Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»

СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТЕКСТЫ ЗДОРОВЬЯ

Монография

Нижний Новгород
2020

УДК 316; 364
ББК 60.5
С 30

Р е ц е н з е н т ы:
Н.А. Лебедева-Несевря – доктор социологических наук, доцент,
заведующая лабораторией Федерального научного центра
медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью населения;
Ю.А. Сучков – главный врач Клинической
психиатрической больницы № 1, г. Нижний Новгород

Научный редактор:
З.Х. Саралиева – доктор исторических наук, профессор,
профессор ННГУ им. Н.И. Лобачевского

С 30 **Социальные контексты здоровья**: монография / З.Х. Саралиева, С.А. Судьин, А.М. Бекарев, Г.Л. Воронин [и др.]. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2020. – 263 с.

ISBN 978-5-93116-217-1

Авторы рассматривают здоровье и здоровьесбережение в многомерном измерении социальных контекстов: здоровье как терминальная ценность; межкогортный анализ здоровьесбережения; соотношение естественного и искусственного в мире человека; социальная политика в сфере занятости инвалидов; генезис и трансформации моделей и технологий медико-социальной помощи; специфика немецкой системы здравоохранения; проблемы оказания реабилитационных услуг детям с ОВЗ; самосохранительное поведение семьи в цифровом обществе; влияние здоровья ребенка на самочувствие семьи; специфика подготовки специалистов по социальной работе, включая систему здравоохранения в Китае; проблемы управления корпоративным здоровьем; социальное здоровье осужденных.

В основу монографии легли результаты социологических исследований, проведенных в последние годы кафедрой общей социологии и социальной работы факультета социальных наук ННГУ им. Н.И. Лобачевского, а также материалы индивидуальных исследований авторов.

Книга адресована преподавателям, аспирантам, студентам по направлению подготовки «Социология», «Социальная работа», специалистам учреждений здравоохранения и социальной сферы, всем, кто интересуется данной проблемой.

Ряд глав монографии подготовлены при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований в рамках проекта № 18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи» (2018–2020 гг.).

ISBN 978-5-93116-217-1

УДК 316; 364
ББК 60.5

© З.Х. Саралиева, С.А. Судьин, А.М. Бекарев, Г.С. Пак,
Г.Л. Воронин, А.Д. Крамер, М.В. Фирсов,
А.А. Черникова, Д.А. Шпилев, А.В. Ермилова,
И.А. Исакова, А.Л. Янак, М.В. Курникова,
А.А. Попель, А.В. Рушева, И.А. Уваров, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 4

Здоровье как ресурс – ресурс здоровья *(Саралиева З.Х.)* 11

Здоровье и практики здоровьесбережения: межкогортный анализ *(Судьин С.А.)* 52

Человеческая телесность: проблема демаркации естественного и искусственного *(Бекарев А.М., Пак Г.С.)* 68

Социальная политика в сфере занятости инвалидов: социологический анализ *(Воронин Г.Л., Крамер А.Д.)* 85

От социопатогенного пространства помощи к пространству самопопечения: генезис и трансформация платформы 1.0. *(Фирсов М.В., Черникова А.А.)* 106

Немецкая система здравоохранения в условиях противостояния COVID-19: уровень готовности и выводы на будущее *(Шпилев Д.А.)* 143

Актуализация проблемы востребованности и направленности реабилитационных услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья в Нижегородском регионе *(Ермилова А.В.)* 159

Самосохранительное поведение семьи в цифровом обществе *(Исакова И.А., Янак А.Л.)* 175

Здоровье ребенка как фактор влияния на социальное самочувствие членов семьи *(Курникова М.В.)* 187

Модернизация системы подготовки специалистов по социальной работе в Китае в контексте вызовов в сфере здравоохранения *(Попель А.А.)* 207

Опыт health management: необходимость управления здоровьем персонала в российских организациях *(Рушева А.В.)* 223

Социальное здоровье осуждённых в контексте реализации пенитенциарной профилактики *(Уваров И.А.)* 244

ВВЕДЕНИЕ

Идея данной монографии зародилась в результате осмысления материалов зарубежных и отечественных материалов социологических исследований последних лет, представленных на международных научно-практических конференциях, инициированных кафедрой общей социологии и социальной работы факультета социальных наук: «Здоровье как ресурс» (24–25 ноября 2009 г.), «Инвалиды – инвалидность – инвалидизация» (27–28 сентября 2018 г.), «Здоровье как ресурс: V. 2.0» (26–27 сентября 2019 г.).

Ключевые положения монографии касаются трех исследовательских аспектов:

I. Анализ и интерпретация степени научной разработанности проблемы, которая определена как социальные контексты здоровья, и в историческом ракурсе, и в рефлексии современной научной мысли;

II. Использование эмпирических исследований авторов монографии, например:

– «Востребованность реабилитационных услуг для детей с ОВЗ в Нижегородской области» (2018 г.);

– «Информатизация детско-родительских отношений: факторы и риски» (2018–2020 гг.): анкетирование детей-подростков и родителей; критерий отбора – активное использование электронных девайсов с выходом в Интернет; фокус-группа с родителями детей-пользователей гаджетов и Интернета;

– «Социальное самочувствие семьи с ребенком», которое проводилось при содействии администрации Нижнего Новгорода, государственных образовательных учреждений, общественных организаций родителей детей-инвалидов в 2019 г.

III. Социальные контексты здоровья сконцентрированы на состоянии и тенденциях изменений в сферах:

– здравоохранения и здоровьесбережения;

– семьи;

– системы социального обеспечения и социальной работы;

– пенитенциарной профилактики;

– социальной политики занятости;

– управления здоровьем персонала в российских организациях.

В главе «Здоровье как ресурс – ресурс здоровья» (З.Х. Саралиева) анализируются проблемы здоровья как терминальной ценности социума и личности, межинституциональное взаимодействие здравоохранения и других соци-

альных институтов, категории «система ресурса», «система здорового образа жизни», «социальная значимость индивидуального здоровья». Особый акцент сделан на вкладе самого человека в процесс перерастания ресурса здоровья в его потенциал, капитал, поведении человека в пространстве предупреждения болезни – ее терапии – долгосрочной ремиссии, самосохранения, здоровьесбережения.

В главе «Здоровье и практики здоровьесбережения: межкогортный анализ» (С.А. Судьин) на основании результатов двух исследований проведен сравнительный анализ практик здоровьесбережения и образа жизни подростков возрастной группы 15–18 лет, опрошенных, соответственно, в 2000 («миллениалы») и 2018 гг. («поколение «Z»).

В главе «Человеческая телесность: проблема демаркации естественного и искусственного» (А.М. Бекарев, Г.С. Пак) раскрывается проблема соотношения естественного и искусственного в человеческом теле. Само тело человека – источник непростых проблем. С одной стороны, кажется, что зона искусственного расширяется. Но в результате более глубокого анализа авторы приходят к выводу, что искусственное возникает в зоне пересечения двух (многих) естественных миров.

В главе «Социальная политика в сфере занятости инвалидов: социологический анализ» (Г.Л. Воронин, А.Д. Крамер) рассматривается положение инвалидов на рынке труда в России; влияние на трудоустройство инвалидов реализуемых государством мер социальной политики. Чтобы проанализировать их эффективность, предпринято авторское исследование в Нижегородской области в ноябре-декабре 2018 г. В его рамках были проведены экспертные интервью с представителями некоммерческих, общественных и государственных организаций. Выявлены причины низкой занятости инвалидов и пути решения данной проблемы.

Осуществлен сравнительный анализ социальных и экономических характеристик людей с инвалидностью и без инвалидности в современной России на основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE), 1993–2018 гг.». В качестве респондентов выступали лица от 18 лет и старше в период с 2003 по 2018 гг.

В главе «От социопатогенного пространства помощи к пространству самопопечения: генезис и трансформация платформы 1.0.» (М.В. Фирсов, А.А. Черникова) описывается генезис и трансформация платформ на фоне глобализации, дается характеристика изменений от социопатогенного пространства помощи к пространству самопопечения. В зависимости от социо-

экономических и социокультурных условий показана эволюция трансформаций социопатогенной платформы помощи 1.0, начиная от ранней христианской помощи до 80-х годов XX столетия. Платформа 1.0 реализовывалась в контексте многообразия проявлений форм, методов, институтов помощи в национальном историческом развитии. Описаны общие тенденции формирования данной платформы, касаясь отдельных ее проявлений в различных странах и в контексте практики коррекционных учреждений в XVI–XIX веках. Особое внимание политике филоптохии в дискурсах медицинской модели помощи, как и причины и условия ее разрушения. Традиционные институты помощи не справлялись с ростом безработицы и инвалидизации, в этой связи можно утверждать, что парадигма филоптохии – любви к нищим была заменена на полицейскую модель «общественного здоровья», в основе которой контроль за разрастающимися слоями профессионального нищенства. Этот концепт реализовался на уровне государственного управления, практики, в развитии системы образования, так и в оформлении научных подходов к теории социальной работы до конца XX века.

В главе «Немецкая система здравоохранения в условиях противостояния COVID-19: уровень готовности и выводы на будущее» (Д.А. Шпилев) рассматриваются положительные и отрицательные особенности немецкой системы здравоохранения, ее влияние на высокую продолжительность жизни в Германии; анализируется реакция немецкой системы здравоохранения на пандемию COVID-19, успешность оказания помощи различным социальным группам; законодательные изменения, регулирующие оказание медицинской помощи, действия региональных и федеральных политиков.

В главе «Актуализация проблемы востребованности и направленности реабилитационных услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья в нижегородском регионе» (А.В. Ермилова) рассматривается вопрос специфики реабилитационного обслуживания детей с ограниченными возможностями здоровья в г. Н. Новгород. Актуализируется проблема востребованности и направленности реабилитационных услуг для детей с ОВЗ, предоставляемых государственным, некоммерческим и коммерческим секторами. Для выявления особенностей реабилитационного сервиса было проведено социологическое исследование, в ходе которого использованы: анкетный опрос родителей, имеющих детей с ОВЗ и пользующихся реабилитационными услугами в ЦДРД «Добрый сад», НРООПДиМ «Верас», Фонде помощи детям «Обнажённые сердца», Детском развивающем центре «Росток», Общественной благотворительной организации инвалидов с детства «НИВА»

(N=70 чел.); контент-анализ Интернет-блогов родителей, воспитывающих детей с ОВЗ (N=50 чел.). Сравнительная характеристика востребованности трех секторов позволила зафиксировать разный уровень спроса на реабилитационные услуги. Спрос на услуги системы реабилитации в основном определяется типом семьи (полная/неполная), а также наличием близких родственников, способных помочь семье с ребенком-инвалидом. Выявляются негативные аспекты деятельности реабилитационных секторов с помощью критериев качества оказания восстановительных услуг.

В главе «Самосохранительное поведение семьи в цифровом обществе» (И.А. Исакова, А.Л. Янак) рассматриваются риски и негативные влияние цифровизации на индивидуальное здоровье и семейный микроклимат. На основе исследований, в том числе авторских, выявлены проблемы и стратегии здоровьесберегающего поведения семьи в контексте пользования техникой и Интернетом: ориентация на самосохранительное поведение; развитие возможностей цифровой медицины, включая мобильные приложения, позволяющие контролировать образ жизни, режим питания, физическую форму; стили семейного воспитания, опосредованные гаджетизацией и информатизацией; совершенствование законодательства в области обеспечения информационной безопасности. Сделан вывод: пока российские семьи демонстрируют довольно низкий уровень культуры медиапотребления и медиасубъектности, а значит, самосохранения в цифровом пространстве.

В главе «Здоровье ребенка как фактор влияния на социальное самочувствие членов семьи» (М.В. Курникова) рассматривается понятие здоровье ребенка с позиции биопсихосоциальной модели как фактора влияния на некоторые критерии социального самочувствия членов семьи. Методом анкетирования и тестирования определен уровень социального самочувствия родителей и сиблингов двух групп семей – с ребенком-инвалидом и с ребенком без нарушений здоровья. Определена значимость состояния здоровья ребенка как одного из доминирующих факторов формирования субъективного социального самочувствия семей с детьми.

В главе «Модернизация системы подготовки специалистов по социальной работе в Китае в контексте вызовов в сфере здравоохранения» (А.А. Попель) рассматривается история возникновения и становления системы подготовки специалистов в области социальной работы в Китае, анализируются предпосылки ее возникновения, рассмотрены основные этапы в процессе ее развития, анализируется роль социальных работников в их взаимодействии с представителями медицинского сообщества в ликвидации последствий пандемии КОВИД-19.

В главе «Опыт health management: необходимость управления здоровьем персонала в российских организациях» (А.В. Рушева) состояние здоровья человека определяется множеством факторов, среди которых особое место занимают условия трудовой деятельности в организации. Именно здоровье как ключевой компонент трудового потенциала позволяет людям участвовать в экономической деятельности, создавать и потреблять блага. Учитывая данную взаимозависимость сторон, особыми объектами управления становятся работоспособность сотрудников и результаты их деятельности. Теоретический аспект проблемы представлен в анализе научных работ У. Петти, А. Смита, А. Маршалла, М. Гроссмана, И.В. Ильинского, М. Критского. Основной акцент в исследованиях этих и некоторых других ученых делается на необходимости инвестиций (окупающихся со временем) в здоровье людей. Практический смысл Health management обосновывается негативными последствиями технократического восприятия менеджерами нанятых работников, слабостью кадровой политики, отсутствием у руководства понимания своей социальной ответственности. Поднимается вопрос о субъектности в решении проблемы оздоровления, где активную позицию должны занимать все участники производственных и социально-экономических отношений. Особая роль при этом отводится первичным профсоюзным организациям, являющимся по праву субъектом заботы о здоровье персонала. Представленный анализ зарубежной и отечественной практики реализации программ управления корпоративным здоровьем демонстрирует множество явных преимуществ как для предприятия, так и для сотрудников (в том числе и потенциальных), что обусловливает необходимость её более широкого распространения на российских предприятиях.

В главе «Социальное здоровье осуждённых в контексте реализации пенитенциарной профилактики» (И.А. Уваров) рассматривается содержание понятия «социальное здоровье осужденных», а также его роль в системе пенитенциарной и постпенитенциарной профилактики как одного из признаков включенности личности в общество. Особое внимание уделяется анализу потенциальных возможностей пенитенциарной системы в реализации социальной активности личности осужденного, его социализации в период отбывания наказания и при возвращении в свободное общество. Дается интерпретация понятий «социальная болезнь» (социально значимое заболевание) и «социально опасные патологии», препятствующие нормальной адаптации заключенного после освобождения из мест лишения свободы.

По проблематике социальных контекстов здоровья авторами опубликованы научные статьи в значимых рецензируемых изданиях, в том числе:

Воронин Г.Л. Зависимость состояния здоровья женщин от репродуктивного поведения (по результатам RLMS-HSE 2006-2017 гг.) / Г.Л. Воронин, С.А. Клюева // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 231–234;

Воронин Г.Л. Объективные и субъективные показатели здоровья инвалидов: по данным RLMS-HSE в 2003–2018 гг. / Г.Л. Воронин, А.Д. Крамер // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 132–137;

Воронин Г.Л. Социальное самочувствие лиц с ограниченными возможностями здоровья и отношение студенческой молодежи к инвалидности (на примере Нижегородской области) / Г.Л. Воронин, Т.Н. Захаркина, А.А. Лакомова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2019. – № 2. – С. 52–67;

Ермилова А.В. Несовершенство государственной системы реабилитации как причина суицидальных настроений лиц с ампутациями конечностей и иными нарушениями опорно-двигательного аппарата / А.В. Ермилова, А.С. Шеншин // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2020. – № 1. – С. 74–82;

Ермилова А.В. Современная семья с больным родственником как объект помощи и субъект самопомощи в зеркале социальной политики // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2019. – Т. 19. – № 3. – С. 248–256;

Ермилова А.В. Специфика функционирования системы реабилитации для инвалидов с ампутациями конечностей и иными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: выявление проблемного поля / А.В. Ермилова, Н.В. Осипов // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 873–878;

Попель А.А. Возможности реализации творческого потенциала как основа здоровой нации // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 535–538;

Рушева А.В. Субъект-объектное восприятие ценности здоровья персонала // Здоровье как ресурс: V.2.0: Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 547–553;

Саралиева З.Х. Усталость как показатель социально-психологического возраста персонала / З.Х. Саралиева, Л.Н. Захарова, И.С. Леонова, А.С. Заладина // Системная психология и социология. – 2019. – № 3. – С. 36–52;

Судьин С.А. Психическое здоровье как предмет социологии // Ментальное здоровье – интеграция подходов: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, 2020. – С. 159–166;

Судьин С.А. Дементный больной и семья: о новой практике социальной защиты / З.Х. Саралиева, С.А. Судьин // Новые тенденции в деятельности социозащитных институтов: Материалы Всероссийской конференции. – Иркутск: Издательство Байкальского государственного университета, 2019. – С. 207–213;

Судьин С.А. О некоторых вопросах правового регулирования народной медицины в Российской Федерации / С.А. Судьин, О.Г. Жукова // Здоровье как ресурс: V. 2.0. / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 674–680;

Янак А.Л. Специфика структуры репродуктивной мотивации мужчин // Семья и дети в современном мире. Сборник материалов конференции «Семья и дети в современном мире». Том VI. / Под общей и научной редакцией доктора психологических наук, профессора В.Л. Ситникова. / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2020. / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 1434–1438;

Янак А.Л. Семейное самолечение – сбой в межинституциональном взаимодействии семьи и здравоохранения // Взаимодействие семьи с другими социальными институтами как возможность преодоления социокультурных угроз в России: Материалы Межрегион. науч.-практ. конф. (г. Саранск, 15 ноября 2019 г.) [электрон. ресурс]. / МГУ им. Н.П. Огарева, Ист.-социол. инс-т; каф. соц. работы; под общ. ред. проф. Л.И. Савинова. Электрон. текстовые дан. Саранск: Издатель Афанасьев В.С., 2019.

Работа авторов монографии в рамках исследуемой проблематики отмечена рядом грантов:

Конкурс проектов 2018 года фундаментальных научных исследований, проводимый РФФИ совместно с субъектами Российской Федерации. Тема: «Здоровьесбережение в практиках современной Нижегородской семьи». Номер темы – 18-411-520002\18. Сроки выполнения: 2018–2020 гг. Руководитель – Саралиева З.Х. Участники: Судьин С.А., Янак А.Л., Захаркина Т.Н., Голубева И.Г., Ермилова А.В., Егорова Н.Ю., Лакомова А.А., Воронин Г.Л., Кутявина Е.Е.

ЗДОРОВЬЕ КАК РЕСУРС – РЕСУРС ЗДОРОВЬЯ*

З.Х. Саралиева
Доктор исторических наук, профессор, профессор кафедры общей социологии
и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского
Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Анализируются проблемы здоровья как терминальной ценности социума и личности, межинституциональное взаимодействие здравоохранения и других социальных институтов, категории «система ресурса», «система здорового образа жизни», «социальная значимость индивидуального здоровья». Особый акцент сделан на вкладе самого человека в процесс перерастания ресурса здоровья в его потенциал, капитал, поведении человека в пространстве предупреждения болезни – ее терапии – долгосрочной ремиссии, самосохранения, здоровьесбережения.

Ключевые слова: здоровье, ресурс здоровья, здравоохранение, социальные институты, потенциал, капитал, здоровый образ жизни, самоидентификация, система ценностей.

Здоровье – настолько многогранная, многоаспектная категория, что требуется не менее многосложный комплекс теорий и концепций, позволяющий социологически исследовать этот феномен. Перечислить их необходимо в нерейтинговом порядке, поскольку между ними нет ни конкуренции, ни подчиненности. Итак, исследование здоровья и производных от него понятий опирается на: = системный подход; = структурно-функциональный; = ресурсный подход; = теорию коммуникативного действия; = деятельностный подход; = теорию капиталов; = концепции идентификации и самоидентификации; = концепцию жизненных стратегий; = концепцию межинституционального взаимодействия; = концепцию опекаемых благ; = диспозиционную концепцию.

Очевидно, этот ряд можно продолжить, если рассматривать эту категорию как здоровье тела, духа, сознания, поведения, ценностей, привычек. Если можно так определить, речь идет об «опосредованном» и «непосредственном» здоровье. В обоих случаях задействован человек, чтобы стать «человеком здоровым». В этой связи здоровье следует исследовать и в пространстве социального управления, и углубленного погружения в социологию личности, медицины, культуры, экологии человека.

Посмотрим на схему сфер и условий жизнедеятельности человека в непосредственной их связи со здоровьем.

* Выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Нижегородской области в рамках научного проекта №18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной нижегородской семьи».

Сферы и условия жизнедеятельности человека

ЗДОРОВЬЕ	Право
	Социальные институты
	Экономика и трудовые отношения
	Политические и общественные организации
	Социальное управление
	Образование (уровни, доступность)
	Профессиональная деятельность
	Семейные отношения
	Демографические процессы
	Ценностный арсенал
	Социализация
	Национальная безопасность
	Духовные, культурные запросы, досуг
	Социальная защищенность
	Снижение бедности, экономической стратификации, неравенства
	ЖКХ
	Экология
	Повседневность

Исходим из того, что воздействие этих сфер и условий на здоровье человека должно быть позитивным, но очень часто оно носит негативный, разрушающий характер (тяжелый, малооплачиваемый труд; необеспеченность жильем; нездоровая экология).

