

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФЕНОМЕНЫ

М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Здоровье и болезнь представлены как медико-социальные феномены: рассмотрены подходы к определению здоровья и болезни, понятия социального и духовного здоровья, а также факторы, влияющие на здоровье в современных условиях. Обоснована социально-культурная детерминация здоровья.

Ключевые слова: здоровье, болезнь, социальный стресс, функциональный подход к здоровью, социальное здоровье, духовное здоровье.

Человек – социальное существо. Он взаимодействует с себе подобными в социуме, создавая социальные связи, формируя социальный капитал, моделируя ту или иную социальную реальность, наполняя ее событиями, отношениями, определенными социальными ролями. Население как субъект социальной системы медицины является носителем характерных свойств, связанных с факторами и характеристиками здоровья и болезни. Оно обладает определенным потенциалом здоровья и реализует его в тех или иных моделях поведения, образа жизни.

В сложной социотехнической системе существования сообществ присущие человеку состояния здоровья и болезни также приобретают социальные свойства и признаки. Эти характеристики определяются культурно-историческими факторами, свойствами медико-биологического характера, проявляющимися в конкретной социальной действительности. Неотделимость медицинских и социальных составляющих – основа медико-социальных феноменов здоровья и болезни.

Отношения индивидуума, социальных групп, общества к своему здоровью, поведенческие практики его сохранения и укрепления – предмет изучения социологии медицины. На основе изучения социальных процессов в сфере здоровья и болезни, социальных явлений в области охраны здоровья, социология медицины строит модели медико-социального поведения, разрабатывает способы позитивного влияния на них, обосновывает прогнозы эффективности профилактических программ. К подразделам социологии медицины, изучающим модели медико-социального поведения потребителей услуг медицинского назначения, относятся социология самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения, социология пациента, социология факторов риска заболеваемости, социология медико-демографических процессов (медико-социальная демография).

Понятие здоровья и болезни. История развития медицинской науки насчитывает несколько сотен определений здоровья. Основаны они, как правило, на факторах, которые являются наиболее важными в формировании здоровья в тот или иной историко-культурный период.

Влияние социально-экономических и культурных аспектов прослеживается и в подходах к оценке здоровья населения. Так, если для развитых стран традиционный подход к определению здоровья населения как статистического понятия адекватно реализовывается в оценке четырех групп индикаторов: основных медико-демографических показателей, показателей заболеваемости, физического развития и инвалидности, то для развивающихся стран эти показатели менее информативны. Для стран Африки, например, сохраняют актуальность в оценках здоровья индикаторы, предлагаемые для межстранового анализа в равнестве здоровью Всемирной организацией здравоохранения – “Health equity monitor” [43] (например, показатели охвата антенатальной помощью и родовспоможением, показатели иммунизации, раннего грудного вскармливания).

Вместе с тем, в любом государстве под **общественным здоровьем** (здоровьем общества, популяции) понимают медико-социальный ресурс и потенциал общества и государства, способствующий обеспечению национальной безопасности, позволяющий достичь оптимального качества жизни.

Безусловно, здоровье общества – самый важный потенциал любого государства. Однако как доступным образом определить этот потенциал, как его оценить, – задача пока нерешенная. Наиболее простым, на первый взгляд, ее решением стало использование показателя средней продолжительности предстоящей жизни: гипотетического числа лет, которое предстоит прожить одному человеку из поколения родившихся, при условии, что

на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в данный период времени. Но и этот, на первый взгляд, заманчивый в своей простоте показатель не лишен недостатков. Прежде всего, факта, что он основан на смертности – и даже рассчитывается на основании таблиц смертности (дожития). Таким образом, средняя продолжительность предстоящей жизни в недостаточной мере способна отразить потенциал здоровья населения.

Здоровье как потенциал может быть оценено по таким показателям, как потенциал индивидуального здоровья – совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов и поддерживать баланс здоровья (то есть состояние равновесия между здоровьем и действующими на него негативными и опасными факторами). Возможности индивидуума изменять баланс здоровья в положительную сторону называются ресурсами здоровья.

Потенциал индивидуального здоровья определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем и механизмом психической саморегуляции. Чтобы его оценить на индивидуальном уровне, необходимы данные комплексного медицинского обследования. Процедура, требующая временных и ресурсных затрат.

Потенциал здоровья населения – это совокупность способностей населения адекватно реагировать на воздействие факторов риска и поддерживать оптимальное состояние общественного здоровья. Рассчитать потенциал здоровья населения очень сложно. Унифицированных методик для его расчета не существует.

Наиболее успешными оказались попытки рассчитать отдельную составляющую потенциала здоровья населения – репродуктивный потенциал. Одним из первых понятие репродуктивного потенциала как категории общественного здоровья ввел В.К.Юрьев. Определяя репродуктивный потенциал девочек, В.К.Юрьев отметил, что под ним «следует подразумевать уровень физического и психического состояния, который позволяет при достижении социальной зрелости воспроизводить здоровое потомство», и предложил использовать понятие репродуктивного потенциала прежде всего применительно к детям и подросткам [39].

Отличием репродуктивного потенциала является демографическая ориентированность – его оценка включает оценку репродуктивных установок и репродуктивного поведения населения [36]. В настоящее время под *репродуктивным потенциалом* понимают сочетание:

- показателей, характеризующих состояние репродуктивного здоровья населения детородного возраста,
- условий формирования репродуктивного здоровья,
- репродуктивных установок и возможностей их практической реализации,
- репродуктивного поведения населения.

И.В.Журавлева, анализируя различные подходы к определению здоровья, пришла к выводу, что «здоровье – социальный феномен, продукт общественного развития, связанный с определенным историческим периодом времени и его социальными и культурными условиями» [15].

Изменения в современных подходах к пониманию здоровья отражаются в методологии его изучения. Неотъемлемым и основным методом изучения здоровья на современном этапе становится социологический метод. Его применение осуществляется в форме социологического мониторинга [38].

О.П.Щепин, В.А.Медик, В.И.Стародубов предлагают включать в социологический мониторинг здоровья следующие модули:

- медико-демографический (такие характеристики, как пол, возраст, семейное положение, очередность рождения, образование, принадлежность к отдельным социальным, профессиональным, этническим группам и др.);
- модуль самооценки населением основным аспектов состояния здоровья;
- модуль оценки населением деятельности местной системы здравоохранения;
- модуль, включающий факторы и условия, влияющие на здоровье населения: социально-экономические, экологические, социально-биологические, природно-климатические, медико-организационные [37].

Определений здоровья и подходов к его оценке существует немало. Определения болезни отталкиваются от понятия нормы: морфологической, физиологической, анатомической. С позиции социологии медицины наиболее точно определить болезнь как «*изменяющийся в зависимости от культуры продукт, обозначающий отклонение от нормы*» [40].

Функциональный подход к здоровью. Признание ведущего значения социальных факторов здоровья стало причиной того, что в последние десятилетия активно развивается функциональный подход к здоровью.

