компьютерные игры, художественная

литература, живопись, музыка, кино, мультипликация, социальная реклама); 9) широкого социального образования, развития образовательных и информационных программ и проектов, конкурсов, форумов по вопросам здорового образа жизни и здоровьесбережения; 10) роста финансирования профилактической, гигиенической медицины, информационных кампаний, социальной рекламы в сфере ЗОЖ. Результатом комплекса институциональных и неинституциональных мер должно стать формирование поколения, ответственного за свое здоровье, обладающего навыками социально и экологически ответственного поведения и эффективного воспроизводства духовных и материальных ценностей и человеческого капитала.

Список литературы

1. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / У.Бек. – М.: Прогресс-Традиция, 2000. – 384 с.
2. Бодрийяр Ж. Прозрачность зла / Ж. Бодрийяр / пер. Л.Любарской, Е.Марковской. – М.: Добросвет, 2000. – 387 с.
3. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год (Минздрав РФ). – М., 2014. – 228 с. – URL: http://zdrav.spb.ru/media/komzdrav/documents/document/file/sostoyanie_zdoroviya_naseleniya.pdf (дата обращения: 15.01.2015).
4. Заболеваемость всего населения России (0–14 лет) в 2012 году. Статистические материалы. – Ч. 4. (Минздрав РФ). – М., 2013. – 138 с.
5. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2012 году. Статистические материалы. Ч. 5. (Минздрав РФ). – М., 2013. – 144 с.

Рецензенты:

Агапов Е.П., д.филос.н., профессор, заведующий кафедрой социальных технологий Института философии и социально-политических наук Южного федерального университета, г. Ростов-на-Дону;

Циткилов П.Я., д.и.н., профессор, заведующий кафедрой истории и философии факультета социальной работы и профессионального образования Новочеркасского инженерно-мелиоративного института им. А.К. Кортунова ФГБОУ ВПО «Донской государственный аграрный университет», г. Новочеркасск.