Теперь рассмотрим схему межинституционального взаимодействия конкретно института здравоохранения.

Социальные институты зародились для выработки кризисо-устойчивости, способности к мобилизации всех возможностей от экономики до моделей управления в целях сохранения социума, как минимум. На уровень максимума, или цивилизованности, социум вышел, когда социальные институты приобрели равновесность относительно друг друга (никогда не абсолютную), поэтому главное в социальном институте – способность конструктивного взаимодействия со всеми своими «социальными коллегами», быть в постоянном диалоге с гражданским обществом. В этом суть государственного менеджмента.

Отличие социального института здравоохранения в том, что он целиком и полностью подчинен и посвящен миссии сохранения жизни и здоровья человека. Это, действительно, «социальный набат», скорая и неотложная помощь, министерство чрезвычайных и постоянных усилий социума.

Межинституциональное взаимодействие института здравоохранения

Государство ⟷ Институт здравоохранения

Задачи государства:

– сохранение институциональной структуры здравоохранения;

– ее видоизменение и обогащение;

– обеспечение качества и объемов функционирования института здравоохранения.

Институт здравоохранения ⟷ Другие социальные институты

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	Право
	Образование
	Наука
	Экономика
	Труд
	Спорт
	Семья
	Культура
	Армия, силовые структуры
	Пенитенциарная система
	Собственность
	Церковь

Все это требует осмысления, выявления сильных и слабых сторон социально-социетального взаимодействия, но не вызывает сомнения, что здравоохранение правомерно считать узловым центром пространства здоровья человека – группы – общности – общества. Ни один аспект межинституционального взаимодействия нельзя рассматривать без маркера здоровья.

Необходим *многоуровневый подход* к рассмотрению здоровьесберегающей функции социальных институтов.

Макроуровень – здоровье населения. Реализуются две, как минимум, функции государства: социального контроля и коррекции с элементами принуждения, например, материальное поощрение в случаях ранней постановки беременных на медицинский учет, отказа от табакокурения, отсутствия больничных листов за определенный период; административные меры за уклонение от диспансеризации, особенно медицинских процедур выявления туберкулеза, для профессий, предполагающих общение с большим количеством людей (врачи, психологи, социальные работники, преподаватели всех ступеней обучения).

На *мезоуровне* объектом здоровьесберегающих практик являются группы, сообщества. По праву серьезная роль отводится семье. Прежде всего следует развести понятия «здоровье семьи» (может быть ситуативным, нарушаемым болезнями, эпидемиями, резким ухудшением условий жизни и труда, смертью кормильца, разводом) и «здоровая семья», с точки зрения не только собственно здоровья ее членов, но функциональности*, внутрисемейного психолого-эмоционального климата, здорового образа жизни, позитивного взаимодействия подсистем – родительского ядра**, детско-родительской, сиблинговой, вообще, жизненного мира семьи. Мы обосновали понятие «экологичности семьи» [1, с. 15–17]. Именно, здоровая, экологичная семья должна уметь взаимодействовать со всеми социальными институтами, обращаться и получать внешнюю поддержку, ориентируясь преимущественно на самостояние и развитие. Важно, чтобы вся семья была в центре воздействия. Но при этом сосредоточить внимание на преодолении стереотипов и предрассудков, часто имеющих социокультурный, гендерный аспекты. Например, десятилетиями считалось, что только женское бесплодие – причина бездетности семейных пар. Женщин лечили и залечивали, вызывая нередко вторичное бесплодие. Андрологи появились в наших медицинских учреждениях из переобученных урологов в 80-е гг. XX в. Сегодня обследованию подлежат оба супруга, и лечение назначается тому, у кого обнаруживается этот дефект физиологического здоровья.

На *индивидуальном, микроуровне* работа социальных институтов должна сосредоточиться одновременно и на поддержке позитивных здоровьесберегающих практик, и на девиантных формах и стилях жизни, пагубно влияющих на здоровье человека. К сожалению, проявления девиации с трудом сокращают свои масштабы, к тому же прирастая «цифровыми» зависимостями и созависимостями. Пространство здоровья человека вписывается в пространство возможностей, свободы человека в самом широком ее толковании: открыты все профессии, все виды деятельности, самообеспечения, реализации всех прав (например, свободы передвижения, мобильности), полноценное функционирование в семье, доступны все виды досуга. Может показаться наивным вопрос: «Истинно ли свободен нездоровый человек?» Обратим внимание поэтому на социетальный смысл даже индивидуального здоровья.

---

* Пренебрежение какой-либо функцией, частичное, выборочное функционирование могут подорвать семью и как институт, и как малую социальную группу.

** Особая значимость именно здорового родительского ядра в том, что не так уж редко его влияние отягчается тем обстоятельством, что оба или один из родителей могут быть источником здоровьеразрушающего поведения.

Миссия социального института здравоохранения – добиться реализации известного инварианта в понимании здоровья: = здоровье как терминальная ценность, увязанная с ценностью жизни; = здоровье как ресурс – потенциал – капитал* для продления жизни с высоким ее качественным уровнем; = здоровье как инструмент самоосуществления человека и общества.

Институт здравоохранения должен демонстрировать способность предвидения возможных рисков, предложить эффективный, то есть жизнеспособный, социальный проект здоровьесбережения народа. Можно сказать, что это институт превенции, организации, мобилизации в чрезвычайных ситуациях, менеджмента изменений в многоструктурной системе общественного здоровья.

Но вернемся к связке института здравоохранения и государства. Рассмотрение места государства в обеспечении эффективного здорового образа жизни населения целесообразно с точки зрения применения теории опекаемых благ А.Я. Рубинштейна. Суть ее в том, что наряду с интересами, предпочтениями индивидуумов (частные блага) существуют «несводимые к ним» интересы социальных целостностей. Их удовлетворение сопряжено с государственной активностью в производстве опекаемых благ, «в отношении которых существует интерес общества как такового, дополняющий интересы индивидуумов» [2, с. 300]. Отмечая, что в разных странах и в разные исторические эпохи практиковались разные виды опекаемых благ, автор ставит вопросы: что в услугах, мерах, товарах надо относить к классу опекаемых благ, каков «универсальный мотив общественной опеки»? В нашем случае ее мотивацией является необходимость создания условий для коррекции поведения индивидуумов в отношении своего здоровья в пользу «нормативно «правильного» выбора», то есть здорового образа жизни. Социальный контроль государства сначала выявляет разрыв/расхождение между отношением к здоровьесбережению самих граждан, порой целых групп, общностей, и «нормативных интересов общества», затем коррелирует их поведение, при этом насыщая рынок необходимыми товарами и услугами. Это можно сравнить с добровольными и недобровольными клиентами социальной работы, а опекаемые блага с методикой интервенции на начальных этапах социальной терапии, пока получатели этих благ не осознают их полезности и необходимости.

А.Я. Рубинштейн подчеркивает, что основная масса опекаемых благ производится в отраслях образования, здравоохранения и социального обес-

* Это не просто последовательность, а этапы зрелости взаимодействия человек – здоровье.

печения. Если переадресовать миссию опекаемых благ из экономической теории в социологию здоровья, социальной работы, социальной терапии, можно обнаружить сходные проблемы. Назовем некоторые: «нежелание потребителей платить за общественные блага (феномен «фрирайдерства»)», «нежелание производителей их создавать» [2].

Речь идет о необходимости преодоления одного из наиболее социально опасных проявлений в жизнедеятельности индивида – непоследовательного, противоречивого его существования в пространстве социальных ценностей. Здесь мы наблюдаем отставание в социализации, то есть осознанное неприятие или непонимание норм и правил взаимодействия человека и социума, восприятие общих норм как принуждения, насилия, вторжения в личную жизнь. Если брать сферу здоровья, так ведут себя люди с девиантными формами в привычках и поведении: алкоголизм, наркомания, табакокурение. Сюда можно отнести и отказ от профилактических мер – процедур диспансеризации, систематических медицинских осмотров, прививок. Прокомментируем это несколькими примерами. Проблема вакцинации детей и всего населения (в связи с обострением эпидемиологической ситуацией). Сколько сломано копий: «необходимо», «полезно», «целесообразно», «бесполезно», «вредно» и даже «опасно для здоровья». Подчеркнем, что дело усугубляется еще и тем обстоятельством, что очень часто речь идет о бесплатных услугах, не требующих от населения никаких затрат. Государству приходится прибегать к принудительным мерам («принудительному лечению») – требование соответствующих справок при трудоустройстве или поступлении в учебное заведение. Недавний опрос студентов Пермского национального исследовательского политехнического университета показал, что среди мотивов пройти вакцинацию 15% занимает именно указанное требование [3, с. 494].

Вполне правомерно отнести это и к ситуации обязательного прохождения флюорографии. В максимальной степени это относится к карантинным мерам в связи с COVID-19. С большими издержками для экономики людям предложили соблюдать элементарные правила самоизоляции. Но и тут подоспели увидеть в этом, помимо прочего, ограничение свобод.

К опекаемым благам в сфере охраны здоровья можно причислить законодательные ограничения продолжительности рабочего дня, детского, некоторых видов женского труда*, которыми многие склонны пренебрегать в со-

* И в этом случае облекая свое противодействие в форму борьбы за гендерное равноправие.

ответствии с пословицей «пока гром не грянет…». Беда в том, что слух у всех разный, и раскаты грома фиксируют, когда креститься бывает поздно.

Если обратиться к общепринятой дифференциации в обеспечении здоровья усилий здравоохранения, экологической политики, социальной защиты и поведения самого человека, снова подтвердится, что главное – позиция самих людей, их готовности к самодисциплине, к заботе о себе и близких, не стать причиной болезни других. И хотя может показаться сегодня, что главную роль играет медицина, системе здравоохранения не пришлось бы так перенапрягаться, если бы поведение людей было более самосохранительным. Вспоминается эстрадная песенка от лица нерадивого подростка: «Давай-давай меня перевоспитывай». Так и сегодня: «Давай-давай меня спасай, вылечивай». Впору сказать: «Сначала защитись сам!».

Может показаться, что теория и практика «опекаемых благ» противоречит субъект-субъектному подходу в социальном управлении от метаменеджмента до микросамоуправления. Неоднократно отстаивая эту парадигму применительно к социальной работе впротивовес субъект-объектному принципу, долгое время держащемуся даже в законодательных документах и многочисленных научных публикациях, я никогда не настаивала на равновеликом участии различных институтов, организаций, акторов в социально-психологическом вспомоществовании человеку в трудной жизненной ситуации.

Если мы согласны, что цель этого вспомоществования – достижение человеком социальной субъектности, то должны совпасть и в представлении *процесса* достижения этой цели. Всегда ведомый в роли «объекта» человек никогда не научится жить без «социальных костылей», не станет субъектом своей жизнедеятельности. Дорогу осилит идущий с максимальными собственными усилиями, а не верхом на везущем его (в любой вариации социального иждивенчества).

К нашему определению социальной субъектности, данному в 2008 г. [3, с. 297], логично добавить представление о ней как «интегральном качестве личности» [4, с. 331] с акцентом на автономности, определенной свободе действий, что невозможно без такого капитала, как здоровье.

Итак, барьером на сути немодального поведения может служить социальная субъектность индивидуума, его самоидентификация в пространстве своего и общественного здоровья.

На чем в этом случае необходимо сконцентрировать внимание? Обращение к категории социальной субъектности сегодня нередко в социогуманитарных исследованиях. Ей созвучны социолого-философские размышления о

человеке как субъекте самоконструирования Ю.М. Резника [5, с. 45]. Наряду с социальной автор предлагает исследовать «персональную структуру общества», которая создается в совокупности связей субъектов жизненных стратегий [5, с. 618][*]. Эвристичность данной концепции состоит, на наш взгляд, в том, что дает возможность структурировать/стратифицировать общество и по таким параметрам качеств человека: образованный – малообразованный; ответственный – безответственный; трудолюбивый – ленивый; добрые, открытые – злобные, патологические интроверты; девианты, подрывающие свое здоровье – адепты здорового образа жизни; наконец, здоровые – больные – инвалиды.

Для конкретизации позиции человека в его отношении к собственному здоровью небесполезен комментарий Ю.М. Резника к типологизации личностных жизненных стратегий Г. Мюррея, Г. Леарри и др.: адаптация, трансформация, актуализация, самоактуализация, которая как нельзя лучше подходит к разному отношению человека не только к своему здоровью вообще, но и в рамках здорового образа жизни. Г. Мюррей различает «актуализацию» (ориентацию на настоящее) и «самоактуализацию» (ориентацию на будущее с учетом настоящего) [5, с. 618]. Умение отнестись к своему здоровью с позиций *самоактуализации* можно считать квинтэссенцией и социальной субъектности, и *самоидентификации человека* в ощущениях своего здоровья, понимании путей его сохранения – восстановления – укрепления.

Социальная идентификация как процесс социально-психологического самоопределения основана: = на воображении, способности проникнуть в суть нормативных ценностей, моделей поведения различных групп, сообществ, чтобы понять, совпадают ли твои интересы, намерения, жизненные планы с видением и практикой какой-либо из них; = сравнение помогает эмпатично воспринимать проблемы, трудности людей твоего «социального этажа» во всех сферах жизнедеятельности от экономики до духовнокультурных высот, знать, у кого учиться или попросить помощи, с кем солидаризироваться в семейной жизни, профессии, политических ориентациях, наконец, быть полезным и значимым для других.

Самоидентификация может носить стихийный характер, проявляться в инстинктивном самосохранении. Утрата этого инстинкта реальна и не так уж редко встречается. Правильное течение процесса – от инстинкта к осознанной, стойкой самоидентификации с болезнью через превентивное самосохра-

[*] Приложение 8 (к главе 9) «Жизненные стратегии человека (опыт систематизации)» [5, с. 618–622].

нение. Очевидно, на этом основано определение здоровья в документах ВОЗ – не просто отсутствие болезни, но ее предупреждение и в случаях неинфекционных и инфекционных заболеваний, их более легкое преодоление.

Социальная идентификация, уже сложившаяся, реализуемая, носит характер целерациональный, имеет две, в нашем случае в связи со здоровьем, составляющие: = знания о болезни, основанные на научной диагностике и терапевтических практиках; = адекватное этим знаниям поведение: предупреждение болезни, преодоление болезни, долгосрочная, стабильная ремиссия.

Нередко, оценивая поведение человека, категорию самоидентификации сопоставляют с категорией самоопределения личности. На наш взгляд, это разноуровневые понятия. Например, я понимаю, что вхожу в состав определенной социальной общности по объективным показателям (то есть осуществляется акт самоопределения). Но принимаю ли я (не частично, ситуативно) нормы и ценности этой общности?

Женщина рождает ребенка, но становится ли она матерью не по формальным признакам, а эмоционально, функционально? И даже многодетная женщина может не состояться как многодетная мать, а тем более мужчина отцом. Человек может признать себя больным туберкулезом (тоже самоопределение), но при этом продолжить пить-курить, то есть не самоидентифицироваться со своей болезнью. Тем более возможно расхождение, когда речь идет о самоидентификации с болезнью другого человека, родных, близких, выражающейся в заботе, уходе, психологической поддержке. Современная семья в целом справляется с этой функцией. Но очевидна гендерная асимметрия. На тренинговых занятиях с детьми-инвалидами с ДЦП, аутизмом среди сопровождающих родственников почти не видно отцов. Очень часто причина прозаична, и дело не в большей их занятости. Многие отцы, не сумевшие идентифицировать себя с инвалидностью ребенка, уходят из семьи. Опросы выявляют, что немалое число семей с ребенком-инвалидом – фактически материнские монородительские. Корни такой позиции отцов – все в том же патриархатном стереотипе распределения родительских обязанностей, который и поныне не сдает своих позиций.

Уместно будет в этой связи упомянуть еще одну категорию – «социальный иммунитет» как невосприимчивость к чужой боли. В конкретном человеке может сочетаться индивидуальный иммунитет, защищающий от болезней, с отсутствием способности идентифицировать себя с болезнью других людей. Эгоизм, как и в любых других отношениях, пагубен для сохранения и индивидуального, и общественного здоровья. Отсюда двойственность таких

мер при пандемии, как жесткий карантин. Перекрывая путь распространению инфекции, он поневоле разъединяет общество, отсекая старшее поколение. Психологическое угнетение в изоляции объясняется не только ограничениями в передвижении и общении, но, главным образом, в возникающей искусственной «распределенности» семей. Для некоторых из них отчуждение может так и не преодолеться: ничто так не скрепляет людей, как совместно переживаемые эмоции в преодолении трудностей, выход из которых семья находит сообща. Конечно, сегодня есть технические средства, которые дают возможность увидеть и услышать друг друга, но не приласкать, потрепать по волосам внуков, прийти *немедленно* на помощь. Мало в какой семье нет противоречий, претензий, упреков друг к другу. Карантин усугубляет их действие, расхождения могут стать неопреодолимыми.

Признавая особую значимость идентификации со здоровьем/болезнью, нельзя упускать из виду два обстоятельства.

1. Исходя из принятой в социологии концепции уровневого подхода к определению зрелости идентичности, зависимости направленности и скорости процесса от накопленных человеком ресурсов – потенциала – капитала, можно предположить, что идентификация, в том числе и со здоровьем/болезнью, со временем, с изменением условий жизни, осложнением течения болезни может видоизменяться. Отсюда смена вех в поведении болеющего человека: с ориентации на выздоровление на пассивность, апатию. Можем утверждать, что идентификация (и рассматриваемая применительно к нашей теме) не приобретается на всю оставшуюся жизнь, лабильна, может иметь и обратимый характер. В этих случаях необходима технология импауэрмента в исполнении медиков, психологов, социальных работников, близких, различных видов самопомощи, самоорганизации.

Как любой ресурс – потенциал – капитал идентификацию надо развивать, укреплять, наращивать, иначе с ослаблением стареющего человека она может истаить, а именно в этот завершающий период жизни так важно грамотно, адекватно оценивать сигналы своего организма.

2. Нередко проявляются девиантные, отрицательные формы идентификации, когда больной эксплуатирует свое болезненное состояние, выторговывая себе некие поблажки и попустительства со стороны родных, близких, коллег, социальных служб. Так ориентированные люди искусственно затягивают выздоровление, симулируют осложнения. К этому прибегают наименее ресурсные индивидуумы (дети, старики), не связанные органично с другими

идентичностями, в частности профессиональными, или уклоняющиеся от социального осуждения, наказания.

Было бы большой ошибкой подменять категории идентификации и субъектности оценкой самим человеком своего здоровья/нездоровья. Квалифицируя эту оценку как субъективную, многие склонны не доверять ей. Действительно, на фоне большинства часто пренебрегающих симптомами заболевания (сомнительный подвиг «перенес на ногах» вплоть до инфарктов) немало людей, преувеличивающих значимость тех или иных признаков, находящих у себя симптоматику всех существующих болезней. Но, во-первых, субъективной (то есть, в определенной мере предвзятой) может быть и оценка врача, хотя бы с учетом возрастной шкалы заболевших. Нередко услышишь – «в пределах возрастной нормы», адресованное не только пожилым или инвалидам, но людям других возрастов. Прокрустово ложе стандартизированных диагнозов и предписаний, к сожалению, не редкость. Во-вторых, зачем врачи, начиная прием, спрашивают: «На что жалуетесь?» Значит, предполагают (очень часто не без основания), что оценка индивидуумом своего здоровья может быть объективной, впоследствии подтвержденной анализом и ходом выздоровления, другими словами, совпасть с профессиональным диагнозом. Поэтому вместо категории «субъективная оценка здоровья» лучше использовать категорию самоидентификации личности со своим здоровьем/нездоровьем/ болезнью/инвалидностью. Как более валидная она предполагает не только чувственно-эмоциональную оценку, но и знания о самой болезни, своем организме, причинах недомогания, сравнение самочувствия до и после заболевания, а также людей твоей профессии (не исключены профессиональные заболевания), сходного достатка, твоего возраста. Человек способен не только «ощущать», но и понимать.

Субъективность самооценки здоровья проявляется, как правило, в 3-х вариациях: 1) отрицание болезни (от сугубо соматической до социальной); 2) паническое преувеличение симптомов; 3) более или менее адекватное, регистрируемое и подтвержденное врачами. Обязанность медиков – верифицировать самооценку, предотвратить или пресечь попытки самолечения (что не означает тотального отказа от средств народной медицины, если они не могут навредить).

Самолечение, и это подчеркнем, не надо путать с самомобилизацией всех ресурсов организма. А этот механизм может быть «запущен» и алопатом, и гомеопатом, и знахарем, и близким человеком, переболевшим конкретным недугом.

Чтобы добиться не конгруэнтности, но хотя бы приближенной к реалиям самооценки здоровья, надо культивировать самопознание своего организма, не только «загадочной» русской/нерусской души, но и тела.