Основываясь на приоритете социальных факторов здоровья, академик В.А.Медик предложил рассматривать здоровье как «*состояние, обеспе-*

чивающее в полном объеме реализацию присущих индивидууму биологических и социальных функций» [24].

Основоположником функционального подхода к определению здоровья в социологии являлся Т. Парсонс, определявший здоровье как «*оптимальные возможности индивида эффективно выполнять свои роли и задачи, для которых он был социализирован*» [27].

Основой Европейской политики здравоохранения являются документы ВОЗ: Стратегия ВОЗ «Здоровье для всех – 21 век» [1; 17] и Политика «Здоровье-2020» [42]. По сути, эти документы составляют базу оперативного планирования в здравоохранении стран Европейского региона ВОЗ на ближайшие несколько лет.

В докладе «Здоровье в 2015 году: от Целей тысячелетия в области развития к Целям в области устойчивого развития», опубликованном 8 декабря 2015 г., определяются основные факторы, повлиявшие на прогресс в области здравоохранения в соответствии с принятыми Организацией объединенных наций Целями тысячелетия в области развития (ЦТР). В нем изложены действия, которые страны и международное сообщество должны предпринять в первую очередь для достижения новых Целей в области устойчивого развития (ЦУР) [44], определяющих стратегический план развития систем здравоохранения стран Европейского региона ВОЗ на период с 1 января 2016 года до 2030 года.

Политика достижения «здоровья для всех в двадцать первом столетии» («Здоровье для всех – 21 век»), принятая мировым сообществом в мае 1998 г., направлена на реализацию стратегической концепции здоровья для всех. Она зародилась в ходе сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 1977 г. и провозглашена на Алма-Атинской конференции в 1978 г. В этой политике излагаются рассчитанные на первые два десятилетия двадцать первого века глобальные приоритеты и задачи, которые должны обеспечить во всемирном масштабе возможности достижения и поддержания как можно более высокого достижимого уровня здоровья на протяжении всего жизненного цикла. Ключевая цель политики «Здоровье-21» в европейском регионе заключается в полной реализации всеми людьми их «потенциала здоровья».

Политика Всемирной организации здравоохранения «Здоровье-2020» строится на ценностях, воплощенных в Уставе ВОЗ, а именно: *обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья как основное право человека*. В политике «Здоровье-2020» признается взаимосвязь между действу-

ющими субъектами, действиями и вызовами в сфере охраны здоровья на местном, национальном, региональном и глобальном уровнях и рекомендуется поддерживать единство подходов и принять единую общерегиональную основу политики, ориентированную на конечный результат. Политика дает полную и ясную картину существующих вариантов и компромиссных решений, возможных при осуществлении мер по улучшению здоровья и уменьшению несправедливости.

В то же время, «Здоровье-2020» утверждает, что *здоровье – это ресурс, позволяющий каждому человеку реализовать свой потенциал и вносить вклад в общее развитие общества*. В основе новой политики здравоохранения не подразумевается, что здоровье – это «все», или что это единственный аспект жизни, который нужно ценить, – у общества и у индивидов есть много других целей. Однако здоровье исключительно важно как средство достижения других целей. Плохое здоровье заставляет растрчивать потенциал, вызывает отчаяние и истощает ресурсы у всех слоев общества [42].

С одной стороны, такой подход вызывает закономерный вопрос: оправдано ли утверждение здоровья как инструментальной ценности? Ведь таким образом значимость здоровья, его самооценочность, в отличие от ценностей фундаментальных, резко снижаются. Не приведет ли такая позиция к возрастанию поведенческого риска по отношению к здоровью?

В то же время, в современный исторический период времени мы наблюдаем важнейший переломный момент в понимании мировым сообществом организаторов здравоохранения определения здоровья: переход от традиционного подхода к определению здоровья как «отсутствия болезней» к функциональному подходу и подходу к оценке здоровья как потенциала. Точнее, значимого ресурса, позволяющего реализовать социальный потенциал, предназначение человека в обществе.

Функциональный подход к пониманию и определению здоровья зеркально отражается в понимании и определении **болезни**.

Как указывает С.А.Ефименко, «то, что определяется как болезнь, зависит от оценок тех, кто уполномочен определять и обозначать болезнь, а в обществе именно представители медицинской профессии имеют полномочия обозначать ее и осуществлять функцию общественного контроля» [29].

Имеется масса определений болезни как патологического процесса, каждое из которых бу-

дет абсолютно справедливо в аспектах той или иной медицинской или биологической науки, сформулировавшей данное определение.

Однако перед организатором, руководителем здравоохранения, а также перед практическим врачом постоянно возникает вопрос о соотношении социального и биологического в том или ином патологическом процессе, явлении. Потому в медицине одним из основных постулатов выступает следующий: «Нужно лечить не болезнь, а больного».

Одновременно, люди по-разному относятся к болезни и ее симптомам. В зависимости от личностного отношения к болезни выделяют те или иные типы переживаний болезни. Существует несколько классификаций типов переживаний болезни, в том числе одна из наиболее часто используемых – классификация А.Е.Личко и Н.Я.Иванова:

1. «Гармоничный – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. Эргопатичный – «уход от болезни в работу», желание сохранить трудоспособность.

3. Анозогнозический – активное отбрасывание мысли о болезни, надежда на то, что «обойдется».

4. Тревожный – непрерывное беспокойство, мнительность, вера в приметы, ритуалы.

5. Ипохондрический – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочных действий лекарств, процедур.

6. Неврастенический – поведение по типу «раздражительная слабость». Нетерпимость и вспышки раздражения (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние.

7. Меланхолический – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).

8. Апатичный – полное безразличие человека к своей судьбе, пассивное подчинение и процедурам, и лечению.

9. Сенситивный – чувствительный к межличностным отношениям, когда человек полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой близким.

10. Эгоцентричный – «уход в болезнь» с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

11. Паранойяльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла («сглаза», колдовства), а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

12. Дисфорический – доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованиями от близких угождения во всем» [25].

Отношение к болезни во многом определяет индивидуальные возможности человека реализовать свой потенциал и вносить вклад в развитие общества. Даже имея совсем малый ресурс здоровья, человек порой социализирован в полной мере, оставаясь полезным обществу, профессионально и социально востребованным до последних дней.

Факторы, влияющие на здоровье в современных условиях. Для оценки общественного здоровья, помимо традиционного статистического подхода и подхода с позиции оценки потенциала здоровья, используется также подход, учитывающий наличие, уровень распространенности и степень влияния в изучаемой среде потенциально опасных для здоровья факторов (факторов риска), а также факторов, способствующих укреплению здоровья (факторов антириска).

Традиционно факторы, влияющие на здоровье, условно объединяют в четыре группы [22]:

- биологические (пол, возраст, наследственность);
- природные (климатические, экологические, геофизические);
- социально-экономические (поведенческие, образ жизни);
- медицинские (организация медицинской помощи).