Примером субъективности в оценке здоровья, к которой должны прислушиваться не только медики, является большое исследование (декабрь 2016 – март 2017 гг.) связи хронических заболеваний и самооценки здоровья городскими и сельскими жителями Нижегородской области в рамках специальной региональной программы профилактических медицинских осмотров лиц пожилого и старческого возраста, находящихся на медицинском обслуживании в медицинской организации. Общий вывод: «Можно предположить, что сельские жители оценивают состояние своего здоровья с точки зрения ограничения в выполнении повседневных хозяйственных дел, а городские жители – с позиции ограничения в самообслуживании» [6, с. 310, 312]. Наш небольшой комментарий: оценки сельских пенсионеров отражают не только ослабление или лишение из-за нездоровья материального стержня, но разрушение привычного уклада, образа жизни. Городские жители, привыкшие к самостоятельности и определенной автономности своей жизни, ощущают депривацию именно в ограничении способности к самообслуживанию как символу своей независимости. И еще – как правило, эти субъективные переживания не коррелируют с какими-то конкретными болезнями.

Субъективность отношения к здоровью проявляется и в поведении человека «внутри болезни», оно не гомогенно и производно от указанных выше типов самооценки здоровья. Особенно опасно протекание по 2-му сценарию. Страх, паника, недоверие к предлагаемым разумным рецептам лечения активизируют сразу два девиантных (в соотношении с реальной картинкой болезни) способа смягчения ситуации: = отказ от лечения как признак утраты интереса к жизни; = демонстративная абулия, психологический вампиризм, прессинг не только на медиков, но родных и близких.

Социально-личностную стратификацию можно дополнить и этим критерием с анализом проявлений подобного поведения, его причин, мотивов, зависимости от внешней среды и внутренней ценностной ориентации человека. Это можно квалифицировать как разновидность семейного психологического, суперэгоцентричного насилия. Нельзя забывать, что у больного человека вряд ли появляются новые черты характера, поведения. Здесь мы имеем дело со случаем обострения, сочетанности прежних/обычных практик отношений внутри семьи с новыми обстоятельствами взаимодействия. В окружении

больного утверждается стойкое убеждение, комплекс вины: «не все сделали», «не помогли», «не спасли». Болезнь отступит, а эту «рану» время может не залечить. Урок: близкие люди не смогли, не сумели переориентировать больного на более высокий уровень самоидентификации в болезни и ее преодолении.

Как и в педагогике, и в социальной психологии, и в социальной работе мы должны изучать и ситуацию со здоровьем/заболеванием, и ее интерпретацию «клиентом», воздействовать на объективные условия возникновения ситуации/болезни, то есть опосредованно, и на изменение неадекватного восприятия ее заболевшим, то есть непосредственно, опасаясь реализации аксиомы У. Томаса: «Если люди определяют ситуации как реальные, то они реальны по своим последствиям» [7, с. 457]. Пренебрегая этой сентенцией или не зная о ней, врачи оказываются бессильными в помощи больному, искаженно воспринимающему свою болезнь.

В основе наших рассуждений трактовка категорий ресурс/ресурсность, потенциал, капитал в их последовательности применительно к такому компоненту биопсихосоциальной природы человека, как здоровье. Здоровье рассмотрим как позитивный показатель этих трех ипостасей человека, а «маршрут» взаимодействия указанных категорий как триаду: *формирование/поддержание – совершенствование/наращивание – реализации,* то есть последовательной конвертируемости ресурса в потенциал, потенциал в человеческий капитал, его конвертируемость в материально-экономический и социальный. В этой связи обратим внимание на процессность взаимодействия и на трех основных акторов – социума и его институтов; семью и как института, и как малой социальной группы; самого человека.

К сожалению, эта модель прогрессирующего восхождения от ресурса к капиталу имеет возрастное ограничение. Если в первой половине жизни, в большинстве своем, человек стремится научиться быть здоровым, то с определенного возраста (по-разному) перестает уметь это делать, разучивается, делает с большим трудом, потом периодически, в особых обстоятельствах. Следовательно, зачетные точки маршрута обратимы. «Нормы» здоровья подвижны. Из этого вытекает необходимость накопления такого запаса прочности, чтобы максимально продлить активную, самостоятельную, приносящую удовлетворение, радость себе и другим жизнь, долголетие, долгожитие, а не доживание.

Два процесса сопровождают здоровье человека: = естественная убыль этого ресурса с возрастом; = разное отношение и использование его.

Оба эти процесса – один в меньшей, другой в большей степени протекают при непосредственном участии человека.

Рассмотрим процесс ослабления/потери здоровья, старения, выделив три его проявления:

1. Естественные внутренние причины, внешнее воздействие.

2. Тормозящие факторы.

3. Провоцирующие, ускоряющие факторы.

1. Укажем следующие, на наш взгляд, значимые факторы/причины:

– врожденные заболевания;

– старение организма в его разных составляющих и с разной скоростью утраты здоровья;

– конкретные формы заболеваний/нездоровья;

– характер заболеваний, особенно хронических, неизлечимых;

– инвалидность;

– условия труда;

– экологические вызовы;

– вынужденная миграция;

– принудительная нисходящая мобильность;

– социальное неравенство.

Более подробно о его проявлениях как элемента внешнего воздействия, выражающихся:

– в экономической дифференциации;

– территориальном размещении (регион, город-село, большие-малые города);

– профессиональной квалификации;

– статусной стратификации;

– социальной функциональности/дисфункциональности;

– различиях социального самочувствия (от удовлетворения до чувства депривации);

– разницы социального опыта (в самореализации, семейной жизни, профессиональной и общественной деятельности);

– разнодоступности в реализации потребностей;

– разноресурсности социального и социокультурного капиталов;

– гендерной асимметрии;

– ценностных ориентациях (социальный паразитизм, иждивенчество vs самостоятельная жизнедеятельность).

2. Тормозящие факторы, способные перекрыть негативные внешние воздействия и повлиять на внутренние причины, отражающиеся в политике социума и действиях человека:

– полноценное функционирование института здравоохранения;

– здоровый образ жизни;

– здоровье – терминальная ценность;

– идентификация с болезнью;

– экономические ресурсы для использования дорогостоящих, более эффективных методик лечения, лекарств;

– удовлетворенность профессией как способ сохранения когнитивных способностей, статуса, успешности;

– семья как защита, сохранность эмоционально-психологического фактора здоровья, стрессоустойчивость семьи;

– наиболее полное удовлетворение потребностей для разных индивидуумов с разными акцентами по значимости – материальных, духовных, социальных (особенно в социальном признании, самообеспечении, самоактуализации) в комплексе;

– общая оптимистическая настроенность в течение всей жизни;

– нравственные ценности;

– адаптационность;

– умение концентрировать все (и скрытые) ресурсы для достижения смысложизненных целей;

– усилия социума по преодолению наиболее значимых проявлений социального неравенства;

3. Ускоряющие старение, ослабление и потерю здоровья:

– редуцирование здоровья как социальной ценности;

– саморазрушающее поведение, девиации в привычках;

– нелюбимая работа, вынужденная занятость;

– неудовлетворенные в долговременной ретроспективе потребности (с тем же комментарием, что и п. 2);

– отсутствие/неполнота/нелады в семье, ее дисфункциональность, ослабление родительского ядра, возрастание пространства нерезидентного родительства;

– социальное сиротство*, соотнесенное не только с детьми, оставшимися без попечения родителей, но и брошенными детьми и внуками стариками;

– психолого-эмоциональное выгорание;

– пессимистический настрой в восприятии мира;

– идеологема «авось»;

– самоинвалидизация, утрата жизненных сил;

– негибкость, догматизм, абсолютизация прежнего жизненного опыта;

– неправильные способы поддержания здоровья и лечения;

– инструментальная ценность здоровья, жизненные проблемы решаются за счет самоэксплуатации физического здоровья, сверхнапряжения физических сил;

– отсутствие ориентации на поддержание, расширение ресурсной базы здоровья;

– недоверие к официальной медицине и медикам.

Категория доверия – частичного доверия–недоверия важна сама по себе как предмет исследования медиков, психологов, социологов, социальных работников. Необходимо охватить различные формы его проявления, их устойчивость, обострение.

Одно из исследований ВЦИОМ в 2009 г. (140 населенных пунктов в 42 регионах) выявило в ответах на вопрос, «что, на Ваш взгляд, важно для поддержания здоровья?», только 64% респондентов, считающих позицию «регулярно посещать врача» как «важную» и «скорее важную» [9, с. 248]. Это можно расценить и как скрытое недоверие к медицине.

Казалось бы, доверие – всегда хорошо. Лучше, если это не слепое, некритичное доверие. Возможные негативные последствия: нередки случаи, когда могут прописать без необходимости сверхдорогое лекарство, назначить избыточные процедуры, вплоть до ненужного хирургического вмешательства, – это все побочные продукты коммерциализации медицины. Кроме того, в больных порой вселяют ни чем не обеспеченную уверенность в немедленном положительном эффекте лечения или лекарства. Некритичность восприятия – это уже верование, а не доверие.

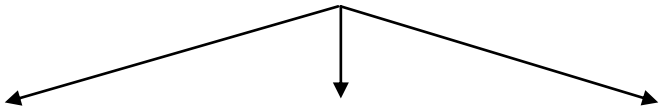
---

* Исследователи фиксируют новую разновидность социального сиротства – миграционное [8, с. 516]. Во многих случаях следствием трудовой миграции становится вынужденная неполнота семьи, дети трудовых мигрантов обречены на долговременное нерезидентное родительство**,** и не обязательно отцов.

Приступим к более детальному анализу некоторых категорий, имеющих прямое отношение к здоровью как ресурсу. Начнем с рассмотрения системы ресурса как такового, определяя цель его использования, объективные и субъективные факторы, критерии-показатели.

Цель использования любого ресурса, в том числе ресурса здоровья, – наращивание, сбережение, рациональная компетентная реализация, то есть последовательное превращение в потенциал, затем капитал.

Система ресурса



1-ая вертикаль:	2-ая вертикаль:	3-я вертикаль:
Объективные показатели динамики системы	Социетальные факторы, определяющие позитивный характер субъективных показателей	Субъективные критерии – показатели

1-ая вертикаль.

Укажем главные, равнозначимые показатели:

– законодательная легатимация;

– ценностно-нормативная база;

– экономическое обеспечение на всех этапах движения;

– социальная политика, поддерживающая и использующая ресурс;

– социальная политика («Национальные проекты») в определенной сфере жизнедеятельности общества, например, демографическая, семейная, образование, здравоохранение;

– организация труда, безопасные и здоровьесберегающие условия;

– культура труда; рынок труда*;

– возможность выбора способа реализации ресурса;

– социальная мобильность**, позволяющая расширить пространство действия ресурса;

---

* Не встречала работ, которые бы увязывали новые формы труда (фриланс, прекарность) именно со здоровьем человека: его ослаблением, хроническим характером, инвалидностью, которые естественным образом ограничивают участие человека во многих сферах организованной социумом профессиональной деятельности.

** В коллективной монографии, изданной Институтом социологии РАН в 2019 г., «Со-

– кадровое обеспечение реализации ресурса;

– благоприятная экология, экологичность среды применения ресурса;

– институциональная инфраструктура;

– социальная защищенность всех слоев населения;

– социальная безопасность;

– толерантное отношение к слаборесурсным слоям.

2-ая вертикаль критериев, подкрепляющих 1-ую вертикаль и служащая мостом для конструктивного действия субъективных факторов (3-ья вертикаль):

– доверие населения к власти;

– гражданское общество;

– диалог власти и народа;

– демократические основы принятия управленческих решений.

3-ья вертикаль – субъективные показатели системы ресурса и ресурсности системы:

– оценка ресурса, его состояния группами, общностями;

– осознание большинством данного ресурса как ценности (хотя и в двух вариациях – терминальной и инструментальной);

– социальная идентификация населения с данным ресурсом;

– стремление определенных слоев населения преобразовать ресурс в потенциал – капитал с опорой на собственные усилия, на помощь извне, в сочетании;

– ориентация на реализацию ресурса человека структурами и кадрами социальных институтов.

Обратим внимание на динамическое единство элементов любой системы: как на колесе обозрения кабинки-экраны движутся. Тот или иной элемент может выдвинуться на передний край, подняться над другими, но всегда должна сохраняться неразрывность цепи, утрата одного из звеньев (почти любого) грозит торможением или даже разрушением всей социальной конструкции. Риск такого развития существует постоянно по нескольким причинам: недооценка какого-либо звена; нехватка средств на системное обеспече-

---

циальная мобильность в усложняющемся обществе: объективные и субъективные аспекты» лишь один раз, не в комментарии, а только на рисунке 9.3. появляется «здоровье» среди 8 показателей удачно складывающейся жизни с 3.7 балла, как и у «образования», после семьи, личной жизни, жилищных условий [10, с. 272]. Никакой аспект мобильности не связывается с фактором здоровья, хотя не одно поколение миграции фиксировало в качестве причин смены места жительства внутри или вне страны – «за здоровьем», «из-за нездоровья», «ради здоровья».

ние; трудности реализации; историческое нетерпение приводит к свертыванию элементов, находящихся в стадии формирования и не доказавших пока свою эффективность; поиски панацеи, общего стандарта, на этом фоне преувеличение некоторых элементов обычно при торможении/угнетении других.

Схема системы ресурса здоровья та же, что и у любого ресурса: и цель, и набор критериев, поэтому особое внимание уделим признакам здоровья, их диссонансу или гармонии.

Существует мнение, что главный признак здоровья человека – его работоспособность. Это с позиции социума и самого человека (именно в такой последовательности, потому что конкретный индивид может быть ориентирован на паразитический образ жизни даже при отличном – по медицинским критериям – здоровье).

С нашей точки зрения, категорию работоспособности целесообразно разложить на следующие составляющие: человек физически – может, в нравственных императивах – должен, в психологическом – хочет. Снова отметим, что эти качества-интенции в конкретном человеке:

– могут сочетаться по-разному в разные периоды жизни. Есть присловие, что первую часть жизни человек живет за счет природных данных, а вторую – за счет ума. Нередко человек необдуманно, потребительски расходует, растрачивает свои физические ресурсы, физическое здоровье. Долженствование трудового образа жизни может восприниматься как давление, насилие – говорят, «работает из-под палки». Желание работать не вообще, а в своей профессиональной сфере, остаться в ней значимой единицей проявляют люди в возрасте 65+. Тут логично перейти ко второй специфичности работоспособности;

– человеческий организм с разной скоростью и степенью осложнений стареет, и сочетать желание, чувство долга и физические возможности становится на этом возрастном этапе все труднее. Но еще труднее это принять и уступить место следующему поколению;

– возрастает зависимость от института здравоохранения, хотя, как известно, сохранение здоровья, главным образом, зависит от образа жизни человека. И здесь обратим внимание, что успех взаимодействия человека заболевшего с врачом во многом зависит именно от субъективного фактора – доверия людей к медицине и медикам, фармацевтам, эмпатии и ответственности работников здравоохранения. Добавим, что доверие тоже необходимо характеризовать подробнее. Как писал Генрих Бёлль, «доверяйте своему аптекарю». Безусловно. Но доверие не отделимо от самодисципли-

ны. Сегодняшний день убеждает, что это едва ли не самый серьезный барьер на пути сохранения здоровья своего и своих близких. Безответственное, порой опасное поведение достаточно большого числа людей показывает, что, несмотря на все социологические замеры, которые выводят здоровье в верхние строчки жизненноважных ценностей, оно не выходит за рамки инструментальной ценности, то есть не имеет укорененности в образе жизни, превращаясь в дежурный застольный тост. Пьем за здоровье, за него, очевидно, и спиваемся;

– акцентируем внимание на таком критерии работоспособности, как обеспечение условий труда: режима, оплаты, охраны, соразмерности возрасту и здоровью, энергозатратности. Какой работодатель – от федерального министерства до малого предпринимателя наказан за нарушение основ трудовых отношений? Кто научно обосновал, что сегодня в вузе на одного преподавателя должно приходиться 13 студентов, а всего несколько лет назад соотношение было 1:7-8?

И еще. Говоря об общественном или индивидуальном здоровье, нельзя замыкаться только на перечисленных факторах и критериях ресурса здоровья. Это – открытая система, поскольку постепенно обновляющееся общество выявляет новые ресурсы объективных и субъективных характеристик усилий социума и человека. Здоровья никогда не будет много, это перманентно дефицитный ресурс. В этой связи снова подчеркнем, есть лишь один модальный, одобряемый и востребованный социумом способ: не разменивая только инструментально индивидуальный ресурс здоровья, перевести его в потенциал, затем в здоровье как капитал, обеспечивая его конвертацию в другие виды капитала. При этом нужно следовать эволюционным путем, не форсируя, «живя по средствам», то есть «по ресурсам», постоянно их умножать и совершенствовать.

Конвертируемость любого ресурса в ту или иную разновидность потенциала – капитала требует определенного управления этим процессом. Естественно, что этот трудоемкий переход по-разному, протекает у относительно здоровых и больных (нередко в осложненной форме людей).

Рассмотрим случай именно преодоления больным человеком этого пути конвертируемости, не абсолютизируя ни здоровье как потенциал, ни здоровье как капитал. Все относительно, но однозначен результат – человек жив, преодолел острую фазу болезни, способен или уже достиг необходитмой медико-социальной реабилитации, даже оставаясь инвалидом.

Среди акторов импауэрмента на всех этапах от профилактики – терапии – к долгосрочной ремиссии необходимы специалисты посттерапевтического сопровождения. Именно специалисты, потому что речь пойдет не только о медиках.

Практики медико-социального сопровождения имеют достаточно широкое поле деятельности: адресованы не только хронически больным, инвалидам, но и страдающим «социальными» болезнями – алкоголизмом, наркоманией, семьям в опасном социальном положении. Речь идет об абилитации или реабилитации, социально-психологическом патронаже/сопровождаемом содействии, раннем сопровождении или поддерживающем, восстанавливающем в зависимости от степени сложности, трудности жизненной ситуации и ресурсности человека и его семьи*.

Каковы цели методики сопровождения?

I. Диагностика ресурсности, меры идентификации с болезнью, инвалидностью, осознание социальной опасности положения; выявление преобладания внешней угрозы или самоагрессии.

II. Мотивирование на успех, преодоление сложностей адаптационного периода.

III. Обучение и развитие для формирования или восстановления жизнеобеспечивающей функциональности:

– в бытовом самообслуживании;

– в профессиональной сфере (как вариант – смена профессии, фриланс, удаленная работа, освоение цифровых технологий);

– в материальном обеспечении;

– в активном участии во внутрисемейных отношениях;

– в коммуникативно-эмоциональном взаимодействии с внешним миром.

Практики сопровождения руководствуются принципами:

– легитимности, законодательного основания;

– добровольности сотрудничества, согласия самого человека (в случае особой тяжести ситуации – его семьи, близких);

– доверия;

* По опыту социального патронажа Нижегородского областного центра социальной помощи семье и детям «Журавушка», только 11% кризисных семей успешно проходят социальную реабилитацию, остальные нуждаются в постоянной внешней поддержке [11, с. 4].

– этапности: от восстановления простейших умений самообслуживания до максимально возможной социальной субъектности; от плотной, надзорной модели интенсивного до «поддерживающего патроната»;

– сочетание заявительного и выявительного принципов.

Профессионалы сопровождения осуществляют свою гуманистическую миссию и в стационарных медицинских и социальных учреждениях длительного пребывания пациентов-клиентов, и на постгоспитальном этапе.

Примером первого варианта служит учреждение геронто-психиатрического обслуживания г. Эссена, которое входит в «Общество опеки пожилых и инвалидов» – крупнейшее объединение стационарных учреждений данного профиля Федеральной земли Северный Рейн-Вестфалия (Германия). Знакомство с работой этого учреждения входило в учебный план студентов-социологов и социальных работников факультета социальных наук ННГУ им. Н.И. Лобачевского, проходивших семестровое обучение в университете г. Эссена. Руководители учреждения – С. Гесслинг и М. Маннебах были участниками международных конференций, организованных в Нижнем Новгороде нашим факультетом. В своем выступлении они рассказали о системе терапии, уходе и опеке, концептуальных основах, условиях и участниках взаимодействия: клиент; родственник (опекун); специалист по уходу («собеседник и помощник в повседневной жизни, координатор информационного обмена»); геронтопсихиатр; терапевт; среда (внутренняя самого учреждения; сохранившиеся социальные контакты клиента; структурированное окружающее пространство).

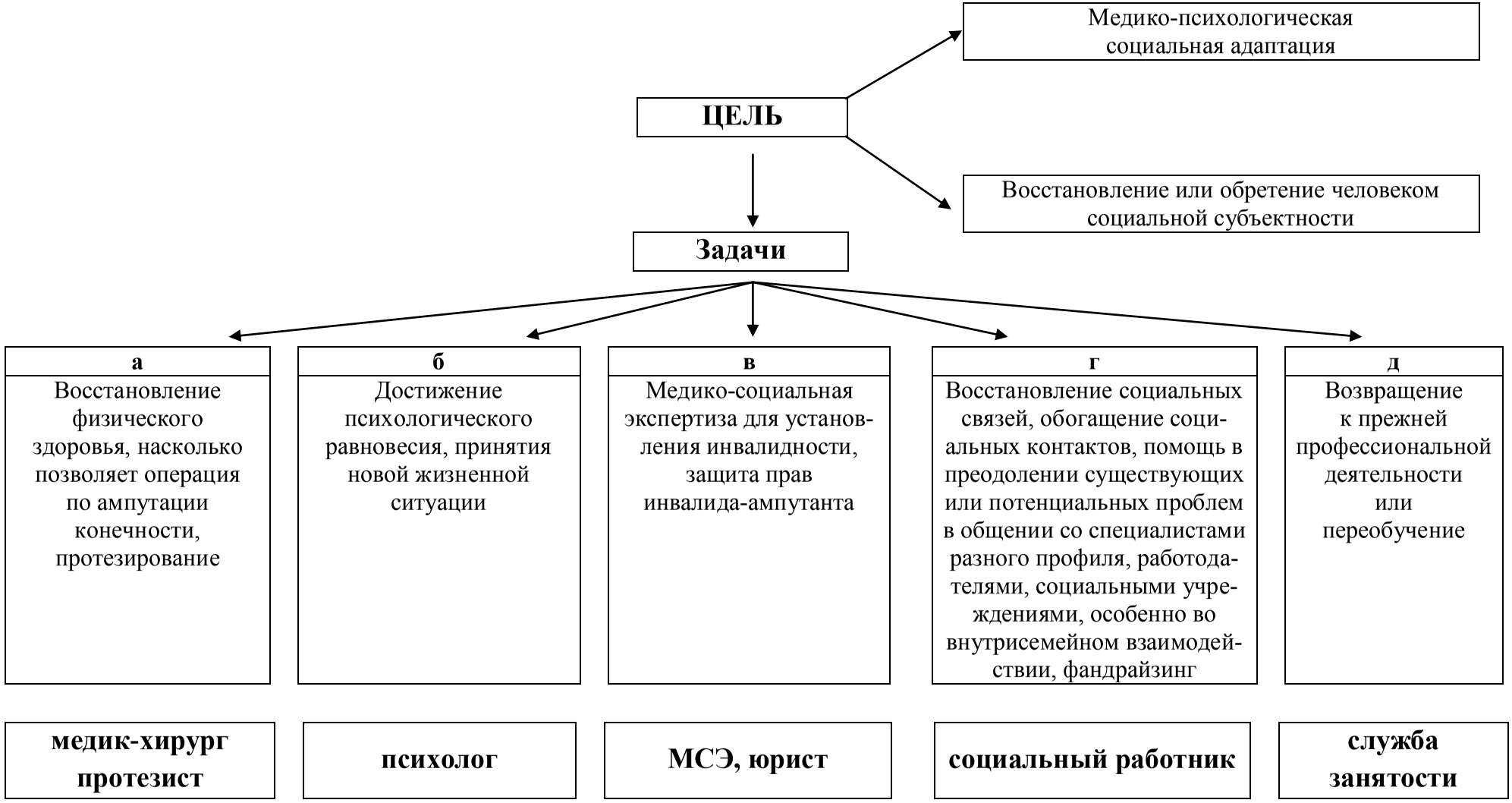
Специфика геронтопсихиатрического ухода и опеки очерчены следующим образом:

– привлечение различных профессиональных групп;

– сопровождение в осложненных жизненных ситуациях: овдовение, помещение в стационар, суицидальные мысли, паллиативный уход [12, с. 724–727].

Опираясь на опыт зарубежных коллег, кафедра общей социологии и социальной работы ФСН ННГУ им. Н.И. Лобачевского предложила модель Центра комплексного сопровождения инвалидов-ампутантов, которая была вынесена на обсуждение медиков, представителей администрации, СМИ, общественных и политических объединений.

ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ИНВАЛИДОВ-АМПУТАНТОВ



Команда

– медик-хирург
– протезист
– психолог
– представитель МСЭ
– юрист
– социальный работник
– представитель службы занятости

Такой состав команды, созданной социальным работником, – инвариант.

Следует предусмотреть возможность/необходимость создания команды+

Команда+

Терапевт
Невролог
Психотерапевт
Нарколог
Педагог
Семья
Волонтеры*
Представители социально ориентированных НКО**

---

* В 2016 г. состоялся учредительный съезд Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики».

** По докладу о состоянии гражданского общества в РФ, среди наиболее востребованных были НКО, действовавшие в сфере здравоохранения и медицины (27% в 2016 г.), их было 48 627 организаций из общего числа НКО 140 031 [14, с. 17, 95].

Категория «Команда+» имеет два объяснения:

1. Индивидуальное развитие постоперационного периода, адаптация к новым условиям жизнедеятельности могут потребовать привлечения других специалистов: например, педагога для детей-инвалидов; тренеров-спортсменов; бухгалтерских работников; преподавателей вузов. В этом свете «Команда+» – система открытая для пополнения другими специалистами помогающих профессий. Серьезную роль в организации подобных центров играют представители общественных и политических объединений.

2. Необходимый компонент, во многих случаях определяющий, – семья инвалида-ампутанта. Невключение ее в инвариант объясняется, по крайней мере, двумя обстоятельствами: а) человек может быть одиноким; б) семья, в силу своей малоресурсности или девиантного поведения, – плохой помощник своему попавшему в беду родственнику.

Рассматриваемая проблема предполагает акцентуацию и категории здорового образа жизни (ЗОЖ).

ЗОЖ – подпространство социального пространства [15, с. 53–54], и чем больше, шире это подпространство, создаваемое и оберегаемое и государством с его институтами, и человеком с его капиталами, тем надежнее и полнокровнее, здоровее индивидуально-социальное сообщество.

Изучением здорового образа жизни занимаются представители медицины, психологии, педагогики, социальные работники, правоведы, социологи. Опираясь на теоретические конструкты классиков социологии и современных отечественных и зарубежных исследователей, можно придти к выводу, что к совпадающему по основным положениям мнению социологи еще не пришли.

Встречаем такую точку зрения: ЗОЖ – «структурный компонент» здоровьесберегающего поведения [16, с. 96]. Только одно замечание: ЗОЖ не только сберегает здоровье, но направлен и на его восстановление, реабилитацию, абилитацию жизненных сил, например, в случаях преодоления врожденных пороков, развитие.

Приведем пример, на наш взгляд, расширительного толкования ЗОЖ. В 2000 г. в Республике Саха (Якутия) впервые в России была принята Доктрина здорового образа жизни, включающая 5 направлений: созидательный общественный труд; физическое здоровье; высокая образованность; духовность; здоровая природная среда [17, с. 343]. Скорее, это перечень условий или признаков осуществления ЗОЖ, к тому же он может пополняться, о чем свидетельствует название и содержание публикации, на которую ссылаемся, –

«Экологическое волонтерство в Якутии как направление здорового образа жизни».

В нашем представлении, ЗОЖ – социомедицинский процесс в условиях режима максимального благоприятствования, гарантированного социумом, формирования и поддержания самим человеком гармонии своих жизненных миров от ближайшего – семьи до благоприятной экологической среды. Отсюда главные функции ЗОЖ: превентивная, самосохраняющая, укрепляющая и развивающая сопротивляемость организма, оптимизирующая преодоление болезни. Последняя немаловажна, так как ЗОЖ необходим и присущ не только людям здоровым, но и хронически болеющим, и инвалидам разного анамнеза. Идеал достижимости, результативности – проникновение здорового начала в семью, трудовую и общественную деятельность, культурно-духовную сферу как способ реализации главной цели: здоровый человек – здоровая группа – здоровая общность – здоровый социум – здоровое государство. Еще раз подчеркнем: ЗОЖ – понятие социально-социетальное, достойное статуса национальной идеи.

Предложим следующую модель системы ЗОЖ:

Система здорового образа жизни				
Цели-ценности	Сферы реализации	Ресурсы социума	Социальные акторы и практики	Поведение человека

Цели-ценности, определяемые социумом и человеком:

– ЗОЖ – терминальная ценность;

– превенция заболеваний;

– забота о себе, долгожительстве, творческом долголетии;

– здоровье членов семьи, благоприятный психолого-эмоциональный климат;

– здоровье и благополучие близких, коллег, друзей;

– пролонгация профессиональной деятельности;

– функциональное долголетие, социальная полезность старшего поколения;

– устойчивое позитивное социальное самочувствие;

– сохранение своего жизненного мира;

– ответственность перед социумом;

– ответственность перед будущими поколениями;

– лепта в снижение социального неравенства, так как болезнь, особенно серьезная, затяжная, поглощает все материальные ресурсы семьи, человека,

перенапрягает его эмоционально-психологическую систему, отражается на коммуникационном поведении.

ЗОЖ – цель, процесс, результат, фактор биопсихосоциального качества жизни людей, групп, сообщества, социума.

Сферы реализации ЗОЖ:

– личностная самореализация;

– семья (семейный образ жизни);

– профессионально-трудовая;

– досуг, культурно-духовное развитие;

– общественная активность.

Ресурсы социума:

– уровень материального благосостояния, модальный для данного общества, профессии, образования и квалификации;

– высокий уровень развития и достижений наук о человеке;

– гарантия трудовой деятельности, занятости в различных ее формах, устранение профессиональных ограничений;

– современно оснащенная и территориально размещенная система здравоохранения;

– доверие населения к системе здравоохранения;

– доступность медицинских услуг;

– медсанчасть учреждений и предприятий;

– спортивные комплексы образовательных учреждений;

– досугово-спортивная инфраструктура, материально доступная значительной части населения;

– кадровое обеспечение медицинских учреждений, качество медицинского образования;

– пропаганда здорового образа жизни как основная миссия учреждений Минздрава, Министерства просвещения;

– реклама практик здорового образа жизни в системе образования и воспитания, в СМИ;

– развитость системы социально ориентированных НКО;

– доступное социальное пространство, дающее высокую меру свободы самореализации людей разного возраста, состояния здоровья, финансовых возможностей, содействие смягчению последствий социального неравенства (особенно детей); создание условий для мобильности населения (территориальной, трудовой, образовательной);

– развитая инфраструктура для *семейного* досуга и поддержания здоровья;

– медицинская культура населения;

– благоприятная экологическая обстановка, конструктивное взаимодействие человека и природы, забота об экологических оазисах городов (набережные для людей, водоемы, скверы, бульвары, парки, лесопарковые зоны);

– социальная компенсация материальных, квалификационных, общеобразовательных ресурсов мигрантов, интеграция их в систему здорового образа жизни;

– толерантный, неагрессивный характер человеческого взаимодействия.

Совокупные ресурсы социума должны обеспечить его готовность к упреждению, преодолению самых страшных барьеров и угроз здоровому образу жизни человека.

Социальные акторы и практики ЗОЖ:

– социум и его социальные институты *в полном наборе и функциональности;*

– гражданское общество и его институции;

– семья как институт и малая социальная группа с ориентацией на ЗОЖ;

– человек.

Практики формирования, поддержания, максимально полного осуществления жизнедеятельности на основах ЗОЖ многообразны. Их следует поделить на общественные и индивидуальные, хотя вряд ли в чистом виде существует индивидуально-личностное здоровье. Как минимум, личностно-социальное, а то и просто социального звучания. В случае распространения «социальных болезней» попадание в эти группы риска может приобретать и социетальный характер.

Общее требование к обеим формам практик – должны быть здоровьесберегающими, профилактирующими, регулярными, не вредящими здоровью вмешательствами в организм, не имитирующими, а реальными.

Поведение человека.

В этом разделе сначала выделим те аспекты поведения человека, которые выявляют его ценностную ориентацию на ЗОЖ:

– адекватная самооценка здоровья без обычных проявлений крайностей: недооценка, пренебрежение к симптоматике болезни, плохого самочувствия или алармизм, страхи, мнительность;

– адекватное представление о том, что такое здоровый образ жизни. Прокомментируем.

Обычно студенты трактуют ЗОЖ как стандартный набор: занятие спортом, отсутствие вредных привычек, правильное питание, полноценный сон,

защищенный секс. В исследовании отношения студентов ННГУ им. Н.И. Лобачевского к ЗОЖ в 2009 г. только биологи к этому перечню добавили конкретно «заботу о своем здоровье», «личную гигиену», «посещение врачей», «укрепление иммунитета», то есть проявили осознание ответственности за свое здоровье, добавив комплекс собственно медицинских практик [18, с. 276–277];

– отсутствие или преодоление вредящих здоровью привычек, зависимостей и созависимостей (от «традиционных» до новейших, привнесенных «цифрой»);

– иммунитет к манипулированию, избегание слепого следования советам непрофессионалов;

– понимание самостоятельной значимости этапов: превенция болезни – ответственное поведение «внутри» болезни – ремиссия;

– неабсолютизация физического здоровья. Не безусловна как преувеличение старая максима «В здоровом теле – здоровый дух». Здоровым духом может быть и слепо-глухой, и ампутант, и человек с хроническими недугами. Другое дело, что чем здоровее тело, тем объективно шире горизонт самореализации человека (хотя бы с позиций мобильности);

– грамотный подход к совладению с недугом – «самоменеджмент болезни», поиск своего врача [19, с. 140];

– оптимистическое социальное самочувствие, настрой на самостоятельное здоровьесбережение;

– позитивное внутрисемейное поведение, успешное родительство, ответственное отношение к старшему поколению;

– трудовой образ жизни, самообеспечение;

– здоровое питание;

– преодоление поверхностного понимания «жизненного успеха», как «сейчас и здесь». Ориентация на «сейчас и на долгие годы». «Успех» имеет несколько измерений: экономический, профессиональный, творческий, семейный/родительский, достигать их надо в сочетании. Если отсутствие какого-либо измерения не вызывает чувства депривации, значит, человек недооценивает какую-то сторону своей жизни, следовательно, ЗОЖ не полностью сформирован;

– информационная культура, цифровая компетентность, адекватный отбор, фильтрация, анализ информации на базе ценностных ориентиров социума, референтных групп;

– постоянное подержание ЗОЖ с проявлением «сознательной решимости» (М. Хайдеггер) [5, с. 132]. Важно не только целеполагание, но и усилия по реализации цели. ЗОЖ в этом аспекте можно рассмотреть и как ресурс здоровья, в максимальной степени зависящий от человека.

ЗОЖ – не панацея, может прерваться болезнью, стрессом, эпидемией, стихийным бедствием, социальным катаклизмом, даже ошибкой врача. Помнить, что ЗОЖ – элемент здоровой жизнедеятельности.

Каковы же наиболее часто встречающиеся отклонения от адекватного восприятия ЗОЖ, что тормозит последовательный переход ресурса здоровья через потенциал в капитал?

Остановимся более подробно на некоторых:

– как уже отмечалось, это прагматически-инструментальный подход к своему здоровью: самоэксплуатация здоровья для реализации определенных целей – сверхнапряжение, трудоголизм в работе; «сверхурочные», то есть выше необходимой нормы в различных видах деятельности, включая спорт, бытовое обслуживание, сексуальную невоздержанность; допуск девиантных форм поведения (агрессия, насилие в межличностных отношениях) и привычках (алкоголизм, наркомания, игромания, переедание, которые подрывают здоровье физическое и психологическое);

– некритичное использование, по сути, знахарских рецептов исцеления смертельно опасных заболеваний различными снадобьями при отказе от научно апробированных методик, слепое следование всяческим диетам ради сохранения моложавости, риски обращения к мошенникам – пластическим хирургам;

– бравада, неуместная в периоды эпидемий, надежды на наше «авось пронесет»;

– ложное представление о том, что поддержание хорошей физической формы – оберег от всех болезней (слова из популярной кинопесни «От всех болезней нам полезней – солнце, воздух и вода);

– зацикленность на физическом здоровье своем и близких, панические настроения, замкнутый образ жизни;

– расчет и надежды наиболее материально обеспеченных слоев только на зарубежную медицину/фармакологию, известная ее фетишизация.

Любое поведение человека в отношении здоровья и здорового образа жизни, в частности, определяется существующими представлениями об этих категориях нашей повседневной жизни. В 2006 г. в Уфе проводился социологический опрос 652 горожан. На вопрос, «Считаете ли вы *необходимым* (кур-

сив наш – З.С.) придерживаться принципов здорового образа жизни», ответы распределились: «да» – 78%; стоит придерживаться, но не это главное в жизни – 12%; 3,5% (из них 71,4% – мужчины) – вообще не волнует; 6,5% – не определились. ЗОЖ ассоциировался у респондентов с воздержанием от выпивки, курения и наркотиков, занятием спортом и «иметь полноценную духовную жизнь» [20, с. 382-383]. Заметим, что признать необходимым, к сожалению, не значит следовать ему.

Такое же, усеченное, представление о ЗОЖ выявилось и в недавнем мини-опросе в социальной сети «Вконтакте» с помощью анкеты в Гуглформате. Было опрошено 50 человек от 15 до 30 лет (67% женщин и 33% мужчин) по проблемам здорового образа жизни. Итог: почти 70% считают, что их образ жизни можно назвать здоровым лишь частично: употребление алкоголя (лишь 11% не употребляют) и табакокурение (50% не курят), регулярно занимаются спортом – только 3,7% [21, с. 497–498].

Категория ЗОЖ как объект социогуманитарных наук не утрачивает своей актуальности, о чем свидетельствуют множественные социогуманитарные публикации, защищаемые диссертации, масштабные конференции и форумы. Стоит отметить две международные научно-практические конференции в Нижегородском государственном университете им. Н.И. Лобачевского «Здоровье как ресурс» (2009 г.) и «Здоровье как ресурс: V. 2.0» (2019 г.), проведенные под эгидой Министерства науки и высшего образования РФ, Администрации Нижегородской области и Нижнего Новгорода, Академии гуманитарных наук, Нижегородского отдела Института социологии РАН, собравшие специалистов в первом случае 7 стран, 20 городов Российской Федерации, во втором – 13 стран, 28 городов РФ, 49 вузов, 31 организации (исследовательские центры, медицинские и социальные учреждения, НКО).

В феврале 2020 г. приказом Министра здравоохранения была утверждена «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики, контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года» [22]. Здоровый образ жизни определяется как «направленный на предупреждение возникновения и развития неинфекционных заболеваний и характеризующийся исключением или сокращением действия поведенческих факторов риска, к числу которых относятся употребление табака, вредное потребление алкоголя, нерациональное питание, отсутствие физической активности, а также неадаптивное преодоление стрессов». Цель принятой Стратегии – «существенное снижение смертности от неинфекционных заболеваний и увеличение

продолжительности жизни граждан Российской Федерации в долгосрочной перспективе» [Раздел II].

Отметим некоторые положения Стратегии:

– научная обоснованность мер формирования ЗОЖ;

– непрерывность и последовательность в реализации этих мер [Раздел III];

– необходимость разработки и реализации органами власти всех уровней программ общественного здоровья;

– повышение ответственности работодателей за здоровье работников;

– повышение эффективности преподавания основ ЗОЖ в школах;

– формирование культуры здоровья в различных возрастных и социальных группах;

– разработка и реализация мер по укреплению психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов (в том числе среди несовершеннолетних);

– *ранняя диагностика возраст-ассоциированных неинфекционных заболеваний* [Раздел IV] (Курсив здесь и далее наш, З.С.);

– обеспечение условий для ведения гражданами ЗОЖ, мотивирование [Раздел V];

– многостороннее взаимодействие органов власти, общественных организаций, профсоюзов, объединений работодателей, *организаций науки и образования;*

– *проведение прикладных и фундаментальных научных исследований в области общественного здоровья;*

– пропаганда ЗОЖ медицинскими работниками [Раздел VI];

– *увеличение обращаемости в медицинские организации по вопросам ЗОЖ;*

– *увеличение доли посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями до 51,5%* (к сожалению, не указаны сегодняшние показатели – З.С.) [Раздел VI];

Позволим себе только один, но важный, на наш взгляд, комментарий: среди акторов, призванных инициировать и реализовывать меры формирования ЗОЖ, не указана семья.

ЗОЖ обеспечивает действие социального инстинкта сохранения не только жизни, но и здоровья, здоровой жизни. Говоря *о социальном инстинкте,* мы имеем в виду его распространенность с возможно более широким охватом общностей.

Человек должен осваивать весь «горизонт возможностей» [23, с. 60], но нередко он успевает освоить лишь небольшую его часть: больные/инвалиды из-за ограничения недугом; здоровые – кто по незнанию/несформированности самоидентификации, кто по небрежению, кто из-за неправильно сложившейся ценностной системы, культурного выбора. Во всех случаях мы сталкиваемся с неадекватным управлением человека своим здоровьем как ресурсом. Девиантный способ реализации ресурса здоровья ведет не к его перерастанию в потенциал/капитал, а к его утрате.

Как же выглядит *образ здорового человека в общественном мнении и научном дискурсе?*

Включенного наблюдения достаточно, чтобы, не прибегая к другим методикам социологических исследований, с большой уверенностью утверждать: мы, как и в античные времена, акцентируем внимание и немалые средства на физическом здоровье, здоровье тела. Ни в одной другой области здравоохранения не культивируется «социомедицинская гомеопатия», то есть лечение по подобию. Нам постоянно демонстрируют эталоны тела и способы его обихаживания, я бы сказала, ублажения. В отличие от алопатии, здесь не принимаются во внимание ни возраст, ни профессия (некоторые требуют усиленного питания), ни климатические условия, ни наличие каких-либо болезней. Лишний вес, в соответствии с трендами мировой моды, объявили главным врагом здоровья человека. Действительно, патологическая полнота – знак тревоги, серьезных неполадок в организме, и с этим необходимо бороться медицинскими средствами с соблюдением всех мер безопасности. Но прописывая всем для регулировки работы кишечника ту или иную «активию», почему-то не сопровождают эту телерекламу бегущей строкой «Посоветуйтесь с врачом». Так фактически формируется у людей то самолечение, представление о панацее, стремление казаться, а не быть здоровыми, что справедливо табуируется ответственным здравоохранением.