Также традиционно известно, что соотношение факторов, влияющих на здоровье (формула здоровья), таково:

- социально-экономические условия и образ жизни – 50%,
- биологические свойства организма – 20%,
- внешняя среда, природные условия – 20%,
- организация медицинской помощи – 10%.

В то же время, нельзя не согласиться, что культурно-историческая ситуация значительно модифицирует как качественный состав указанных факторов, так и степень их вклада в здоровье населения.

Так, например, традиционно здравоохранению в формуле здоровья отведено лишь 10%. Однако, одним из ключевых факторов, влияющих на показатели здоровья населения, является доступность медицинской помощи. Согласно критериям ВОЗ, если пациент оплачивает 25% стоимости медицинской услуги и более, такая услуга расценивается как недоступная [36]. В целом ряде стран, где практикуется прямая покупка услуг здраво-

охранения, население оказывается за чертой доступности медицинской помощи.

Основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения и гарантии их обеспечения утверждены Законом Республики Беларусь «О здравоохранении». Среди них на первом месте – создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения, обеспечение доступности медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения, приоритетность мер профилактической направленности, приоритетность развития первичной медицинской помощи.

Граждане Республики Беларусь имеют право на доступное медицинское обслуживание, которое обеспечивается [26]:

предоставлением бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения;

предоставлением медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения, негосударственных организациях здравоохранения и у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством Республики Беларусь порядке медицинскую деятельность, за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Беларусь;

доступностью лекарственных средств;

осуществлением мер по санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;

проведением медицинских экспертиз.

Таким образом, для граждан Республики Беларусь доступность медицинской помощи, безусловно, не является фактором риска здоровью населения. Казалось бы, всего лишь 10% отведено в формуле здоровья организации медицинской помощи, однако подразумевается, что такой небольшой размер вклада адекватен в тех странах и социальных ситуациях, где медицинская помощь гарантированно доступна.

Коллективом Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН во главе с В.А.Медиком обоснована концепция здоровья, включающая две основные составляющие: биологическую и социальную.

К биологическим индикаторам здоровья отнесены: уровень компенсации соматической патологии; уровень неспецифической иммунорезистентности организма; уровень функциональной адаптации организма; уровень достигнутого фи-

зического развития (для детей). Этим же коллективом авторов разработаны интегральные индикаторы биологической составляющей здоровья населения, вычисляемые на основе статистических данных о возрастной структуре заболеваемости (с учетом групп тяжести) и смертности [23].

Социальные индикаторы включали такие факторы, как: ценностное отношение индивидов к своему здоровью; информированность населения о заболеваниях; самооценка здоровья; поведенческие стратегии населения в сфере здоровья; восприятие населением доступности медицинской помощи. В этой концепции социальные факторы среды обитания для здоровья человека признаются определяющими.

Оценка силы влияния отдельных факторов и их сочетаний показала, что наибольшее значение в формировании здоровья имеют так называемые большие факторы риска – первичные, зависящие от самого человека, его поведения, и действующие по цепочке «среда – поведение – человек».

В связи с этим, следует отметить остро неблагоприятную ситуацию: на протяжении нескольких десятилетий в числе ведущих причин смертности населения остаются так называемые «внешние причины» – травмы, отравления (в том числе, суициды) – то есть факторы, регулируемые поведенчески.

Трактовка обусловленности здоровья поведением и определение именно поведения человека главным фактором риска (равно как и главным фактором антириска, то есть здоровья) легла в основу так называемой формулы здоровья, разработанной академиком РАМН Ю.П.Лисицыным, а также концепции образа жизни как основы здоровья.

Образ жизни, по Ю.П.Лисицыну, это «характерный для данного исторического периода, наиболее типичный способ деятельности или активности человека, группы людей» [22]. К его компонентам относят следующие: наличие или отсутствие вредных привычек; факторы питания; психоэмоциональные факторы; условия труда; двигательная активность; медицинская активность; здоровая сексуальность и прочность семейных связей.

Унифицированных определения и классификации социальных и поведенческих факторов здоровья нет, и вряд ли разработка такой классификации возможна вне рамок конкретного социума. По И.Г.Карташову, «социальные факторы здоровья – это причины и условия, которые определяют состояние здоровья населения и имеют социальную (общественную, социетальную) природу,

т.е. проистекают из общества, а именно из социальных групп, социальной системы статусов и ролей, социальных структур как конфигураций отношений между социальными позициями, а также культурных традиций и образований – значений, символов и правил, оказывающих влияние на действия населения и предопределяющих эти действия по поддержанию, сохранению и укреплению здоровья» [19].

Дж.В.Браун, Л.В.Панова, Н.Л.Русинова разделяют социальные факторы здоровья на социально-структурные и социально-психологические.

Социально-структурные факторы зависят от социального капитала человека. Они характеризуют место индивида в социальной иерархии, уровень его материальной обеспеченности, наличие социальной поддержки.

Социально-психологические факторы включают переживаемые людьми стрессы и выраженность психологических ресурсов личности, позволяющих с ними справляться [4].

Социальные факторы действуют на здоровье как прямо, так и опосредованно, через поведение человека. Кроме того, эти факторы взаимодействуют с гендерной принадлежностью.

Так, известно, что женщины дают своему здоровью более низкую оценку по сравнению с мужчинами. Здоровье мужчин на уровне осознаваемого благополучия (по самооценке) в значительной мере определяется тем, какое положение они занимают в обществе. Осознаваемое же благополучие женщин в большей мере детерминировано поведенческими факторами: осознанием личной ответственности за здоровье и возможности посвятить какое-то время заботе о себе; нервно-психическим воздействием семейной сферы; выраженностью личностного психологического ресурса, позволяющего справляться со стрессами [3].

Заслуживают внимания поразительные контрасты в характере связи субъективного здоровья, прежде всего, психического, с семейным положением. Наблюдается устойчивая связь между психическим здоровьем и семейным статусом, опосредованная фактором пола [30]. Если у женщин уровень психического благополучия (при контроле за всеми прочими факторами) оказывается абсолютно независимым от того, имеют ли они семью, на психическом самочувствии мужчин статус семейного человека отражается благотворно. Семья смягчает воздействие стрессогенных факторов и оказывает защитное влияние на здоровье мужчины.

Концепция социальной обусловленности здоровья и его выраженной зависимости от поведен-

ческих факторов («среда – поведение – человек») положила начало развитию новой парадигмы клинической медицины: концепции качества жизни, определяемого как «степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются». Другими словами, качество жизни – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества [21].

Социальное и духовное здоровье. Биологическое понятие нормы и болезни не совпадает с социальным понятием о них. Человек с безупречными морфофизиологическими параметрами может не осуществлять никакой общественно полезной деятельности. Личность с физиологическими недостатками может принести обществу пользу. Этот факт послужил основанием к выделению такого понятия, как социальное здоровье: *социальное здоровье* зависит от социального ресурса или социального капитала личности.

Социальный ресурс состоит из ряда компонентов. По В.А.Ядову, это такие компоненты, как социальное происхождение, первичная социализация, возраст, состояние биологического здоровья, образование, квалификация, владение иностранными языками, уровень материального благополучия, гендерная, этнокультурная, религиозная принадлежность и др. [40].

Упомянув социальное здоровье и то, что оно является неотъемлемой частью здоровья на уровне общества, его взаимосвязь с биологическими факторами здоровья населения, нельзя не принять во внимание такой фактор, как духовность, и такое базовое понятие здоровья, как *здоровье духовное*.

О связи здоровья с гармонией, духовностью свидетельствуют данные многих исследований, принадлежащих к различным отраслям научного знания. Одним из первых, кто сказал, что здоровье – есть гармония, а нравственное здоровье заключается в стремлении к добру, – был древнегреческий философ Пифагор.

Интересна позиция белорусского ученого В.Н.Ростовцева, утверждающего два подхода к оценкам здоровья: с позиций нормы и с позиций гармонии. Причем стандарты нормы всегда назначаются человеком и всегда относительны, то есть справедливы только при выполнении ряда условий (пол, конституция, возраст). Стандарты гармонии всегда являются фундаментальными константами природы и в силу этого всегда абсолютны [32]. В пределах одной и той же нормы инди-

видуальная гармоничность может существенно различаться. Как указывает В.Н.Ростовцев, «определение нормы является более грубым инструментом оценок здоровья, а определение гармоничности представляет собой более тонкий, ... прецизионный инструмент» [31, с.40].

Анализируя тенденции общественного здоровья в России, Б.Т.Величковский отметил не только сокращение российского населения, но и то, что само оно становится все менее и менее здоровым, а, значит, теряет способность служить движущей силой экономического возрождения. Именно этот факт констатировал и доклад «Глобальные тенденции развития человечества до 2015 года», выполненный для Национального разведывательного совета в США в начале 2000-х гг. [7].

Каковы причины данного явления? Традиционно их видят в экономическом кризисе, проявлениями которого стало обнищание россиян, лишение возможности полноценного доступа к социальным услугам, определяющим воспроизводство человеческого капитала: здравоохранению, образованию, культуре; вынужденная экономия на продуктах питания, качественных лекарствах.

Б.Т.Величковский указывает, что нищета, возникшая в ходе реформ, оказала наиболее негативное влияние на такие факторы, как рождаемость, физическое развитие и здоровье детей. Однако, ухудшение материального благосостояния не имело решающего значения в подъеме смертности населения. «Если бы указанная причина оказалась ведущей, подъем смертности в первую очередь затронул бы самые уязвимые возрастные группы – детей и престарелых. В этом случае темпы роста смертности всего населения были бы больше, чем лиц трудоспособного возраста. Но в действительности имеет место обратное явление: смертность лиц трудоспособного возраста растет быстрее, чем смертность населения в целом» [7].

Анализ социологами России основных факторов и условий, провоцирующих распространение социально обусловленных болезней в последние два десятка лет, позволил определить, что среди них важную роль играют такие, как: изменения приоритетов смысловых ориентаций людей, в которых стали массовыми их гедонистические разновидности, изменение представлений об идеале, реабилитация девиантных форм поведения, бесконтрольное развитие шоу-бизнеса и морально неполноценной рекламы [8].

Традиционной ведущей причиной сверхсмертности лиц трудоспособного возраста в России видят алкоголизм.

Относительно этого Б.Т.Величковский пишет: «Для многих пьянство – наиболее доступный способ «решения» житейских проблем. Алкоголизм стал причиной того, что в общей смертности трудоспособного населения высок процент смертности от несчастных случаев, отравлений и травм. Вместе с тем, удельный вес смертности населения от этих причин ... остается в три с лишним раза ниже смертности от болезней системы кровообращения. Очевидно, что алкоголизм, будучи, безусловно, значимой причиной повышения смертности населения, не является доминирующим фактором. Курение табака, наркомания, неблагоприятное состояние окружающей среды, плохие условия труда и несоблюдение техники безопасности – все это также важные причины ухудшения здоровья населения. Но все перечисленные факторы лишь отчасти повинны в сокращении продолжительности жизни» [7].

В Республике Беларусь уровень смертности, обусловленной потреблением алкоголя, с начала 1990-х гг. ежегодно увеличивался: с 1990 г. к 2010 г. этот показатель возрос почти в 3 раза. Из всех случаев около 80% приходилось на мужчин, чаще в трудоспособном возрасте [13]. С 2011 г. наметилась выраженная положительная тенденция к снижению (рис. 1).

Согласно тезису академика РАМН Б.Т.Величковского, главной причиной ухудшения медико-демографической ситуации в России в годы реформ и демографического кризиса стал не алкоголь. Ею стал *социальный стресс*.

Как известно, стресс является приспособительной реакцией живого организма в ответ на раздражители внешней среды. С физиологической точки зрения, это однотипная нейрогормональная реакция, возникающая под влиянием сильных раздражителей (воздействия внешней среды, психологических раздражителей), биологический смысл которой – в мобилизации резервов организма для преодоления последствий таких воздействий, активизации адаптационных процессов («общий адаптационный синдром» по Г.Селье, «психологический стресс» по Р.Лазариусу). Понятие «социального стресса» выделено Б.Т.Величковским в отдельную категорию стресса по трем причинам: во-первых, социальный стресс касается не любых живых организмов, а только дееспособного индивида; во-вторых, социальный стресс изменяет фундаментальную биологическую закономерность – различие в устойчивости основных возрастных групп населения, так как возникающие под его влиянием отрицательные изменения в уровне смертности и продолжительности жизни