Путь к здоровью, его сохранению лежит через самосовершенствование человека. Это должно стать нормативным поведением, а не призывы в прямом смысле к косметическому ремонту только оболочки.

Добавим, что история духовности, культуры дают примеры, когда здоровый дух побеждает немощное, нездоровое тело. Как правило, в мировое наследие цивилизации внесли вклад не физические атлеты, а люди таланта, самоотверженности, самопожертвования. «Сила есть – ума не надо» – тоже не на пустом месте родившаяся народная поговорка, осуждающая бездуховность физических параметров человека. *Только физически здоровый* человек амби-

валентен по природе – может защитить, но и уничтожить. Здоровый человек – не всегда позитивно социальная личность. Если грубо разделить все способности человека на физические и когнитивные, то очевидно, что мир новых технологий, предстоящее противоборство с искусственным интеллектом потребуют возрастания и напряжения когнитивных ресурсов/потенциала/капитала человека*.

Право на здоровье без всякой дискриминации содержится в международных пактах и хартиях ООН и трактуется как социальное право каждого человека на максимально возможный уровень физического и душевного здоровья [25, с. 404]. По сути эта же интерпретация и в статье 41 гл. П «Права и свободы человека и гражданина» Конституции Российской Федерации [26].

Перейдем к рассмотрению **здоровья как капитала**.

Здоровье как капитал		
Факторы-критерии	Цели-следствия	Предпосылки формирования

Факторы-критерии:

– гуманистическая, человекоориентированная направленность усилий сициума;

– жизнеощущение, чаще обозначаемое как социальное благополучие;

– жизнеспособные, конкурентноспособные ресурсы и резервы всех возрастных когорт;

– ожидаемая продолжительность жизни;*

– в основе демографической политики – качество здоровья рождаемых поколений;

– доступность, расширение социального пространства для жизнеобустройства и жизнедеятельности человека во всех сферах социума: экономической, социальной, политической, духовной;

– социальная защищенность применительно к здоровью.

Следует подчеркнуть всеобщий характер социальной защищенности, распространяемой на все возрастные группы населения, все сферы и виды жизнедеятельности человека, атрибутивность образа жизни большинства, социальную психологию общности, субъект-субъектное взаимодействие всех

* Весьма полезна для пополнения багажа наших знаний о человеке и обществе, человеке и мире книга Ю.Н. Харари [24, с. 44–45; 74–76].

* С 2012 г. ООН утвердила 20-е марта Международным днем счастья. Международный индекс счастья измеряется по ряду параметров, среди которых один имеет прямое отношение к здоровью – «ожидаемая продолжительность жизни» [27].

акторов (социальных институтов, общностей, малых групп, личности) [28, с. 294–295, 298]. Не будет преувеличением утверждение, что или защищенность всех и для всех, или ни для кого. Особенно это актуально в период массовых эпидемий, пандемии. Высокие заборы, карантин – меры сопутствующие, преграждающие, но не гарантирующие безопасность, защищенность от заболеваний.

Цели-следствия:

Сохранение, накопление, преумножение, конвертируемость в другие виды капитала:

– семейный;

– образование;

– ценностный;

– адаптационный;

– профессиональный;

– культурно-когнитивный;

– эмоционально-психологический;

– экономический;

– политический;

– духовный.

Данные виды капитала не следует замыкать в рейтинговую шкалу. Несмотря на то, что, например, экономический капитал играет постоянно значимую роль, ни одним из перечисленных видов капитала нельзя пренебрегать, оставлять без внимания, не заботиться о нем. В периоды ослабления здоровья больше других может стать востребованным адаптационный капитал в совокупности с психологическим: стрессоустойчивость, самодисциплина, принятие новых жизненных ситуаций.

Запас физического капитала спасет в период реабилитации после серьезных травм, ранений, эмоциональных потрясений. Когнитивный капитал следует включить для оценки серьезности эпидемий, способности анализировать обстоятельства применительно к собственной болезни, понимания и оценки сопротивляемости болезням своей семьи, близких. Невежество, нежелание приложить интеллектуальные усилия никогда еще никому не помогали. Это сказал К. Маркс, и этому можно верить.

Предпосылки формирования:

– зрелый уровень развития социального государства, социальное законодательство;

– экономический потенциал страны, территории;

– социальная политика;

– система здравоохранения с оптимальной, территориально обеспечивающей инфраструктурой.

Время сказать о параллельно действующем с государством коммерческом секторе оказания медицинских услуг, во многих случаях более оперативно и гибко реагирующем на запросы населения. Обратим внимание на небесспорные черты коммерческих медицинских учреждений, вызывающие определенное недоверие, а то и неприятие у людей: 1) часто одни и те же специалисты задействованы в обоих секторах, что, очевидно, ограничивает использование новых методик и лекарств; 2) коммерческий сектор в здравоохранении не только обнажает экономическую дифференциацию, но и консервирует ее, а то и обостряет; 3) ограниченность государственного контроля; 4) разочарование после выявления несоответствия качества платных услуг ожиданиям пациентов.

– медицинское образование;

– человеческий фактор (в частности, накопленный ресурс – потенциал здоровья);

– медико-фармакологическая реклама.

Немного подробнее о структуре рекламы:

1) печатная, распространяемая в лечебных учреждениях;

2) на различных носителях городской инфраструктуры: растяжки, реклама на транспортных средствах;

3) реклама на телевидении во всем ее разнообразии от специализированных постоянных передач до рекламных роликов.

Рекламируются медицинские учреждения различных видов собственности и административного подчинения; медицинские услуги; препараты и лекарства, новейшие технологии, методики. Нередки рассказы о конкретных специалистах, профессиональных конкурсах медиков, все чаще транслируются их самопрезентации.

Реклама призвана содействовать повышению медицинской культуры населения, в том числе культуры применения различных препаратов и лекарств. Что сегодня в «сухом остатке» от этих роликов? Два полюса: «Зачем переплачивать? VS «На здоровье не надо экономить!». А на что следовало бы обращать внимание телезрителей? Прочитайте инструкцию, там указаны длительность курса лечения, способ приема лекарства, срок его годности, совместимость с другими препаратами, побочные эффекты.

Изучая предложенную модель здоровья как капитала уместно еще раз обратиться к значимости такого интегрирующего показателя его сформированности, как здоровый образ жизни в качестве целеполагания количественно значимой части социума, его способности предотвращать, минимизировать последствия эпидемий и пандемий, сохранить запас прочности самосохранения нации, населения, государства.

Неправильная реализация ресурсности не позволяет последовательно перетечь в потенциал – в капитал. Нарушается порядок следования спортивным командам: «Внимание! (ресурс) – «На старт» (потенциал) – «Марш» (капитал). Неадекватная реализация может принять форму «фальстарта», когда «бегун» начинает «забег», не накопив достаточных ресурсов, естественно преобразовывающихся в потенциал. Ошибки, необоснованные скорости поэтапного прохождения дистанции в случае с ресурсом здоровья могут дорого обойтись человеку, стать угрозой жизни.

Есть ли критерии/замеры/определения, когда преждевременно, когда вовремя, когда время упущено?

Обобщенный критерий адекватной реализации маршрута может выглядеть так – максимальное расширение социального пространства самореализации, самосовершенствования личности. И это не индивидуальный успех, а социетальный показатель зрелости социума. К месту можно процитировать и поспорить с мнением немецкого врача Эллиса Хубера: «Здоровье представляет собой индивидуальное благо, тогда как болезнь представляет собой как индивидуальную, так и социальную проблему» [29, с. 664]. Может быть, многие беды периодов эпидемий и пандемии происходят не только из-за неготовности национальных систем здравоохранения решать социальные проблемы нездоровья, но, главным образом, из-за недооценки значимости здоровья как терминальной ценности и социумом, и самим человеком.

Состояние общественного здоровья и института здравоохранения, накопленный багаж научных знаний, совершенствование социальной статистики позволяют расширить пространство дальнейших теоретических и эмпирических исследований этой сферы жизни человека, определяют непреходящую их актуальность.

Новые информационные, цифровые и биотехнологии, профессии и даже отрасли знаний повышают значимость человеческого измерения современных производительных сил. Замена мускульной силы когнитивной не снимает нагрузки на здоровье человека. Ресурс здоровья должен стать его капиталом, чтобы дать возможность реализации права на жизнь, и достойную жизнь, са-

моосуществления, удовлетворения растущих потребностей, чтобы соответствовать требованиям рынка труда и трудовых отношений, компетентно ориентированного образования, экономически позитивных взаимодействий человека и природы, эгалитарных и ответственных критериев семейных организаций, качественного демографического роста.

У социума по-прежнему остаются главными ресурсами оздоровления населения:

– здравоохранение как социальный институт;

– медицина как научное познание человека и практики терапии;

– межинституциональное взаимодействие (прежде всего, труда, образования, социальной защиты и помощи);

– материальная основа жизни населения;

– экологичность среды обитания;

– усилия самого человека, его здоровый образ жизни.

Генерализующая роль социального государства – пройти маршрут ресурсы – потенциал – социогуманитарный капитал здоровья населения как высшей цели и ценности в долгосрочной, устойчивой перспективе, как закон сбережения здоровья народа, то есть всех и каждого. Нельзя допустить развития другого сценария, смещения цели медицины с превенции болезней и лечения больных на «усовершенствование здоровых», создание привилегированной элиты, «разделения человечества на биологические касты», использование медицины как «апгрейд неравенства» [30, с. 404, 405, 407]. Медицина должна оставаться средством здравоохранения человека и человечества.

Ресурс здоровья должен иметь нормативный для данного общества и времени набор качеств и *быть управляемым,* чтобы *здоровье стало ресурсом* гармоничной самореализации человека, необходимой длительности его жизни с максимально возможной полнотой удовлетворения комплекса потребностей.

Список литературы

1. Саралиева З.Х. Структура и качество семейной экосистемы // Семейная экосистема человека: монография / З.Х. Саралиева, Г.Л. Воронин, С.А. Судьин, Д.А. Шпилев и др. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. С. 14–24.

2. Рубинштейн А.Я. К теории рынков опекаемых благ // Вестник РУДН. Серия: Экономика. 2011. № 5. С. 298–307.

3. Лазукова Е.А. Что думают студенты о здоровье // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 492–495.

4. Старикова М.М. Здоровьесохраняющее поведение пожилых людей как показатель их социальной субъектности // Здоровье как ресурс / Под общей ред. проф. Саралиевой З.Х. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2010. С. 330-336.

5. Резник Ю.М. Феноменология человека: бытие возможного. Монография. – М.: Канон+РООИ «Реабититация», 2017. 632 с.

6. Сабгайда Т.П., Эделева А.Н. Самооценка состояния здоровья городскими и сельскими жителями пенсионного возраста // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 310–312.

7. Козер Льюис. Мастера социологической мысли. – М.: Норма. 2006. 513 с.

8. Козак С. Проблема патологии в производственной среде (психологический и социокультурный аспекты) // Здоровье как ресурс / Под общей ред. проф. Саралиевой З.Х. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2010. С. 514–517.

9. Крухмалева О.В., Савина Н.Е. Самооценка россиянами своего здоровья и формирование установки на здоровый образ жизни // Здоровье как ресурс / Под общей редакцией проф. Саралиевой З.Х. – Н. Новгород: Издательство НИСОЦ, 2010. С. 247–250.

10. Социальная мобильность в усложняющемся обществе: объективные и субъективные аспекты [монография] / [В.В. Семенова и др.]; отв. ред. В.В. Семенова, М.Ф. Черныш, П.Е. Сушко. ФНИСЦ РАН. – М.: ФНИСЦ РАН, 2019. 512 с.

11. Методический сборник «Вместе мы можем больше. Социальное сопровождение семей с детьми, находящихся в социально опасном положении». Авторы-составители: С.Н. Гринберг, Е.В. Дерябина, Е.Ю. Михайлова, Е.М. Швецова. Нижний Новгород. 2019. 126 с.

12. Гесслинг С., Маннебах М. Опека лиц, страдающих деменцией, в условиях стационарного учреждения // Здоровье как ресурс / Под общей редакцией проф. Саралиевой З.Х. – Н. Новгород: Издательство НИСОЦ, 2010. С. 724–727.

13. Потеря конечности – не приговор // «Российская газета» (17.01.2020).

14. Доклад о состоянии гражданского общества в Российской Федерации за 2016 год. – М.: Общественная палата Российской Федерации, 2016. 258 с.

15. Бурдье П. Социология социального пространства. – М.: Институт экспериментальной социологии; СПб.: Алетейя, 2007. 288 с.

16. Татарова Г.Г., Чиркова А.В. О методических проблемах изучения здоровьесберегающего поведения // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 95–98.

17. Алексеева Г.Г. Экологическое волонтерство в Якутии как проявление здорового образа жизни // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 342–345.

18. Максимова М.Л. Здоровый образ жизни в представлениях студентов ННГУ // Здоровье как ресурс / Под общей редакцией проф. Саралиевой З.Х. – Н. Новгород: Издательство НИСОЦ, 2010. С. 275–277.

19. Готлиб А.С. Управление болезнью как новая форма заботы о себе в современной России // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 137–141.

20. Бикметов Е.Ю., Гумерова З.Ж. Здоровьесберегающие технологии как фактор совершенствования образовательного процесса // Здоровье как ресурс / Под общей редакцией проф. Саралиевой З.Х. – Н. Новгород: Издательство НИСОЦ, 2010. С. 380–384.

21. Левова Н.В. Здоровый образ жизни в системе ценностных установок современной российской молодежи // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 496–498.

22. Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года. URL: https//www.garant.ru/priducts/ipo/prime/doc/73421912/#review (Дата обращения: 05.05.2020).

23. Харари Ю.Н. Sapiens. Краткая история человечества. – М.: Синдбад, 2020. 520 с.

24. Харари Ю.Н. 21 урок для XXI века / перевод с англ. Ю. Гольдберга. – М.: Синдбад, 2019. 416 с.

25. Линдауэр Г. Право на здоровье и на меры его сохранения // Здоровье как ресурс / Под общей редакцией проф. Саралиевой З.Х. – Н. Новгород: Издательство НИСОЦ, 2010. С. 403–406.

26. Конституция Российской Федерации. URL: http://constitution.ru (Дата обращения: 29.06.2020).

27. World Happiness Report 2020. URL: hhtp://worldhappiness.report (Дата обращения: 12.03.2020).

28. Саралиева З.Х. Система социальной работы: Монография. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2008. 315 с.

29. Ляйбольд Ш., Соловьева С.В. Здоровье как товар? Экономические и этические границы экономизации и приватизации системы здравоохранения в Германии // Здоровье как ресурс / Под общей ред. проф. Саралиевой З.Х. – Н. Новгород. Изд-во НИСОЦ, 2010. С. 660–664.

30. Харари Ю.Н. Homo Deus. Краткая история будущего. – М.: Синдбад, 2019. 496 с.

HEALTH AS A RESOURCE – A RESOURCE FOR HEALTH

Z.H. Saralieva
Doctor of History, Professor, Professor, Department of General Sociology and Social Work,
Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

The analysis of health as the terminal value of society and the individual, inter-institutional interaction between health care and other social institutions, the categories of «resource system», «healthy lifestyle system» and «social significance of individual health». Special emphasis is placed on a person's own contribution to the process of developing a health resource into his or her potential, capital and behaviour in terms of disease prevention – its therapy – long-term remission, self-preservation and health saving.

Keywords: health, health resource, health care, social institutions, potential, capital, healthy lifestyle, self-identification, value system.

ЗДОРОВЬЕ И ПРАКТИКИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ: МЕЖКОГОРТНЫЙ АНАЛИЗ*

С.А. Судьин
Доктор социологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

На основании результатов двух исследований проведен сравнительный анализ практик здоровьесбережения и образа жизни подростков возрастной группы 15–18 лет, опрошенных, соответственно, в 2000 («миллениалы») и 2018 гг. («поколение «Z»).

Ключевые слова: «миллениалы», «поколение «Z», здоровье населения.

В данной главе представлен сравнительный анализ различных поведенческих практик в сфере здоровьесбережения представителей «поколения миллениалов» – то есть, когорты лиц, рожденных в период с 1982 по 2000 г. и представителей «поколения Z», родившихся уже в XXI веке.

Прежде чем приступить к основному содержанию, необходимо сделать небольшое отступление, связанное с использованием нами вышеупомянутых терминов. Феномены «поколения X», «поколения Y», «миллениалов» и, в особенности, «поколения Z» являются весьма популярным предметом социально-психологических исследований, в основе которых лежит представление о наличии определенных и почти объективных характеристик, детерминирующих специфику их самовосприятия и взаимодействия с окружающим миром. Эти особенности касаются когнитивного, ценностно-мотивационного, эмоционального и деятельностного компонентов личности, формирующихся под влиянием внешних и внутренних факторов, вклад которых в формирование целостной поколенческой картины не поддается количественной оценке. Итогом всей этой работы становится формирование расхожих мифов об уникальности представителей «поколения Z», зачастую не выдерживающих эмпирической проверки. Детальный обзор исследовательских перспектив представителей «поколения Z» и сложившихся вокруг них мифов представлен в работе коллег из НИУ ВШЭ [1].

Тем не менее, столь пристальный интерес к социально-психологическим, ценностно-мотивационным и поведенческим характеристикам представителей различных поколений хотя и налагает определенные обязательства, одно-

* Выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Нижегородской области в рамках научного проекта №18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной нижегородской семьи».

временно дает и возможность соотносить полученные данные с результатами исследований в смежных областях гуманитарного знания. Отметим, что в рамках данной главы мы не ставим своей целью углубление знаний или дальнейшее развенчивание мифов о поколении Z и иных возрастных когортах. Использование популярных терминов «поколение Z» и «миллениалы» не предполагает в нашем случае глубоких коннотаций, призывающих к активизации научной дискуссии вокруг этих вопросов, и служит лишь для характеристики выборок в разное время принявших участие в исследовании.

Объяснительный потенциал теорий о «поколении Z» раскрывается в том, что несмотря на явно конструкционистский характер межпоколенной границы, совпадающей с рубежом двух тысячелетий, представители обеих когорт обладают видимыми социально-психологическими различиями, обусловленными особенностями социально-культурного контекста, в котором происходило их взросление. Эти периоды вместили в себя и драматические последствия трансформаций 90-х годов XX века, и относительно спокойные и благополучные «нулевые». Динамика социального, экономического, политического и культурного контекста разворачивалась на фоне нарастающей глобализации и технического прогресса, до неузнаваемости изменивших нашу повседневность. Эта новая повседневность, трансформируя привычные практики, генерирует новые риски и меняет облик поколений. Исследование межкогортных различий позволяет дать количественную и качественную характеристику не только самих представителей этих когорт, но и процессам, определяющим эту динамику.

Центральной темой главы является анализ различий поведенческих практик в отношении своего здоровья с акцентом на их девиантных проявлениях: курении, алкоголизации, наркомании. Динамика показателей вовлеченности представителей двух когорт в эти процессы рассматривается с точки зрения трансформации социально-культурного контекста их функционирования и социально-психологических характеристик самих поколений.

Таблица 1

Самооценка подростками уровня своего здоровья, 95% доверительный интервал, %

№	Варианты ответов	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Очень хорошее	6,8	10,2	20,0	25,2
2	Достаточно хорошее	21,0	26,3	30,1	36,7
3	Нормальное	42,5	48,5	26,6	32,4
4	Удовлетворительное	18,1	23,1	11,5	15,6
5	Очень плохое	0,9	2,6	0,4	1,8
	Итого:	100,0		100,0	

Исследование самооценки уровня здоровья является наиболее очевидным способом измерения его динамики. Несмотря на выраженный субъективизм данного параметра, в нем находят отражение как непосредственное восприятие собственного самочувствия на протяжении длительного времени, так и сравнение с состоянием здоровья окружающих по наблюдаемым индикаторам, например, частоте и тяжести болезней или переносимости физических нагрузок.

Исходя из исследования самооценки здоровья, можно отметить весьма позитивную картину, соответствующую прогнозным сценариям ВОЗ, согласно которым родившиеся в 2005 г. проживут на несколько лет больше тех, кто родился в середине 90-х г. XX века. Как видно из представленной таблицы, почти четверть представителей поколения Z оценивают свое здоровье как очень хорошее, еще треть – как достаточно хорошее, в то время как среди миллениалов таковых 8% и 24% соответственно. Большинство миллениалов (45,5%) склонны оценивать свое здоровье как нормальное. Похожая картина сохраняется и в оценках на отрицательном пространстве континуума. Лишь 13% представителей поколения Z оценивают свое здоровье как удовлетворительное, в то время как среди миллениалов таковых оказалось больше 20%. Различия в оценках своего здоровья как очень плохого оказались минимальными и статистически незначимыми: логично предположить, что речь может идти о каких-то серьезных заболеваниях, имеющих примерно постоянное распределение в популяции. Если говорить о хронических заболеваниях, то об их наличии у себя сообщили 22% миллениалов и 20% респондентов поколения Z. Отметим, что это различие статистически незначимо, однако схожесть этих данных свидетельствует о постоянстве показателя и отсутствии его негативной динамики. При этом отметим еще раз, что речь идет о самооценке подростками своего здоровья, и анализ данных медицинских обследований мог бы дать иную картину.