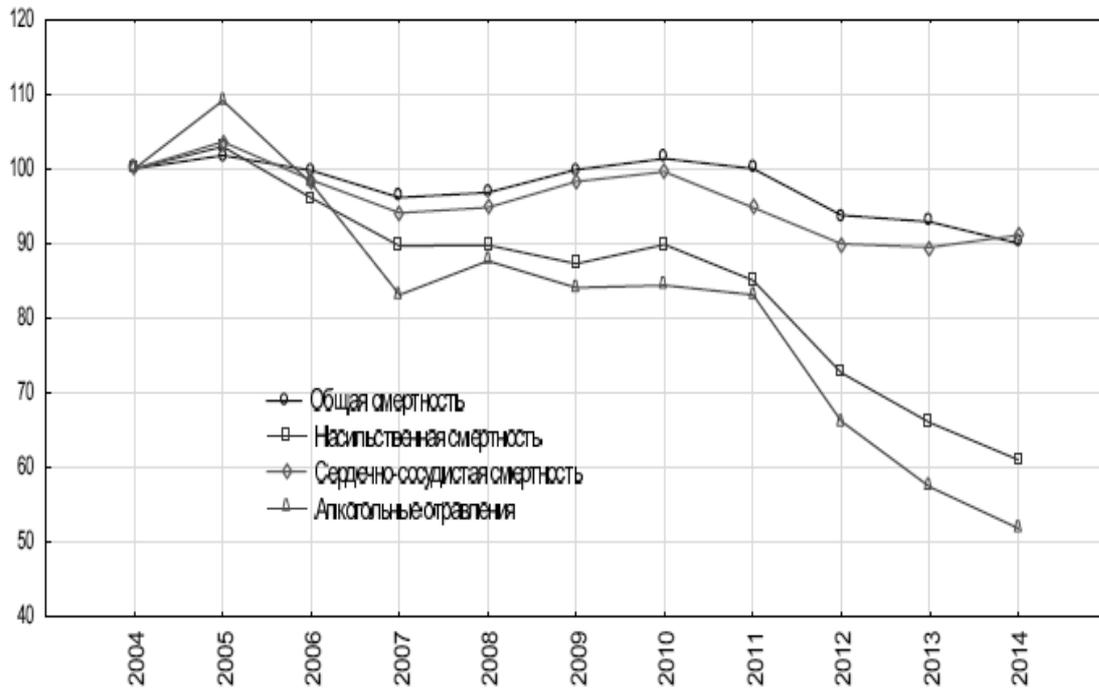


Рис. 1. Динамика уровня смертности от различных причин в 2004–2014 гг. (цит. по: 28, с. 37).

в максимальной степени происходят не в наиболее ранимых детских и пожилых возрастных группах, а у лиц трудоспособного возраста; третье отличие заключается в том, что социальный стресс имеет свою специфическую причину развития [5]. По Б.Т.Величковскому, специфической причиной возникновения социального стресса является утрата населением эффективной трудовой мотивации – «возможности честным трудом обеспечить достойное существование себе и своей семье».

Как указывает Б.Т.Величковский, «действие каждой функциональной системы, сформировавшейся в организме, завершается оценкой полученного результата. Эта универсальная закономерность в полной мере относится и к трудовой мотивации. Человек оценивает достигнутый им уровень жизни, опираясь на механизмы памяти, сравнивая его со своим прежним положением и образом жизни окружающих. Поэтому рост социальной поляризации общества всегда оказывает негативные последствия. Реакция может быть явной, «революционной», или скрытой, «болезнетворной, но в том или ином виде она всегда присутствует и угрожает стабильности нации» [6, с.22]. В доказательство автор приводит динамику ожидаемой продолжительности жизни, младенческой смертности, общей смертности населения (рис. 2).

В течение XX века Б.Т. Величковский выделяет несколько периодов с благоприятной динамикой показателей здоровья населения: годы

НЭПа (1921–1927), 1960-е гг., первые годы перестройки (1986–1989). Все эти исторические промежутки объединяет фактор «трудовой надежды» – формирования эффективной трудовой мотивации, надежды на достойную жизнь, гарантированную своим трудом, надежды на лучшее, достойное существование. Сравнение результатов периода с 1960 по 1990 г. и периода начала реформ с 1991 по 1994 г. показывает, что воздействие на здоровье населения психоэмоционального напряжения оказалось в 6,3 раза сильнее, чем комплексное воздействие экологических факторов. Наибольшие темпы возрастания коэффициентов смертности и снижения продолжительности жизни российского населения наблюдались в начале реформ (1991–1994 гг.) и после дефолта (1998–2000 гг.).

Патогенетические механизмы воздействия социального стресса заключаются в истощении общего адаптационного синдрома; срыве динамического стереотипа высшей нервной деятельности (что приводит к появлению суицидальных настроений), формировании феномена запрограммированной смерти организма – феноптоза (возникающего в ответ на беззащитность человека перед жизненными обстоятельствами усиленного образования свободных радикалов и повреждения ими ДНК). Последнему способствует повышенная гетерозиготность генофонда российской (в условиях глобализации и демографического кризиса – славянской в целом) популяции.

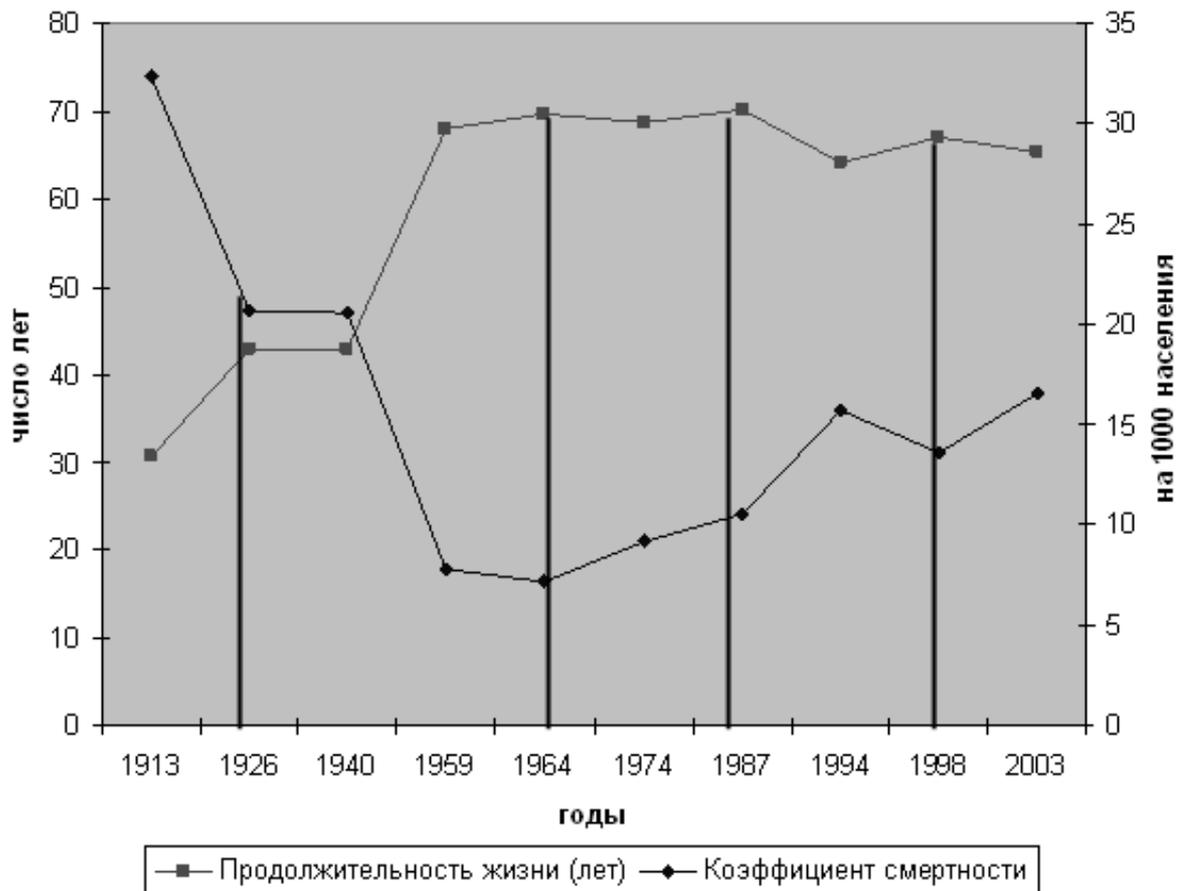


Рис. 2. Продолжительность жизни и смертность населения России в XX веке (по Б.Т.Величковскому)

Социально-культурная детерминация здоровья и болезни. Одним из основных тезисов Б.Т.Величковского являлось утверждение о том, что *эффективная трудовая мотивация – это базисная составляющая духовности общества*. Разделяя точку зрения Б.Т.Величковского, добавим также, что *эффективная трудовая мотивация – важнейший фактор общественного здоровья: посредством влияния на духовное состояние общества, трудовая мотивация регулирует и его здоровье*.

О связи духовного состояния общества и его здоровья свидетельствует закон духовно-демографической детерминации, обоснованный в 2001 г. И.А.Гундаровым: «*При прочих равных условиях улучшение (ухудшение) духовного состояния общества сопровождается снижением (ростом) заболеваемости*» [9].

Духовность – система смысловой и ценностной идентификации социально значимых идей и систем, идеология в широком смысле слова, – высший регулятор психической деятельности и поведения людей. Сфера духовного сознания, содержащая пласт накопленных человеком и обществом ответов на вопросы «Во имя чего?»,

посредством перенормировки нравственных ценностей влияет на сферу нравственного сознания («Почему?»). В совокупности духовное и нравственное сознание детерминируют качество рефлексивной психологической защиты здоровья [16].

Примечательно, что похожие взгляды на здоровье высказывал известный социолог Питирим Сорокин. Он, в частности, анализировал влияние на здоровье таких качеств и состояний человека, как доброта и любовь. Рассуждая о роли и силе любви в сохранении здоровья, он писал, что «из двух субъектов с идентичными биологическими организмами добрый и приветливый человек имеет тенденцию к более продолжительной жизни и лучшему здоровью, чем недобрый и, особенно, одержимый ненавистью» [34].

Развивая идеи И.А.Гундарова, В.Н.Ростовцев сформулировал основные законы социальной детерминации здоровья:

1. «Социальная духовность определяет динамику всех видов биологического и социального груза (закон Гундарова).

2. Социальная справедливость определяет величину эмоционального груза и, соответствен-

но, частоту психозависимой и психосоматической патологии.

3. Социальная защищенность влияет на здоровье стариков и детей, а также на демографическую динамику» [16, с.42].

В.Н.Ростовцев выделил также основные индикаторы духовного здоровья, а именно:

- показатели социальной духовности – частота психозависимостей, уровень венерических заболеваний, процент разводов, распространенность социального сиротства,

- показатели социальной справедливости – показатели преступности и соотношение величин максимальной и минимальной заработной платы служащих,

- показатели социальной защищенности – показатель продолжительности жизни.

Интегральными индикаторами всех трех составляющих социальной детерминации здоровья В.Н.Ростовцев считает рождаемость и частоту самоубийств.

Детерминация рождаемости, по В.Н. Ростовцеву, осуществляется прежде всего за счет идеологии здоровья, нравственного воспитания детей, качества жизни и социальной защищенности. В комплексе они определяют «качество населения» за счет «качества воспроизводства населения» (последнее основано на воспроизводстве здоровых поколений и культуре брачного выбора).

Согласно В.Н.Ростовцеву, социальные переменные духовности, справедливости и защищенности отображают культуру общества (автор выделяет общую культуру, культуру здоровья и культуру воспроизводства здоровых). Жизнь общества определяют те идеи и цели, которые занимают высшие места в соответствующих смыслообразующих иерархиях. Если в каждой из них одно из первых мест не занимают идеи, ценности и цели созидания здоровья, то «ни о какой социальной культуре воспроизводства здоровья и о преодолении демографического кризиса речи быть не может» [16, с.43]. Таким образом, В.И.Ростовцев убедительно обосновывает, что идеология здоровья должна являться ключевым компонентом государственной политики и составляющей духовности нации.

Духовное состояние общества, как совокупность его социально значимых идей и систем, может служить как фактором риска, так и фактором устойчивости здоровья населения. Механизмом негативного влияния на здоровье и ослабления духовной устойчивости общества, на наш взгляд, является «социальная зависть» – феномен субъективного обеднения.

Об экономическом статусе как факторе, определяющем возможности поддержания здоровья, известно давно. Актуальность данного фактора сохраняется и в настоящее время: чем более низким социально-экономическим статусом обладают люди, тем в меньшей степени они могут контролировать свою жизнь и состояние здоровья, в том числе. Однако бедность, обеднение – явление неоднозначное [2]. Н.М.Давыдова указывает, что теоретико-методологические подходы к изучению и измерению бедности исходят из трех основных концепций: абсолютной, основанной на формальном соответствии доходов установленному минимуму средств существования; субъективной, базирующейся на оценках собственного положения самими людьми; и относительной, предполагающей, что при различии стандартов потребления в разных сообществах установление единого минимального «порога бедности», по меньшей мере, проблематично и зависит от среднего уровня жизни конкретной страны [10]. В основу субъективных оценок закладывается принцип социального сравнения с референтными группами, практикующими иные (более высокие) стандарты жизни и образцы потребления. Одновременно, чем выше уровень материального положения в прошлом, тем острее ощущается субъективное обеднение. Известна также и прямо противоположная тенденция, когда потребности бедных искусственно ими же самими занижаются, с тем, чтобы адаптироваться к реальным условиям и получить большую удовлетворенность тем, что есть.

При сохранении значимости экономической составляющей, при рассмотрении неравенства как фактора, влияющего на здоровье населения развитых стран, придается особое значение иным аспектам: неравенство рассматривается не столько как экономическое, сколько как территориальное, образовательное, социально-демографическое, информационное неравенства, которые взаимосвязанно влияют на объективные условия формирования здоровья населения. Прежде всего, все эти факторы и составляющие суть *социального неравенства* актуальны в формировании здоровья молодого поколения.

В.И.Евдокимов указывает, что в ряде исследований, в которые были включены статистические материалы из 23 стран Европы и Америки, установлено, что материальное благополучие имеет неоднозначное влияние на жизнеспособность человека и здоровье населения. Например, при переходе стран из категории «бедных» в категорию «средних» по уровню ВВП на душу населения отмечается снижение заболеваемости и смер-

ности. Дальнейшее улучшение благосостояния общества (переход в группу богатых стран) сопровождается феноменом ухудшения здоровья его членов, роста смертности от некоторых заболеваний. Было замечено, что принцип «чем выше уровень жизни, тем лучше здоровье», существует в определенных границах и справедлив не для всех компонентов качества жизни и заболеваний. В ряде случаев, если имеется духовное неблагополучие, он не действует. Тогда в силу вступает закон духовно-демографической детерминации И.А.Гундарова [16].

Как отмечает И.В.Журавлева, неравенство в сфере здоровья связывают с тремя группами факторов: а) экономические ресурсы, физическая и социальная среда, в которой живут люди; б) медицинское обслуживание с разными возможностями для разных категорий населения – то есть неравенство в доступности и возможности качественной медицинской помощи; в) индивидуальные особенности поведения людей [14].