Чтобы не быть голословными, приведем официальные данные медицинской статистики по некоторым группам заболеваний за 2005 и 2018 гг. для лиц в возрасте 15-17 лет. Данные по 2005 г. будут отражать статистику по миллениалам, 2018 г. – по представителям поколения Z. Отметим, что речь идет о случаях заболеваний, зафиксированных впервые.

Таблица 2

Заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет в 2005 и 2018 гг.

Группы болезней	2005		2018	
	Всего (в тыс.)	на 100000 лиц в возрасте 15-17 лет	Всего (в тыс.)	на 100000 лиц в возрасте 15-17 лет
	7730,2	**111452**	**5737,3**	**136020**
инфекционные и паразитарные болезни	292,3	3982,1	144,2	3419
новообразования	21,7	312,9	22,2	526,4
болезни крови, кроветворных органов	46,7	867,4	36,6	867,4
сахарный диабет	1,1	15,7	1,3	29,8
ожирение	20,1	289,2	32,2	762,9
болезни нервной системы	212,8	3068,5	159,5	3781,1
болезни системы кровообращения	100,4	1447,3	65,7	1557,7
болезни органов дыхания	3600,4	51910	2946,6	69858,7
болезни глаза	322,2	4645,6	264,8	6277,4
болезни органов пищеварения	412,4	5945,3	265,3	6289,9
болезни мочеполовой системы	375,9	5420,1	229,2	5433,3
врожденные аномалии, хромосомные нарушения	21,6	312	12,5	297,3
травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	840,5	12118	735,6	17438,6

Несмотря на то, что абсолютное здоровье встречается все реже и превращается в некую идеальнотипическую конструкцию, нельзя не отметить положительной динамики по большинству из представленных в таблице пунктов. Так, заметно снизилась заболеваемость инфекционными[*] и паразитарными болезнями, что является очевидным следствием расширения программ по вакцинации населения и появления новых более эффективных препаратов. Обнадеживающие результаты можно видеть и в группе болезней системы кровообращения, органов пищеварения, нервной и мочеполовой систем. Случаи активного туберкулеза и заражения наиболее одиозными ЗППП в данной возрастной группе не превышают тысячи случаев в год и демонстрируют положительную динамику.

В контексте поведенческих практик поколения Z, погруженного в планшеты и смартфоны, следовало бы ожидать ухудшения показателей в группе

[*] В контексте ситуации, сложившейся к моменту подготовки монографии, необходимо отметить, что все исследовательские данные были собраны до пандемии COVID-19. Несмотря на низкую контагиозность и относительную безопасность протекания этой инфекции у детей и подростков, можем предположить определенную негативную коррекцию показателей по данной группе болезней в 2020 г.

глазных болезней. Однако здесь более выражены не межкогортные, а внутрипоколенные различия: зрение у детей ухудшается по мере наступления подросткового возраста и увеличения количества времени, проводимого за компьютером. О том, что жить в целом стало лучше, свидетельствует негативная динамика таких болезней, как ожирение и сахарный диабет – традиционных спутников экономически благополучных обществ, способных обеспечить своим гражданам избыточное питание в условиях низкой двигательной активности.

Нельзя не обратить внимания на относительные показатели здоровья, так же приведенные в таблице. Легко заметить, что уменьшение абсолютных величин заболеваемости по основным нозологическим группам в большинстве случаев не только не приводит к уменьшению их относительной представленности на 100000 подростков, но в ряде случаев заметно ее увеличивает.

Для социологов и демографов эти цифры свидетельствуют, прежде всего, о драматическом различии в численности подростков обоих анализируемых поколений. Подростки-миллениалы – дети последнего советского бэби-бума, значительно превосходили по численности нынешних представителей поколения Z. Можно предположить, что и в этом кроется их стремление к индивидуализму как компенсация недостатка потенциальных коммуникативных партнеров, разделяющих их интересы в условиях плюрализации жизненных стилей и сценариев. Это является дополнительной иллюстрацией важности интеграции целей национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

Что делали миллениалы для сохранения здоровья и на какие жертвы ради него готовы пойти представители поколения Z? Сравнительный анализ практик здоровьесбережения между представителями миллениалов и поколения Z представляется важным в силу нескольких причин. Прежде всего, изменение субъективной ценности здоровья как ресурса отражает динамику восприятия индивидом собственной социальной субъектности и разнообразие потенциальных социальных ролей. Демонстрация более здоровых поведенческих практик на уровне целого поколения будет свидетельствовать о наличии благоприятных структурных условий для реализации собственного потенциала и наоборот. Таким образом, анализ практик здоровьесбережения и их динамики в молодых поколениях является косвенным индикатором социального благо-

получия в части обозримых перспектив и каналов профессиональной и личностной самореализации.

Другим важным обстоятельством является характер самих практик, связанный с динамикой научных представлений, семейными привычками и индивидуальными установками.

Наиболее распространенной и наименее опасной в краткосрочной перспективе вредной привычкой является табакокурение, популярность которого в обоих поколениях заметно различается.

Таблица 3

Уровень включенности молодого поколения в табакокурение, 95% доверительный интервал, %

№	Варианты ответов	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Никогда не курил	32,8	38,7	59,2	65,5
2	Пробовал, но сейчас не курю	32,2	38,2	22,9	28,5
3	Курю время от времени	15,7	20,7	5,4	8,7
4	Курю регулярно	9,0	12,9	3,6	6,4
	Итого:	100,0		100,0	

Так, среди представителей поколения Z больше 62% заявили об отсутствии опыта употребления табака, четверть опрошенных отказались от курения после нескольких проб, а регулярно курят всего 5% опрошенных. В поколении миллениалов картина выглядит иначе. Доля никогда не куривших составляла всего 36%, а регулярно курят 11% респондентов. Важно отметить, что средний возраст первой пробы табака у обеих групп респондентов одинаковый – 13,8 года, что свидетельствует об общности поведенческих паттернов, свойственных подросткам. Именно в этом возрасте чаще всего формируется привычка к табаку, которая нередко сохраняется на всю жизнь. В этом контексте важно понимать ее социальный характер и наличие подкрепляющих примеров во внешнем окружении.

Ниже в таблице дана оценка подростками своего ближайшего окружения по вопросу табакокурения; респонденты могли дать несколько вариантов ответа по количеству курильщиков в их окружении с учетом 95% доверительного интервала, в процентах от количества наблюдений.

Таблица 4

Количество курильщиков в окружении респондентов 95% доверительный интервал, %

№	Варианты ответов	Поколение миллениалов, (1918 ответов)		Поколение Z, (1225 ответов)	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Никто	11,0	15,2	34,0	40,4
2	Отец	45,1	51,3	26,3	32,4
3	Мать	10,7	14,8	12,9	17,8
4	Брат (братья)	14,0	18,6	5,5	8,9
5	Сестра (сестры)	4,5	7,4	4,1	7,2
6	Друг (друзья)	51,1	57,3	26,0	32,1
7	Учитель	12,4	16,8	5,5	8,9
8	Другие	24,6	30,1	14,5	19,5

Даже поверхностный анализ данных позволяет предположить, что курение – это привычка, скорее, старшего поколения. Об отсутствии курильщиков в своем окружении указали 37% представителей поколения Z и всего 13% опрошенных миллениалов. Интересно отметить относительно низкие показатели и отсутствие статистической значимости различий численности курящих матерей и сестер респондентов в обоих поколениях, что свидетельствует о гендерной специфичности курения как преимущественно мужской привычки. Обратимся к данным. Отцы курят у 48% опрошенных миллениалов и у 29% представителей поколения Z; друзья-курильщики были больше чем у половины рожденных в 80-е и 90-е гг. XX века (54%) по сравнению с 29% среди респондентов, родившихся в XXI веке. Уменьшение влияния «других» и их роли в формировании зависимости от табака связано с общим уменьшением численности возможных значимых персон в окружении представителей поколения Z.

Снижение доли курящих учителей в окружении подростков связано, очевидно, с действием запретительных мер, вытеснивших в тень учителя с сигаретой. В качестве иллюстрации данного тезиса приведем следующую таблицу, демонстрирующую оценку подростками действий администрации учебного заведения по запрещению курения.

Таблица 5

Оценка подростками действий администрации учебного заведения по недопустимости табакокурения, 95% доверительный интервал, %

№	Варианты ответов	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Очень строго	19,2	24,4	37,7	44,2
2	Достаточно строго	39,3	45,8	42,2	48,5
3	Почти не осуществляется	32,8	38,9	11,7	16,0
	Итого:	100,0		100,0	

Из представленных данных следует, что поколение современных подростков выросло в условиях нулевой толерантности к табакокурению в школе, которая распространяется как на учащихся, так и на педагогический коллектив. Например, статья 30 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», регламентирующая случаи и порядок издания образовательными учреждениями локальных нормативных актов, давала возможность официального введения мер по ограничению курения, чем многие школы и пользовались. Окончательно эту практику закрепило принятие Федерального закона РФ от 23.02.2013 No 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», официально запретившего курение в школах и на пришкольных территориях с 1 июня 2013 г. и установившего административную ответственность за его нарушение.

Различаются не только количественные показатели курения, но и качественные. Как следует из представленной ниже таблицы, представители поколения Z курят значительно больше, чем в свое время курили миллениалы: относительно небольшое число курильщиков среди современных подростков негативно компенсируется количеством выкуриваемых ими ежедневно сигарет.

Таблица 6

Среднее количество сигарет в день,
95% доверительный интервал среднего, лет

№	Варианты ответов	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Среднее	5,7		11,6	
	95% доверительный интервал для среднего	5,1	6,4	10,0	13,4

Необходимо отметить и то, что табак не является единственным веществом, которое можно курить, а потому снижение количества курильщиков табака в среде современных подростков может быть сигналом высокой распространенности легких наркотиков. Рассмотрим эту ситуацию подробнее. Следующая таблица иллюстрирует межпоколенную динамику наркотизации.

Таблица 7

Употребление подростками наркотиков,
95% доверительный интервал, %

№	Варианты ответов	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Да	19,7	24,8	1,9	3,9
2	Нет	75,2	80,3	96,1	98,1
	Итого:	100,0		100,0	

Как индикатор более пристального внимания к своему здоровью представителей поколения Z следует рассматривать и их сравнительно низкую вовлеченность в процессы наркотизации: о наличии опыта употребления наркотических веществ сообщили менее 4% родившихся в XXI веке по сравнению с миллениалами, среди которых подобный опыт имеют свыше 32% опрошенных. Такой разрыв можно объяснить особенностями динамики наркотизации населения на протяжении последних тридцати лет. Для представителей поколения Z наркотические вещества являются своего рода объективным злом, привычным элементом социально-культурной реальности, равно как и связанные с ними риски потери здоровья, смерти от передозировки и лишения свободы. Разнообразие информационных каналов дает возможность донести эту информацию до любой аудитории, снабдив ее убедительным аудио- и видеоконтентом. В этой ситуации трудно оставаться в неведении, не осознавать серьезность последствий наркотического поведения даже при наличии каких-то информационных воздействий со стороны деструктивных молодежных субкультур или социального окружения.

Представители поколения миллениалов, в свою очередь, в полной мере смогли на собственном опыте ощутить все трагические последствия наркотизации, внеся самый весомый вклад в статистику ее жертв. Трансформации наркотического поведения, такие, как появление и употребление «новых» веществ, их комбинирование с традиционными субстанциями, использование высокотехнологичных каналов их сбыта, пока также являются частью жизненного опыта именно миллениалов. Как пишут М.Е. Позднякова И В.В. Брюно, «если в 2013 г. только 2% потребителей в качестве своего первого наркотика называли вещества из категории «новых», то в 2016 и 2017 гг. – каждый десятый. Расширение диапазона потребляемых веществ произошло в основном в группе 18–29 летних» [2, 123].

На долю представителей поколения Z, имеющих больше возможностей избежать наиболее одиозных последствий наркотизации, приходятся свои «инновации». Среди них – формирование «мягких», или «контролируемых»

моделей наркопотребления, не приводящих к быстрой деградации и дающих возможность сохранять втайне сам факт использования запрещенных веществ. В этом случае потребление наркотиков или начинает рассматриваться молодежью как акт престижного потребления, знак принадлежности к определенным социальным группам, или перестает идентифицироваться как таковое. В последнем случае речь можно вести о формировании защитных механизмов, отрицании формирующейся зависимости и сопутствующих опасностей.

Вопрос алкоголизации тоже имеет прямое отношение к практикам здоровьесбережения, демонстрирующим различия между двумя возрастными когортами.

Таблица 8

Отношение подростка к употреблению алкоголя, 95% доверительный интервал, %

№	Варианты ответов	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Употребляю	65,0	70,6	20,7	26,1
2	Не употребляю	29,4	35,0	73,9	79,3
	Итого:	100,0		100,0	

Как видно из таблицы, употребление алкоголя представителями поколения Z является, скорее, исключением, нежели правилом: в этом признались менее четверти опрошенных, что почти в три раза меньше, чем среди миллениалов. Изменилась и структура потребляемого алкоголя: водку и другие крепкие напитки употребляют лишь 7% нынешних юношей и девушек, а среди миллениалов таковых было почти 22%. Поколение Z пьет меньше пива и больше вина, что в сочетании с низким показателем уровня потребления крепких напитков может быть расценено как признак трансформации традиционной модели алкогольной социализации в России в данной возрастной когорте.

Изменениям подвержены также традиционные алкогольные ритуалы, связанные, например, с окружением, в котором происходит употребление спиртного, что также отражает социально-психологические характеристики поколений и социально-культурный контекст их функционирования. Как видно из таблицы, представленной ниже, в поколении Z заметно (с 1.5% до 7.5%) выросла доля лиц, предпочитающих выпивать в одиночку – по всей видимости, так выражается свойственная ему тенденция к индивидуализации и возможность виртуального общения в процессе употребления алкоголя. В пользу этой версии говорит возросшее в поколении Z число выпивающих в компании одного близкого че-

ловека – друга или подруги (25% против 13%) и снижение доли лиц, предпочитающих большие компании приятелей – (53% против 79%). Последнее обстоятельство может свидетельствовать и о динамике ценности привычной дружбы в поколении Z или изменении ее качественных характеристик, например, виртуализации. В Интернете получили широкое распространение сообщества, объединенные идеей «бухать по Скайпу» [3], дающие советы по организации вечеринок в режиме онлайн, разъясняющие плюсы, минусы и риски виртуальных посиделок – от отсутствия необходимости накрывать большой стол до учета часовых поясов, в которых находятся собутыльники.

Таблица 9

С кем подростки предпочитают употреблять алкогольные напитки, 95% доверительный интервал, %

№	Варианты ответов	Поколение миллениалов* (n=673)		Поколение Z** (n=438)	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Один (одна)	0,6	2,2	4,1	11,0
2	С подругой (другом)	10,3	15,3	18,7	31,0
3	С друзьями (приятелями)	75,9	82,0	46,6	59,8
4	С членами семьи	21,7	28,2	7,3	16,0
5	С кем-нибудь еще	1,7	4,1	1,4	6,4
	Итого:	-		100,0	

Анализ причин подобного положения вещей представляется весьма интересным. Прежде всего, оно связано с психологическими характеристиками самих представителей поколения Z, сформировавшимися в условиях цифровой среды, обеспечившей два основных момента. Во-первых, активное использование средств, опосредующих личную коммуникацию, обусловило б*о*льшую направленность индивида на собственные переживания и состояния, в том числе, на здоровье. Во-вторых, те же информационно-технические средства сделали доступными любые сведения о здоровом образе жизни, правильном питании, физических упражнениях, являющихся залогом хорошего самочувствия. Конечно же, IT-среда способна генерировать и немалые риски, в том числе, имеющие отношение к здоровью, но, исходя из приведенных данных, они не так опасны, как риски улицы, и почти всегда оставляют возможность контроля.

Психологические характеристики представителей поколения Z являются ключевым фактором, способным объяснить различия в отношении к здоровью и практикам здоровьесбережения по сравнению с миллениалами. Прежде всего, для поколения Z характерна заметная дезактуализация ряда важнейших потребностей, неудовлетворенность которых у миллениалов чревата развити-

ем зависимости как компенсаторного средства. Речь идет о потребности в общении, признании, принадлежности и лидерстве. Отмечаемые специалистами черты представителей поколения Z – убеждение в собственной исключительности, непризнание авторитетов, индивидуализм, самодостаточность, стирание памяти, намеренное выстраивание социальной и психологической дистанции [4] свидетельствует именно о снижении важности удовлетворения вышеперечисленных потребностей. Информационные технологии позволяют не замыкаться в локальном пространстве, предоставляют огромную свободу выбора друзей, партнеров по различным формам взаимодействия, а опосредованный характер коммуникаций позволяет не испытывать психологических переживаний, связанных с их прекращением. Общение в их глазах давно потеряло нормативный компонент; основанное на полном взаимном интересе, оно не требует каких-то дополнительных стимуляций и разрядок в виде алкоголя и наркотиков. Другая сторона этой особенности – поверхностный характер контактов и неспособность устанавливать долгосрочные отношения, которые прекращаются фактически в момент утраты интереса. Конечно же, реальность значительно сложнее, чем мы описываем, но игнорировать очевидные тенденции было бы так же непродуктивно.

Важно отметить, что подобное поведение носит черты рационального выбора, основанного в большей степени на знании, нежели на иных детерминантах. Для иллюстрации данного тезиса обратимся к сравнению отношения к религии представителей двух поколений. Факт, что религия начинает играть заметно меньшую роль в жизни поколения Z, очевиден. Почти для 60% представителей данной возрастной когорты религия или не является фактором, определяющим их поведение, или ее влияние оценивается как минимальное. Среди миллениалов подобные секулярные воззрения высказывали 40% опрошенных. При этом стоит отметить, что доли лиц в обоих поколениях, для которых религия играет очень важную роль, примерно одинаковы и варьируются в пределах 10%.

Таблица 10

Отношение молодого поколения к религии,
95% доверительный интервал, %

№	Отношение к религии	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Очень важную роль	7,5	11,1	6,7	10,5
2	Достаточно важную роль	34,1	40,6	28,5	34,9
3	Не очень важную роль	38,4	44,4	29,7	35,7
4	Не играет роли	10,0	13,9	24,1	29,7
	Итого:	100,0		100,0	

Другая сторона вопроса заключается в том, что нарастающая секулярность выражается и в девальвации таких религиозно одобряемых ценностей, как ориентация на семью, активное деторождение, распространении идеологии чайлд-фри, повышении социальной терпимости к разводам, создающей положительный фон для роста их численности.

Отношение к здоровью – частное проявление отношения к себе, восприятия своего места в среде себе подобных и обществе в целом. Уверенность в себе является значимым фактором, провоцирующим девиантные практики – от курения до наркомании, являющиеся способом преодоления внутреннего дискомфорта, средством компенсации и разрешения внутренних конфликтов. Ниже представлены данные по самооценке уровня уверенности в себе среди представителей двух возрастных когорт.

Таблица 11

Уровень согласия молодого поколения с утверждением «Я довольно уверен в себе», 95% доверительный интервал, %

№	Уровень согласия	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Полностью согласен	20,2	25,4	27,4	33,3
2	Отчасти согласен	40,8	47,1	40,6	47,0
3	Затрудняюсь ответить	19,4	24,6	11,7	16,0
4	Отчасти не согласен	7,9	11,5	6,6	10,2
5	Полностью не согласен	0,8	2,4	2,5	5,3
	Итого:	100,0		100,0	

Прежде всего, необходимо отметить значительно большее число уверенных в себе представителей поколения Z: 30,5% против 23% среди миллениалов. Это различие имеет не только содержательную, но и статистическую значимость. Среди рожденных в XXI веке значительно меньше и тех, кто не может оценить себя по данному показателю (22% против 13,5%). Это также свидетельствует о присущей им самодостаточности и игнорировании оценок внешнего окружения, способных поставить под сомнение их уверенность в себе.

Как следствие вышеописанных установок следует рассматривать и данные, приведенные в следующей таблице, отражающие распределение средних оценок по переменной «мне всегда подсказывают, что я должен делать».

Таблица 12

Уровень согласия молодого поколения с утверждением «Мне всегда подсказывают, что я должен делать», 95% доверительный интервал, %

№	Уровень согласия	Поколение миллениалов		Поколение Z	
		Нижняя	Верхняя	Нижняя	Верхняя
1	Полностью согласен	4,1	6,9	3,5	6,3
2	Отчасти согласен	17,5	22,5	21,9	27,6
3	Затрудняюсь ответить	9,4	13,4	19,3	24,8
4	Отчасти не согласен	36,8	42,7	29,4	35,1
5	Полностью не согласен	20,8	26,0	13,9	18,8
	Итого:	100,0		100,0	

На первый взгляд может показаться, что поколение миллениалов чувствует себя куда более свободным, нежели поколение рожденных после 2001 года: больше половины из них не согласны с тем, что их поведение детерминировано чьей-то волей. Логично предположить, что подобные установки являются следствием либерализации общественных настроений 90-х годов, ощутить которую в полной мере смогли именно подростки и молодежь. Поколение Z, напротив, выросло в условиях зрелой государственной нормативно-ценностной доктрины, затрагивающей глубинные детерминанты человеческого поведения, что не могло не найти отражения в соответствующих оценках. Однако, как нам представляется, картина может быть несколько сложнее. Индивидуализм, эгоизм, концентрация на собственных переживаниях представителей поколения Z неизменно приводит их к обостренному чувству протеста при столкновении с любыми формами ограничения или социально-культурного диктата. Заметно меньшая доля (32% против 40%) считающей себя независимой от внешнего принуждения современной молодежи просто не приемлет подобного отношения к себе и обостренно реагирует на данную проблему. С другой стороны, (и это может стать предметом отдельного исследования) представители поколения Z острее ощущают воздействие на себя со стороны новых, цифровых агентов социализации – поисковиков, социальных сетей, электронных торговых площадок, фактически, навязывающих узко специфический набор услуг и товаров, генерируемый по результатам предыдущих запросов. Учитывая все возрастающую роль информационных технологий в процессе социализации поколения Z, данное предположение не кажется нереалистичным.