При обеспечении равной доступности медицинской помощи, независимо от территории, уровня образования, от демографических и информационных факторов, неравенство в сфере здоровья определяется в большей степени микросоциальной средой. При этом, огромную роль играют **культурные факторы**: медицинская культура и ее основа – медико-гигиеническая грамотность. И то, и другое – прежде всего, продукт воспитания человека в семье. Микросоциальная среда в значительной степени влияет на стереотипы поведения, в том числе поведения в сфере здоровья.

Так, например, влияние социальной среды на подростков можно проследить на примере курения. Было выявлено, что курение российских подростков тесно связано с типом поселения [47]. При более детальном изучении оказалось, что высокая частота курения у мальчиков из села и у девочек из мегаполиса обусловлена разными факторами социального характера: у девочек из крупных городов это был фактор курения матери, у мальчиков из села – фактор низкой самооценки, обусловленной принадлежностью к стигматизированной, по мнению мальчиков, группе: жителей малого населенного пункта [47]. Пример потребления подростками алкоголя также подтверждает влияние на здоровье подростков и их поведение в этой сфере факторов неравенства физической и социальной среды проживания. Установлено, что подростки-мальчики, проживающие в арендованных квартирах или общежитиях, с большей вероятностью потребляют алкоголь [20]. Причем воздействие типа жилья объясняется не фактором

жилой площади, наличия либо же отсутствия удобств и прочих условий, но специфическим социальным окружением, в котором потребление алкоголя и другое рискованное поведение является нормой, общественное мнение толерантно, а алкоголь – доступен [33].

Неравная среда проживания влияет на здоровье и поведение в сфере здоровья посредством **стигматизации** – выделения из общей социальной структуры. Стигматизация накладывает отпечаток на процесс идентификации личностью своего положения в коллективе и в обществе [12]. Она делает человека успешным либо неуспешным только потому, что он принадлежит к некоей определенной группе – по проживанию, образованию, манере поведения и другим выделяемым социальным окружением факторам.

Духовное состояние общества формирует и качество жизни его членов, их социальное благополучие. Духовно здоровое общество не допускает какого бы то ни было ущемления его членов – следовательно, стигматизация в духовно здоровом обществе просто невозможна.

Общим для содержательной стороны методик изучения качества жизни во взаимосвязи со здоровьем является объединение анализа условий, образа жизни и удовлетворенности ими. В то же время, качество жизни – категория, характеризующая не столько интересы и ценности индивида и общества, сколько потребности [11]. Немаловажное место в структуре потребностей человека и общества составляют потребности, связанные со здоровьем. В свою очередь, потребности – регулятор поведения человека. Поэтому изучение связанного со здоровьем качества жизни включает факторы образа жизни и поведения по отношению к здоровью (самосохранительного, здоровьесберегающего поведения). При этом четыре компонента являются ключевыми в оценке связанного со здоровьем качества жизни: условия жизни, образ жизни, удовлетворенность ими, поведение по отношению к здоровью.

Связанное со здоровьем качество жизни на индивидуальном уровне базируется на особенностях социального статуса и социальных отношений индивида и, как комплексный показатель здоровья населения (групп, общества), формируется на основе социальных процессов, воздействующих на ценностные ориентации, установки, мотивации поведения в сфере здоровья. Социальное поведение в сфере здоровья (самосохранительное, здоровьесберегающее), посредством влияния на уровень здоровья, регулирует качество жизни. Институциональной формой

организации отношений по удовлетворению потребностей общества в высоком уровне связанного со здоровьем качества жизни являются отношения в сфере охраны здоровья населения. В деятельности организационных структур медицины как социального института и системы здравоохранения как его инструмента реализуются регулирующие функции медицинской культуры общества.

В заключение следует отметить, что и здоровье, и болезнь – медико-социальные многофакторные феномены. Нельзя не согласиться с позицией академика РАМН Б.Т.Величковского, утверждающего, что здоровье населения в современных условиях определяется не четырьмя, как определяет традиционный подход, а тремя группами факторов:

- «социальными условиями жизнедеятельности (труда, питания, поведения),
- гигиеническим состоянием природной и антропогенной среды обитания,
- наследственными особенностями организма» [5, с.133].

При этом, здравоохранение вносит свою лепту в формирование каждой из трех групп факторов, выделенных академиком Б.Т.Величковским, и, следовательно, вклад здравоохранения («организации медицинской помощи» в традиционной формуле здоровья) в формирование здоровья населения не может быть равен всего лишь десяти процентам.

В то же время, очевидна многокомпонентность каждой из групп факторов, определяющих здоровье, и их зависимость от социально-экономических и культурных условий среды. Б.Т.Величковский пишет: «При выборе стратегии охраны здоровья населения, прежде всего, требуется четкое разграничение ответственности. Поскольку факторы, определяющие здоровье, имеют разноплановый, межведомственный характер, ответственность за состояние здоровья населения, как и за жизнь любого члена общества, несет государство... Здравоохранение осуществляет мониторинг состояния здоровья населения, отвечает за санитарно-эпидемиологическое благополучие страны и качество оказания профилактической и медицинской помощи» [5, с.133–134].

В современных условиях развитие системы здравоохранения очевидно должно идти по пути усиления превентивного компонента во всех сферах, будь то кардиология, онкология, психиатрия, педиатрия или же институт общеврачебной практики. Профилактика как основа здоровья и средство достижения более высокого связанного со