Другая проблема, возникающая у поколения Z, точнее, с поколением Z, заключается в формировании внутренних регуляторов поведения в социаль-

ной среде, которая занимает все меньше места в их повседневности. Ощущение свободы, которое дает общение в сети в сочетании с анонимностью, возможностью выбора способа саморепрезентации и создания виртуальных образов себя, препятствует формированию поведенческих и коммуникативных моделей, адекватных для оффлайн взаимодействия.

Очевидно, тема образа жизни и здоровьесбережения неисчерпаема в силу комплексного характера самого здоровья, включающего компоненты не только биологического, но и психологического и социального характера. В данной главе мы показали зависимость поведенческих практик от развития технических средств, изменяющих нашу повседневность и полностью формирующих образ жизни подрастающего поколения. Как будет меняться их психическое состояние и здоровье? Что будет провоцировать страхи? Какими будут их галлюцинаторные фабулы? Ответ на эти вопросы могут стать предметом дальнейших специальных исследований.

Список литературы

1. Мифы о «поколении Z» / Н.В. Богачева, Е.В. Сивак; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Институт образования. – М.: НИУ ВШЭ, 2019. 64 с. (Современная аналитика образования. № 1 (22)).

2. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Новые тенденции наркотизации как риски социетального характера // Вестник Института социологии. 2018. № 24. С. 116–139. DOI: https://doi.org/10.19181/vis.2018.24.1.500.

3. День рождения онлайн «Виртуальная реальность» или «как бухать по скайпу»! URL: https://zavodila.com/dni_rozhdeniya/den-rozhdeniya-online-virtualnaya-realnost-ili-kak-buhat-po-skype/ (Дата обращения: 13.04.2019).

4. Поколение Z – что это такое и какие их характерные черты? URL: http://kak-bog.ru/pokolenie-z-chto-eto-takoe-i-kakie-ih-harakternye-cherty (Дата обращения 12.04.2019).

HEALTH AND HEALTH-SAVING PRACTICES: INTERGENERATIONAL ANALYSIS

S.A. Sudjin
Doctor of Sociological Sciences, Associate Professor, Head of the Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

Based on the results of two studies, a comparative analysis of the health saving practices and lifestyles of teenagers aged 15–18 who were interviewed in 2000 ("millennials") and 2018 ("generation Z"), respectively.

Keywords: "millennials", "generation Z", population health.

ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ТЕЛЕСНОСТЬ: ПРОБЛЕМА ДЕМАРКАЦИИ ЕСТЕСТВЕННОГО И ИСКУССТВЕННОГО*

А.М. Бекарев[1], Г.С. Пак[2]

[1]Доктор философских наук, профессор, профессор кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

[2]Доктор философских наук, профессор, профессор кафедры философии физического факультета Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Раскрывается проблема соотношения естественного и искусственного в человеческом теле. Само тело человека – источник непростых проблем. С одной стороны, кажется, что зона искусственного расширяется. Но в результате более глубокого анализа авторы приходят к выводу, что искусственное возникает в зоне пересечения двух (многих) естественных миров.

Ключевые слова: естественное, искусственное, человек, тело, противоестественное, биорациональное, болезнь, жизнь, мортальные страхи, смерть, экстракорпоральное оплодотворение.

Дано мне тело…

Это Осип Мандельштам писал: «Дано мне тело – что мне делать с ним, таким единым и таким моим?» [1, с. 13]. Мы не согласны с поэтом по всем трем позициям. Во-первых, не дано мне (нам) тело. Это «я» ему дан как удобный инструмент для управления. Правда, кто такой «я», мы не знаем. Мы знаем другое. Если захочет тело есть, «я» будет искать пищу, захочет оно спать, «я» будет искать ложе и место для ночлега. Этот «я» ему служит. Он будто «раб» лампы Алладина. Особенно во время телесных страданий и болезней. И «я» не везде может управлять телом. Оно («я») не знает, как управлять кровоснабжением организма. И оно не может задержать дыхание надолго. «Я» – придаток тела. Не я что-то делаю с телом, оно делает со мной. Часто заставляет искать искусственные органы, чтобы ему – телу было комфортно и уютно, несмотря на то, что «я» испытываю дискомфорт.

Мы сомневаемся и в том, что тело едино и единственно. В этом сомневались и другие. Например, Ролан Барт полагал, что мы имеем множество тел: тело, с которым имеют дело анатомы и физиологи..., исследуемое и описыва-

* Выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Нижегородской области в рамках научного проекта №18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной нижегородской семьи».

емое наукой; ... (это фено-текст) <...> тело как источник наслаждения, образованное исключительно эротическими функциями и не имеющее никакого отношения к нашему физиологическому телу: оно есть продукт иного способа членения и иного типа номинации [2, с. 473]. К этим размышлениям Барта добавляют иногда анализ Мишеля Фуко о биовласти и тела как зоны развертывания биополитических манипуляций. Существуют тело аффекта, различение тела и плоти, или корпуса и тела, тела мертвого и живого, понятие корпосферы и т.д., и т.п. [3, с. 12].

Карл Прибрам, по свидетельству М. Талбота, не мог обнаружить источник памяти в мозге (и, стало быть, в теле). Он предположил, что источник памяти где-то вне тела, и потому сориентировался на голографическую модель вселенной [4, с. 5]. Простые ощущения больного с пересаженным органом свидетельствуют о том, что в теле появился «другой», едва ли доказывают, что тело едино. Мы не говорим об астральных или ментальных сущностях, двойниках, близнецах и других прибамбасах. Но сдается нам, что индивид не наделен единственным и единым телом. Он часто нуждается в других телах (составляющих, например, коллектив).

Не уверены и в правах собственности человека на тело («таким моим»). Возможно, тело неповторимо и уникально. Но оно болезненно и смертно. Состояния болезни и смерти неподконтрольны индивиду. Они могут быть подконтрольны Богу или Природе, но, думаем, и они не обладатели. В поисках бессмертия человек готов стать постчеловеком, заменив собственное тело на искусственные элементы. Элементы кажутся долговечными. Но вечных вещей в посюстороннем мире нет. Про потусторонний мир мы ничего не знаем.

Искусственное, естественное и…противоестественное

Когда-то давно, возможно, в детстве, мы думали, что человек от природы очень слабое существо: ни зубов, ни когтей, поглощать может только после термической обработки. Короче говоря, человек от природы может только «ползать и сосать». Сейчас мы думаем иначе, поскольку область естественного определена неважно. Трудно провести демаркацию между органическим и неорганическим. И нефть, и уголь, и свободная вода, и ракушечный песок едва ли могли появиться без органики. Тем не менее, многое из природы получило название «неорганического» тела человека. Точно так же трудно определить, что относится к зоне естественного или к зоне искусственного. Есть вещи, которые оказываются по ту сторону и того, и другого, но получившие название искусственного. Однако, есть вещи искусственного происхождения, но едва ли они естественны. Они, скорее, противоестественны. Таковы табак

и алкоголь. Хотя для североамериканских индейцев табак может быть вполне естественным, как и для чехов пиво. Думаем, что к противоестественным явлениям относится и искусственное оплодотворение. В природе есть пустоцветы, но их почему-то не относят к болезненным явлениям. У нас бесплодие почему-то считается заболеванием. В природе бесплодие вполне обычное явление.

Искусственное оплодотворение…

Если выражение «рождение ребенка из пробирки» вызывает улыбку, то экстракорпоральное оплодотворение стало незаметно фактом повседневности. Не утихают дискуссии о том, каким появится на свет младенец? Будет ли он здоров, как дети, родившиеся естественным путем? Чаще всего медицина этого не может гарантировать, хотя бы по той простой причине, что к технологии ЭКО прибегают люди, которые не способны к продолжению рода естественным путем и, как правило, далеко не в молодом возрасте. Даже когда медики предупреждают родителей, что искусственно зачатый малыш не проживет более 5–7 лет, желание иметь собственно ребенка пересиливает все доводы разума. Причем не только в этих случаях будущие родители уповают на русское «авось». Как-нибудь, пронесет – такой подход представлен в повседневности далеко не единичными случаями. Аномалии в развитии плода диагностируются сегодня на ранних стадиях беременности, но многие согласны на рождение больного ребенка. Что это? Русское «авось» или не вполне естественное желание, затмевающее разум?

В результате общественных дискуссий по поводу ЭКО появилась серия статей по поводу правды и вымысла об ЭКО [5]. Обращаем внимание, что в текстах фигурирует понятие «правды», а не «истины». «Правда» есть повседневный аналог «истины». Свой дискурс и мы будем строить в рамках того символического универсума, о котором когда-то рассуждали П. Бергер и Т. Лукман в «Социологии знания» [6]. Соотношение правды и вымысла об ЭКО можно представить в виде следующей логической схемы. Вымысел: дети, зачатые путем ЭКО, рождаются больными. Правда: да, это так, но они находятся под постоянным наблюдением врачей. Вымысел: процедура ЭКО вредна для женского здоровья. Правда: да вредна, но при правильном врачебном подходе большинства вредных последствий можно избежать. И дальше по такому же сценарию… Как видно из приведенных примеров, вымысел является правдой с определенными оговорками.

Но главный миф об ЭКО, который будоражит общественное сознание, связан с широко распространенным мнением, что «дети из пробирки» будут

не способны к естественному продолжению рода. Если это предрассудок, то каковы причины его живучести? Первый ребенок «из пробирки» появился в далеком 1978 году, как сообщается в «Медицинской энциклопедии», наука уже располагает конкретными фактами, которые почему–то не вошли в состав символического универсума нашего современника. Замалчивание фактов – это весьма красноречивый факт.

Экстракорпоральное оплодотворение как современная медицинская технология вне всяких сомнений менее биорациональна, чем продолжение человеческого рода естественным путем, менее рациональна с позиций социальности, более экономически затратна. Перечень без труда может быть продолжен. Но технология ЭКО биорациональна с позиций понимания жизни как болезни и её исцеления. Болезнь – бесплодие, ЭКО – в современных условиях рассматривается медиками как эффективный способ борьбы с бесплодием. Бесплодие есть такая болезнь, когда ничего не болит. Эта болезнь вызвана физиологическим состоянием организма, но причиняет она боль душевную, которая выражается в страстном желании иметь собственных детей. «Страсть – это всякое желание, возникающее в нашей душе помимо нашей воли», – учил Декарт [7, с. 237]. «Учитесь властвовать собой!» – призывал Онегин Татьяну Ларину [8]. Страсти должны находиться под контролем разума, но на то они и страсти, что способны вырываться из его пут. Иметь больному человеку, своего, но больного ребенка, – это ни биологически, ни социально не рационально. Но как больной он имеет право на лечение собственной болезни. В цивилизационном обществе поступки и проблемы людей оцениваются с позиций гуманизма. В случае конфликта гуманизма и рациональности мы стоим на стороне гуманизма…

О мортальных страхах…

В ряду естественных явлений смерть находится на одном из первых мест. Мы не знаем примеров самозарождения, но мы знаем, что все на свете смертно. На 100 процентов. Получается, что бессмертие не естественно. Оно, даже, не противоестественно. Оно сверхъестественно. В этом его прелесть. Некоторые исследователи считали, что бессмертие вполне достижимо. По меньшей мере, на атомарном уровне. Так думали Демокрит и Н. Федоров [9].

Приведем слова Парацельса, которые находим у В. Розанов в «Сумерках просвещения»: «…После сорокадневного брожения в закрытой колбе вещество оживляется и двигается, что легко видеть. Оно принимает форму, отчасти подобную человеческой, но совершенно прозрачную и еще без corpus. После того его нужно кормить arcano sanguinis humani в продолжение сорока

недель и держать постоянно при одинаковой теплоте ventris equini; тогда выйдет совершенно живое человеческое дитя, со всеми членами, какие бывают у всякого другого дитяти, рожденного женщиной, но только гораздо меньшей величины; такое дитя мы называем Homunculum» [10, с. 4].

И совсем в заключение приведем слова Ф. Ницше: «Мой день – послезавтрашний; некоторые люди рождаются на свет «посмертно» [11, с. 17]. Поиски биологического бессмертия тщетны. Но они упорны. Возможно, эти поиски связаны с созданием искусственного человека, который победит естество путем замены естественного на искусственное. Но это искусственное будет скорее противоестественным. Отнюдь не биорациональным…

Искусственное и противоестественное: зона расширяется

В погоне за красотой (Майкл Джексон). Многие недовольны своим внешним видом. Используют при этом вполне легитимные приемы – модная одежда и косметика. Однако некоторые идут дальше – от занятий в фитнес-клубе (это очень большая группа) до пластических операций. Мы уже не говорим о стоматологии, где имплантация занимает одну из лидирующих позиций в лечении зубов. Протез стал обыкновенным явлением, он не вызывает стеснения и иных неудобств. Впрочем, жить под лозунгом «У тебя должна быть счастливая улыбка» – не очень дешево, и нужно многие детали заменить на более красивые вещи. Жертвуя не только деньгами, но и естеством.

Амвросий Медиоланский женское стремление улучшить свой внешний вид относит к порочным побуждениям. Он пишет о том, как женщины разрисовывают себе лица особо изобретенными красками. И выносит вердикт: «Подделывая себе лицо, они подделывают целомудрие. Нет более верного судьи о твоей красе, чем ты сама. Стремиться понравиться другим – не нравишься себе самой» [12, с. 13]. Расстояние между технологиями древности, о которых важно и серьезно рассуждает Амвросий, и современными косметическими технологиями может быть измерено лишь в парсеках, но проблемы этические и психологические все те же.

Очень глубоко на художественном уровне различие между естественным и искусственным показал С. Лем в «Возвращении со звезд». Герой романа даже естественное стал воспринимать как «насмешку», что-то постыдное и несерьезное. Но от диктата искусственного устал и захотел бежать обратно к звездам. Ему было куда бежать [13]. Нам бежать некуда, если искусственного и противоестественного станет больше, чем естественного. Если естественное станет восприниматься как противоестественное. Норма – искусственное, Естественное – аномалия.

О мортальных страхах…

«Морт» – это смерть. Страх перед смертью испытывает любое живое существо. Человек – не исключение. Историки утверждают, что древние египтяне не знали, что такое смерть. Они вместе с покойником хоронили зерно, туши животных и даже наложниц, если покойник был вельможей. Они полагали, что человек входит в иное состояние, и все ему может пригодиться. Так думали очень известные историки [14]. Позже египтяне поняли, что есть смерть. Это понимает и современный человек. Понимает и боится. Здесь много страхов – неизвестно, когда и от чего. Известно лишь, что неизбежно. Это состояние обходят грустным молчанием. Тема чаще всего не является предметом дискуссий. Но об одном виде мортальных страхов надо поговорить более детально. Нам предстоит ответить на вопрос, почему общество не принимает концепцию посмертного донорства органов, почему оно против. Наверное, вовсе не потому, что так решили медики (М. Фуко говорил о «медикализации» смерти). Действительно, на суд медиков отдано очень многое, хотя в профанном мире принимаются отнюдь непростые решения. Да и медики не все знают.

Представители общества думают о себе и исходят из себя. При жизни они могут избавиться от зубов, аппендиксов, селезенки. И чувствуют себя при этом скверно. Им жалко своих органов, ибо они их обладатели. Единственные. Если родственник умер, то право обладания переходит к его близким. Не медикам. Возможно, некоторые считают, что в потустороннем мире недостающие части тела скажутся на состоянии вечной души покойника. Возможно, некоторые считают, что душа и тело не расстаются никогда. Но это некоторые. А молчаливое большинство – это обладатели.

Высока степень привязанности индивида к своему телу. Он привязан к телу, пока им хорошо «владеет» (в молодости). Еще больше он привязан к телу, когда тело им владеет, достает своими болячками и немощью. О привязанности к телу хорошо написано в статье «Вестника трансплантологии» [см.: 15]. Приведем длинную цитату из книги М. Фуко о казни Дамьена. Вот фрагмент цитаты, где Дамьен «открыл» для себя тело: «*После этих терзаний Дамьен, много кричавший, но не богохульствовавший, поднял голову и оглядел себя... Несмотря на все мучения, время от времени он поднимал голову и отважно оглядывал себя. Тросы на конечностях были затянуты так туго, что причиняли ему несказанную боль»* [16, с. 170]. Причина привязанности к телу в индивидуализированном мире с его диктатом частной собственности понятна: тело – это собственность человека. После смерти тела права собствен-

ности вместе со свидетельством о смерти должны переходить к родственниками. Но родственникам достается лишь право захоронения тела, На деле право собственности достается медикам. Вот почему общество «не приемлет». Однако правовая пустота остается. Остается открытым и вопрос, вправе ли медики распоряжаться органами покойного? Если не медики, то родственники или государство. Сам «пациент» уже распорядиться не может. Душа его в руках бога или сатаны. Дело остается за живыми и сирыми.

Шкала «противоестественное – сверхъестественное»

Удобно построить шкалу Л. Терстоуна, как предлагается в известном курсе лекций [17]. Разделим отрезок на 11 примерно равных частей от «–5» до «+ 5». Значениям с минусом придадим статус противоестественного, значениям с плюсом статус искусственного, но усиливающим естественное. Крайние высокие значения с плюсом м – это то, что мы именуем сверхъестественным. Очки у нас попадут в числовое значение «+1», а Бог – в числовое значение «+5». Составим список индикаторов, которым можно приписать числовые значения:

1. Естественное
2. Предметы усиления органов чувств (очки, слуховые аппараты, духи…)
3. Бады (биоактивные добавки)
4. Лекарственные препараты и протезы
5. Допинги
6. Алкоголь
7. Табак и курительные смеси
8. Гаджеты (телефоны, наушники, автомобили)
9. Спорт (любительский и профессиональный)
10. Искусственное оплодотворение
11. Творчество (музыка, стихи, литература, живопись)
12. Бог и его противоположность

Попробуем представить интервальную шкалу в виде одномерного отрезка:

–5. –4. –3. – 2. –1. 0. +1. +2. +3. +4. +5

Дьявол–алкоголь–допинги–табак–естеств–лекарства–очки–фитнес–спорт–Бог

Заметим, это шкала для тех, кому за 60 лет. Более молодые имеют иную шкалу ценностей, что мы и решили позже проверить.

В мире немало вещей искусственного происхождения. Однако их трудно шкалировать по положительным и отрицательным признакам. Таковы огонь и орудия труда, деньги, маски, зеркала, жилища, одежда и многое другое. Часто эти вещи считают вполне естественными (например, огонь), но на деле они вполне искусственны. По шкале Л. Терстоуна можно отложить лишь те индикаторы, которые, так или иначе получили оценку в структуре общественного мнения. Например, наркомания и алкоголизм оцениваются негативно в большинстве культур, однако производство наркотических средств и алкоголя составляют существенную часть экономики многих стран. В то же время фармацевтические средства и явления искусства в тех же странах оцениваются очень высоко в качестве достижений. Разумеется, дьявол бы получил высочайшую положительную оценку в церкви сатанистов, но не эта церковь определяет ядро общественного мнения.

Мы решили сделать замер, набрали группу экспертов среди студентов разных возрастов: 2 девушки с 4-го курса направления «Социология» (возраст – 20 лет) и 9 человек со 2-го курса (возраст 18-19 лет). Всего один юноша. Один из немногих, кто «проголосовал» против алкоголя и курения. По шкале Л. Терстоуна, которая оказалась достаточно грубым измерительным инструментом, большинство «5» с плюсом оказалось на стороне Бога как существа сверхъестественного (7 экспертов). Дьявола оценивали более скромно («–5» была всего одна оценка). Удивление вызвало другое: неожиданно «высокий» рейтинг получил «алкоголь». 3 из 11 экспертов отнесли его к естественным явлениям (оценка – «0»), 4 оценки оказались со знаком «+» (максимум – +3), остальные 5 оценок разместились в поле от 1 до –3. Наше резкое суждение (–4) не поддержал никто. Чем моложе были люди, тем лояльнее они относились к алкоголю. Табак тоже получил достаточно скромную отрицательную оценку (8 оценок с «–1», остальные – положительные). Самый высокий «рейтинг» по сумме положительных оценок оказался у таких вещей, как компьютер, планшет и телефон. Мы полагаем, что на деле высочайшую оценку получил Интернет, поскольку все предметы, так или иначе, оказались с выходом в глобальную сеть.