здоровьем качества жизни при болезни – база стратегии развития здравоохранения Беларуси.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абраменков, А.В. Всемирная организация здравоохранения и право на здоровье / А.В.Абраменков // Внешнеэкономические связи. – 2006. – Т.21, №1. – С.28–31.
2. Бобков, В.Н. Бедность, уровень и качество жизни: методология анализа и механизмы реализации / В.Н.Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – №1. – С.7–20.
3. Браун, Дж. Гендерные различия в здоровье / Дж.Браун, Н.Л.Русинова // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т.2, №1. – С.113.
4. Браун, Дж. Социальные неравенства и здоровье / Дж.Браун, Л.В.Панова, Н.Л.Русинова // СоцИс. – 2007. – №6. – С.114–122.
5. Величковский, Б.Т. Жизнеспособность нации. Взаимосвязь социальных и биологических механизмов в развитии демографического кризиса и изменении здоровья населения России / Б.Т.Величковский. – 2-е изд., исп. и доп. – М.: РАМН, 2012. – 255 с.
6. Величковский, Б.Т. Основы жизнеспособности нации. Введение в социальную биологию человека / Б.Т.Величковский. – М.: РАМН, 2012. – 72 с.
7. Величковский, Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т.Величковский // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – №4. – С.8–17.
8. Григорьев, С.И. Противостояние социально обусловленным болезням / С.И.Григорьев // Социология (Москва). – 2006. – №2. – С.160–167.
9. Гундаров, И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления / А.И.Гундаров. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 208 с.
10. Давыдова, Н.М. Депривационный подход в оценках бедности / Н.М.Давыдова // СоцИс. – 2003. – №6. – С.88–96.
11. Данакин, Н.С. К определению качества жизни / Н.С.Данакин // Качество жизни населения: показатели и пути повышения: сб. науч. тр. – Белгород, 2004. – Вып.1. – С.14–18.
12. Елсуков, А.Н. Стигматизация как способ выделения объектов в структурах коммуникативного действия / А.Н.Елсуков // Социология. – 2010. – №4. – С.3–9.
13. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2010 году и основных направлениях деятельности на 2011 год / В.И.Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №1. – С.4–18.
14. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В.Журавлева. – М.: Изд-во ИС РАН, 2002. – 240 с.
15. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В.Журавлева; Ин-т социологии РАН. – М.: Наука, 2006. – 238 с.
16. Закон духовно-демографической детерминации / В.Н.Ростовцев, И.Б.Марченкова, В.Е.Кузьменко, О.И.Рябкова, В.М.Ростовцева // Медицинские новости. – 2009. – №6. – С.42–44.
17. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. – №6. – 310 с.
18. Калинина, Т.В. Медико-социальная характеристика факторов, влияющих на формирование общественного здоровья / Т.В.Калинина, И.В.Малахова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №2. – С.4–9.
19. Карташов, И.Г. Многофакторная обусловленность здоровья населения: теоретико-методологические подходы к изучению социальных детерминант здоровья / И.Г.Карташов // Социология медицины. – 2007. – №2. – С.17–24.
20. Кислицина, О.А. Социально-экономические факторы, детерминирующие приобщение российских подростков к

- потреблению психоактивных веществ / О.А.Кислицина // Интернет-конференция «Дети и молодежь» / Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент», ГУ ВШЭ, Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, ИК «Социология здоровья и здравоохранения» Рос, Институт социологии РАН, Москва, 01.03.–04.04.2010. – [Электронный ресурс] – 2010. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru>. – Дата доступа: 01.04.2015.
21. Ковынева, О.А. Структура качества жизни и факторы его повышения / О.А.Ковынева // Экономика здравоохранения. – 2006. – №8. – С.48–50.
 22. Лисицын, Ю.П. Теории медицины XX века / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 1999. – 176 с.
 23. Медик, В.А. Моделирование интегральных показателей оценки здоровья населения / В.А.Медик, М.С.Токмачев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – №6. – С.17–20.
 24. Медик, В.А. Некоторые методические подходы в изучении здоровья населения / В.А.Медик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – №6. – С.8–11.
 25. Носачев, Г.Н. Психология и этика общения с пациентом: Психология и этика общения в системе «врач-пациент» / Г.Н.Носачев, Г.И.Гусарова, В.В.Павлов. – Самара, 2003. – 372 с.
 26. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. в редакции Законов Республики Беларусь от 20.06.2008 №363-3, от 15.06.2009 №27-3, от 31.12.2009 №114-3, от 04.01.2010 №109-3, от 15.07.2010 №166-3, от 25.11.2011 №318-3, от 13.12.2011 №325-3, от 07.01.2012 №344-3, от 10.07.2012 №426-3, от 16.06.2014 №164-3.
 27. Парсонс, Т. Система современных обществ / Пер. с англ. Л.А.Седова и А.Д.Ковалева; под ред. М.С.Ковалева. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 270 с.
 28. Разводовский, Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики / Ю.Е.Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №1. – С.35–42.
 29. Решетников, А.В. Социология пациента // А.В.Решетников, С.А.Ефименко. – М.: Здоровье и общество, 2008. – 304 с.
 30. Решетников, А.В. Институциональные изменения социокультурного паттерна здоровья и болезни / А.В.Решетников // Социология медицины. – 2005. – №2. – С.3–25.
 31. Ростовцев, В.Н. Основы здоровья / В.Н.Ростовцев. – Минск: Минсктипроект, 2002. – 110 с.
 32. Ростовцев, В.Н. Основы культуры здоровья: Пособие для педагогов и воспитателей учреждений образования / В.Н.Ростовцев, В.М.Ростовцева. – Минск: Национальный институт образования, 2008. – 119 с.
 33. Свадьбина, Т.В. Изменения практик поддержания собственного здоровья / Т.В.Свадьбина, А.Н.Осянин // Социология (Москва). – 2006. – №2. – С.28–31.
 34. Сорокин, П. Главные тенденции нашего времени / П.Сорокин. – М.: Наука, 1997. – 351 с.
 35. Сурмач, М.Ю. Репродуктивный потенциал молодежи Беларуси: характеристика, пути повышения / М.Ю.Сурмач. – Saarbrücken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2010. – 184 с.
 36. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью / Ежегодный доклад ВОЗ. – Женева, 2010. – 106 с.
 37. Щепин, О.П. Изучение здоровья населения на современном этапе развития общества / О.П.Щепин, В.А.Медик, В.И.Стародубов // Пробл. соц. гигиены, здр-я и истории медицины. – 2005. – №5. – С.3–6.
 38. Щепин, О.П. К развитию методологии в исследованиях общественного здоровья / О.П.Щепин, В.К.Овчаров // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2004. – №4. – С.38–43.
 39. Юрьев, В.К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек / В.К.Юрьев // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – №4. – С.3–5.
 40. Ядов, В.А. Социальный ресурс индивидов и групп как их капитал: возможность применения универсальной методологии исследования реального расслоения в российском обществе / В.А.Ядов // Кто и куда стремится вести Россию? Акторы макро-, мезо- и микроуровней современного трансформационного процесса. – М.: МВШСЭН, 2001. – С.113–118.
 41. Gerhardt, U. Parsons, Role Theory and Health Interaction / U.Gerhardt. – Sociological Theory and Medical Sociology / Ed. G.Scambler. – London: Tavistock, 1987.
 42. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/259583/Qualitative-indicators-for-monitoring-Health-2020-policy-targets-Rus.pdf.
 43. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/259583/Qualitative-indicators-for-monitoring-Health-2020-policy-targets-Rus.pdf.
 44. http://www.who.int/gho/health_equity/outcomes/health_equity_compendium.pdf.
 45. <http://www.who.int/hiv/mediacentre/news/emtct-validation-2016/en/>.
 46. Parsons, T. The Social System / T.Parsons. – 2nded. – Glencoe: Free press, 1952. – 575 p.
 47. Perlman, F. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy / F.Perlman [et al.] // Tobacco Control. – 2007. – No.16. – P.299–305.

HEALTH AND DISEASE AS MEDICAL AND SOCIAL PHENOMENA

M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Health and disease are presented as medical and social phenomena: the approaches to the definition of health and disease, the concept of social and mental health as well as the factors effecting health nowadays are analyzed. The socio-cultural determination of health is substantiated.

Keywords: health, disease, social stress, functional approach to health, social health, mental health.

Поступила 23.08.2016 г.