С другой стороны, одномерной линейки Л. Терстоуна оказалось слишком мало, чтобы замерить столь сложное явление, как мир искусственного. Лучше использовать декартову прямоугольную систему координат, отложив на ее осях: абциссе, ординате и аппликате значения трех составляющих мира искусственного: сверхъестественного, противоестественного, усиливающего естественное. В этом случае мир сверхъестественного может наполниться не

только представлениями о богах и небожителях, сатанинских сила, но и полтергейстами, оборотнями, перевоплощениями, управляемым термоядерным синтезом. Впрочем, и возникновение жизни из косной материи может быть истолковано как сверхъестественный процесс.

Смещение акцентов с отрицательных значений на положительные у таких явлений, как алкоголь и табак, не должно смущать. В области естественных явлений оказались лекарства и бады. Несколько отрицательную оценку получили велосипеды. И все же область «естественного» в представлениях у экспертов нас несколько поразила. Хотя, если взрослый человек относит прямохождение к явлениям естественного происхождения, причем, человек весьма образованный и хорошо обученный, многое воспринимается как грустная шутка. В действительности, область естественного становится загадочной, поэтому, наше миниатюрное исследование не прошло даром. Надо определить область естественного.

Область естественного

Область естественного может оказаться куда шире, чем мы об этом думаем. Первая ассоциация, которая возникает при истолковании естественного, это ассоциация с жизнью. Разумеется, есть мир косной материи, мир физика. Там, на первый взгляд, жизни нет, Но есть естественное. Мы думаем иначе. Жизнь есть и на атомарном уровне. Да пусть нам поможет Г. Лейбниц с его монадами – этими душами атомов. Пусть нам поможет Д. Дидро с его гилозоизмом. Жизнь пронизывает всю материю, она атрибутивна, подобна движению, пространству, времени, энергии. Впрочем, нам может помочь и синергетика Г. Хакена, где кооперация частиц вызвана тем, что «они как бы узнают друг друга» [18, с. 117]. Жизнь требует не только энергии, но и эмоционального отношения к происходящему. Мы по-прежнему думаем, что, достигая «критической массы», атомы водорода чувствуют друг к другу такую неприязнь и ненависть, что не выдерживают соседства и ведут к грибовидному взрыву, освобождая себя от непосильного гнета соседства. Поэтому, управляемый термоядерный синтез едва ли возможен в силу непокорности эмоций.

Симптомом, заставляющим усомниться в собственной идентичности как здорового человека, является боль. Представление о боли и её значении носит культурно – исторический характер [19]. Если в архаических обществах считалось, что боль на конкретного человека насылается злыми духами, то освобождение от боли предполагает изгнание злых духов из человеческого тела. Как бы современный цивилизованный человек ни гордился достижениями

своего времени, сознание отдельных представителей ситуативно уподобляется сознанию архаического человека. Например, телевизионная передача на НТВ об изгнании бесов на Каманах в Абхазии. Боль является свидетельством того, что индивид жив. Кроме того, боль естественна. Что касается жизни, то о ней написано много. О боли написано меньше, но тоже вполне достаточно, чтобы отразить отношение к ней через призму истории.

Двигаясь в направлении от представлений о жизни к ее рациональности и удивительной правильности, можно говорить о единстве жизни и рациональности. Природа устроена удивительно хорошо, все подогнано друг к другу. В предметном поле философско-социологических наук необходимо проанализировать современные научные представления о жизни в традиционном понимании, прежде всего, биологические. Существуют три основных подхода к пониманию жизни.

Первый подход к определению жизни предполагает выявление материального носителя основных свойств жизни. В известном определении Ф. Энгельса речь идет о жизни как способе существования белковых тел. Ф. Энгельс понимал всю относительность и несовершенство данного определения жизни. Тем не менее, сама методологическая установка в ходе исторической эволюции науки подтвердила свою плодотворность. Так, в 1953 г. расшифровка строения молекулы ДНК, положившая начало стремительного развития молекулярной биологии, способствовала распространению представления о дезоксирибонуклеиновой кислоте как «веществе наследственности». В условиях нашей «текучей» и «поздней» современности сам способ привязывания жизни к конкретному материальному субстрату вызывает возражения, поскольку не допускает существования живого на иной, небелковой основе. Столкнувшись с жизнью, существующей на ином материальном субстрате, человек пройдет мимо, так и не распознав живое. Представляется, что жизнь имеет материальный субстрат, но его конкретизация носит проблемный характер.

Второй подход к определению жизни трактует жизнь более широко, рассматривая её как совокупность биохимических процессов, делая акцент на исследовании биохимических процессов и их своеобразии, тем самым ограничивая сферу жизни *био*химическими процессами. В итоге мы определяем жизнь посредством химических процессов, относящихся к живому.

Но в современной науке есть не только биологические представления о жизни, но и химические, и физические. Например, жизнь можно рассмотреть с точки зрения второго начала термодинамики. К живым относится такая си-

стема, которая развивается в направлении уменьшения собственной энтропии. Вектор её движения противоположен по направлению к неживым объектам. Любую систему, стремящуюся к порядку, можно заподозрить в причастности к жизни. С позиций химии, жизнь может быть представлена в виде фазово-обособленной формы существования, функционирующих автокатализаторов. Способность автокатализаторов к химическим мутациям является результатом продолжительной эволюции в ходе естественного отбора [20].

Третий подход предполагает выделение минимально возможного набора обязательных свойств жизни, без которых жизнь невозможна. М. Биша рассматривает «жизнь как совокупность явлений, сопротивляющихся смерти» [21]. Круг замкнулся. Мы окольным путем вернулись к философскому пониманию жизни как здоровья и болезни, снятию болезни в жизни, к пониманию жизни через её конечность и временность. У М. Хайдеггера жизнь есть постоянное соприкосновение с ничто, убегания от него и необходимое возвращение к ничто. Но можно ли выйти за границы кольцевого сюжета дискурса о жизни? Это просто сделать необходимо, поскольку исследователи в качестве особенности современного изучения жизни отмечают переход данной проблематики из сферы компетенций философии в сферу компетенции естествознания, подчеркивая при этом её междисциплинарность.

Анализ основных подходов к пониманию жизни свидетельствует о нецелесообразности понимания жизни через её конкретный материальный субстрат. Последнее ограничивает эвристический потенциал исследования. Возможность определения жизни в физике, химии, биохимии ставит непростой вопрос об их соотношении и предпочтительном выборе. Мы хорошо усвоили, что высшая форма движения материи в снятом виде содержит в себе низшие формы. Объяснение жизни на основе физико-химических процессов может быть представлено как редукционизм, поскольку своеобразие биологической формы движения сводится к сущности низшего вида существования материи. Но можно предположить, запретов на этот счет особенно нет, что формы движения материи имеют общую основу, но вектор развития каждой уникален. Вместо иерархического соподчинения предложить образ кустарника, где ветви – разные формы движения материи. При таком подходе понимание сущности жизни предполагает анализ и обобщение представлений о жизни, существующих в различных областях научного знания.

В 1929 г. известный физиолог, соратник И.П. Павлова и И.М. Сеченова, один из основателей электрокардиографии А.Ф. Самойлов предложил понимать жизнь как «замкнутый круг рефлекторной деятельности» [22]. Разрыв в

любом месте грозит состоянием комы, ограничением параметров жизнедеятельности или даже её отсутствием, то есть прекращением жизни. Причины разрыва усматриваются в неблагоприятном воздействии внешней среды, во «власти воли» индивидуума, во внутренних вегетативных началах организма, неподвластных «власти воли». Обмен живого организма со средой направлен на нарушение равновесия. Последнее утверждение сближает данное физиологическое представление о жизни со взглядом на жизнь с позиций второго начала термодинамики, то есть, с физическим представлением о жизни. В этом определении заслуживает особого внимания понятие, не получившее широкого распространения в науке, «власть воли». Для начала необходимо уточнить, чем «власть воли» отличается от ницшеанской воли «к власти». Воля к власти – это иррациональное выражение полноты жизни. «Власть воли» есть выражение человеческой свободы в пространстве жизни, эластичность границы между жизнью и смертью, здоровьем и болезнью. Напомним притчу об уходе из жизни Демокрита. По просьбе своей сестры он оттянул свою смерть и умер на третий день, как и обещал.

Вернемся к научному пониманию жизни. Жизнь может быть рассмотрена в категориальной сетке физики, химии, биологии. Пониманием жизни в биологии перечень не заканчивается. Вполне правомерно и социологическое понимание жизни, поскольку человеческая жизнь вносит существенные коррективы в биологическое понимание жизни, хотя бы наличием «власти воли». Если отойти от привычной дилеммы «редукционизма – холизма» и признать наличие ризомного паттерна в исследовании жизни, то, наверное, следует исходить из равноправия наук в познании жизни. Онтологизируя предложенное положение, мы приходим не к иерархии форм существования материи, а к сосуществованию биологических, физических, химических и социальных процессов. В терминологии Н. Лумана, они будут подобны системам, которые своим существованием ограничивают друг друга [23, с. 327]. Им нет необходимости переходить друг в друга. Такое представление способно объяснить, почему не происходит возникновения жизни из неживого, а по словам особо пытливых студентов, не случается и превращения обезьяны в человека на наших глазах. Развитие современного научного знания намечает контуры новой, непривычной, не совсем комфортной для человека картины мира. Основание для этого дает кибернетическое, информационное определение жизни. А.А. Ляпунов определял жизнь как «высокоустойчивое состояние вещества, использующее для выработки сохраняющихся реакций информацию, кодируемую состоянием отдельных молекул» [24, с. 323]. Наш современник и сооте-

чественник В.И. Моисеев убежден, что жизнь может быть не только описана математическими формулами, но математические формулы способны раскрывать сущность жизни, субстанцию жизни [25, с. 5-9]. Израильский исследователь Ю.Н. Харари выносит вердикт: «…когда биологи заключили, что организмы – это алгоритмы, они сломали стену между органическим и неорганическим, превратили компьютерную революцию из чисто технического мероприятия в биологический катаклизм и передали права и полномочия отдельных личностей сетевым алгоритмам» [26, с. 403]. На данном этапе исследования для нас важно только то, что биологи считают, что организм мало чем отличается от технического объекта.

Где кончаются границы естественного

Зыбуча граница между органическим и неорганическим. Мы полагаем, что и между видами грань тоже неглубока. Приведем всего один пример. Речь идет о детях «маугли». Известно, что в Индии нашли более 3 десятков выросших в лесу детей. Они жили в приемных семьях медведей или волков. Детям по приблизительным оценкам было от 3 до 5 лет, но двое были старше – около 7 и 9 лет. Передвигались дети, как медвежата или волки, то есть на четырех конечностях. Причем, делали это без особого напряжения. Можно предположить, что их движения были вполне естественны, но по меркам других видов. Также можно предположить зачатки культуры у медведей и волков, но, думаем, это будет слишком сильная идеализация. Куда логичнее допустить наличие мимикрии у людей, которые хотят жить в своих приемных семьях. В человеческом обществе прямохождение тоже можно считать естественным явлениям, по меркам «homo sapiens». Между тем, зона естественного становится куда более масштабной. Настолько масштабной, что многие прижизненные явления в онтогенезе, внутривидовом и межвидовых взаимодействиях лучше считать вполне естественными. Скажем, доместикация кошек и собак тогда относится к вещам естественным. Впрочем, как и трехразовое питание, и запрет на употребление вина у народов арабского Востока. Важно то, что границы естественного не кончаются границами врожденного. То, что приобретено при жизни, словно условные рефлексы, тоже может относиться к естественным явлениям, хотя мы можем грешить на культуру. Но культура, надо сказать, не антинатура. Она может дополнять природу и, по большому счету, являться частицей природы, развивая природные черты особи и вида до совершенства.

С другой стороны, следует иметь в виду феномен амбивалентности искусственного и естественного. Антибиотики – явления искусственного про-

исхождения, для инфекций они противоестественны, для вида «человек» усиливают его естественность, преодолевая еще одно естественное явление – болезнь. Так что естественного суммативно становится не только больше: искусственное появляется как объект противоборства одного естественного против другого естественного. Если конкуренция – это естественное явление в мире естественного, то искусственное есть форма дополнения и усиления какого-либо естественного. И едва ли существует искусственное как «противоестественное вообще». Даже самоубийство вполне естественно, поскольку естественна смерть.

Говоря об естественном, следует иметь в виду, что оно не только индивидуально. Естественные явления возникают на уровне видов и популяций. Вот пример К. Уилсона, от которого голова дарвиниста может «поседеть». Он ссылается на лекции «Живой поток» Алистера Харди, профессора Оксфордского университета [27, с. 112]. Речь идет о приобретенном явлении. Плоские черви Microstomum поедают ядовитые полипы Hydra, но вовсе не для насыщения, а для приобретения ядовитых шипов в качестве «бомб» (для защиты от внешних врагов). Причем, шипы не ломаются. Это оружие черви обрели со временем, то есть явление не относится к числу запрограммированных. Харди и Уилсон грешили на телепатию у червей, поскольку считали дарвинизм беспомощным для надиндивидуального уровня. Мы думаем, что речь идет не обо всем виде, а лишь об отдельной популяции, живущей в непосредственной близости от полипа. С другой стороны, нужна ли необходимость в телепатии у человека, когда он учит прямохождению младенца? Наша гипотеза куда более серьезная: у плоских червей есть что-то вроде культуры. Видимо, есть и творцы культуры, и очень изобретательные особи. Нам они кажутся «на одно лицо», а на деле, они очень разнообразны и обладают различными способностями.

Если идти от индивидуального уровня к популяционному, внутривидовому и межвидовому, то спектр естественного значительно расширяется. Думается, надо предположить и наличие широких адаптационных способностей индивидов различных видов. Возможно, они тоже относятся к генетической составляющей. И еще, куда бы мы ни относили область «противоестественного» – к естественному (живое versus живое) или искусственному, следует исходить из представления о норме. Нормативный характер имеет как естественное, так и искусственное. В области биологии эта идея разрабатывается давно и плодотворно [28]. Многое зависит, конечно, от того, относим ли мы феномен культуры к внеприродным явлениям, или она служит для «продол-

жения и усиления природы». Если она относится к естественным образованиям, то и прямохождение, и укрощение огня, и производящая экономика становятся естественными, как естественным воспринимается сейчас мобильный телефон. Если культура находится вне природы, а служит ее дополнением, то перечисленные явления можно интерпретировать как искусственные образования. И тогда мы найдем массу нейтральных (губная помада или тату), противоестественных (чрезмерное употребление лекарств и алкоголя) и сверхъестественных явлений (перевоплощение, телепатия, рай). При этом, истолкование норм тоже подчиняется принципу относительности. Радиоактивность пагубна для большинства людского населения, она противоестественна. Но есть племя, которое от века живет на берегу смертоносного озера. Возможно, у них возник такой «культур-ген», который расширяет адаптивные возможности организмов. Впрочем, у человеческих «Маугли» могли развиться такие же адаптивные возможности. И примеров этого множество.

Однако, если культура выступает продолжением естественного, то многие нормы сменяются. Пожалуй, за исключением «чрезмерного употребления». И тогда то, что считалось противоестественным, становится нормальным, а некоторые феномены из области сверхъестественного перемещаются в зону вполне естественных явлений. Думается, что мобильные телефоны в античной Греции воспринимались бы как «чудо», но вся их сверхъестественность канула в Лету. И все же признание культуры в качестве естественного явления, которое выступает «катализатором» или «ингибитором» естественного в прижизненный период особей и видов, ко многому обязывает. В таком случае, это явление должно быть и у других видов растений, насекомых и животных. И кто знает, чья «наука» сильнее – человеческая или гриппозная, если культура есть не только у людей, но и у вирусов гриппа? Область искусственного не исчезает, однако само искусственное становится весьма нормативным и зависимым от индивидуальных, популяционных, видовых различий. В случае нашего замера можно вести речь о генерационных различиях: старшее поколение полагает, что алкоголь противоестественен, а для молодежи – это вполне естественное явление.

Кто-то говорил, что создание прекрасного – это умение отсекать лишнее. В мире есть столько вещей, без которых можно обойтись. Думаем, что и в мире искусственного подобных, лишних вещей превеликое множество. Если следовать бритве Оккама, то мы можем установить хотя бы временный водораздел между естественным и искусственным, даже если мы поддерживаем мысль о естественном происхождении культуры.

Список литературы

1. Мандельштам О. Собр. соч.: В 4 т. Т. 1. М.: Арт-Бизнес центр, 1993. 706 с.
2. Барт Р. [1973] Удовольствие от текста // Избранные работы: Семиотика. Поэтика. М.: Прогресс, 1989. С. 462–518.
3. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 310 с.
4. Талбот М. Гологафическая вселенная. М.: Издательский дом «София». 2004. 368 с.
5. Мифы и правда об ЭКО. URL: https://www.kp.ru/putevoditel/yamama/ehko/mify-i-pravda-ob-ehko/.
6. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М. Academia-центр, Медиум. 1995. 334 с.
7. Декарт Рене. Рассуждение о методе. М.: Академический проект, 2011. 335 с.
8. Пушкин А.С. Евгений Онегин // Избранные произведения. М.: Московский рабочий. С. 223–308. 687 с.
9. Федоров Н.Ф. Сочинения / Общая редакция: А.В. Гулыга; Вступ. статья, примеч. и сост. С.Г. Семеновой. М.: Мысль, 1982. 711 с.
10. Розанов В.В. Сумерки просвещения. М.: Педагогика, 1990. 624 с.
11. Ницше Ф. Антихристианин / Ф. Ницше, З. Фрейд, Э. Фромм, А. Камю, Ж.П. Сартр. Сумерки богов. М.: Политиздат, 1990. С. 17–93.
12. Творения Амвросия Медиоланского по вопросу о девстве и браке // Пер. А. Вознесенского. Казань, 1901. 267 с. (репринт: М., 1997; М.: ИСИС. 2000.).
13. Лем С. Возвращение со звезд. М.: Из-во АСТ, 2019. 320 с.
14. Франкфорт Г., Франкфорт Г.А., Уилсон Дж., Якобсен Т. В преддверии философии: духовные искания древнего человека. М.: Главная редакция восточной литературы издательства «Наука», 1984. 236 с.
15. Резник О.Н., Прилуцкий А.М., Лебедев В.Ю., Михель Д.В. Неприятие обществом проблемы посмертного донорства доноров: причины и структура моральных страхов // Вестник трансплантологии и искусственных органов. Том XX1. № 1. 2019. С. 169–177.
16. Фуко М. Надзирать и наказывать: Рождение тюрьмы. М.: Ад Маргинем Пресс, 2016: 7–9. Foucault M. Dis-cipline and punish: the birth of the prison. M.: Ad Margi-nem Press, 2016: 7–9 [in Russ.].
17. Толстова Ю.Н. Измерение в социологии: Курс лекций. М.: ИНФРА–М, 1998. 224 с.
18. Хакен Г. Принципы работы головного мозга: Синергетический подход к активности мозга, поведения и когнитивной деятельности. М.: «Пер сэ», 2001. 314 с.

19. Закутина Е.С. Боль: медицинская история и предпосылки социологического анализа // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. Научный журнал. 2018. № 4. С. 137–147.

20. Пармон В.Н. и др. Фотокаталитическое преобразование солнечной энергии. Ч.2. Молекулярные системы для разложения воды. Новосибирск: Наука, 1985. 330 с.

21. Биша Мари Франсуа Квасе // Большая советская энциклопедия: [в 30 т.] / под ред. А. М. Прохорова. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1969.

22. Самойлов Александр Филиппович // Большая советская энциклопедия: [в 30 т.] / гл. ред. А.М. Прохоров. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1969–1978.

23. Социологические размышления. Интервью с проф. Н. Луманом // Проблемы теоретической социологии. СПб.: Петрополис, 1994. С. 236–248.

24. Цит. по: Малышев Б.Т. Определение жизни должно быть сущностным./ О сущности жизни. М.: Из-во «Наука», 1964. С. 316–328.

25. Моисеев В.И. Традиции и новации в философии и биомедицине / Философские проблемы биологии и медицины: Вып. 3. Традиции и новации: Сб-к материалов 3 ежегодной научно-практической конференции. М.: Изд-во «Принтберри», 2009. 584 с.

26. Харари Ю.Н. Homo Deus. Краткая история будущего / Юваль Ной Харари: (пер. с англ. А. Андреева). М.: Синдбад, 2019. 496 с.

27. Уилсон К. Оккультное. М.: Республика-Терра, Книжный клуб. 2001. 528 с.

28. Carolyn Price. Rationality, biology and optimality // Biology and Philosophy November. 2002. Volume 17. Issue 5. Pp. 613–634.

HUMAN BODY: DRAWING THE LINE BETWEEN THE NATURAL AND THE ARTIFICIAL

A.M. Bekarev[1], G.S. Pak[2]

[1] Doctor of Philosophy, Professor, Professor, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

[2] Doctor of Philosophy, Professor, Professor, Department of Philosophy, Physical Faculty, Lobachevsky University

The paper looks at the problem of the balance between the natural and the artificial in a human body. The human body itself is a source of uneasy problems. On the one hand, it seems that the artificial zone is expanding. However, as a result of a deeper analysis, the authors come to the conclusion that the artificial emerges in the intersection zone of two (many) natural worlds.

Keywords: natural, artificial, human, body, unnatural, biorational, disease, life, fears of death, death, extracorporal fertilization.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ*

Г.Л. Воронин[1], А.Д. Крамер[2]

[1]Доктор социологических наук, доцент, профессор кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского; ведущий научный сотрудник Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (ФНИСЦ РАН)

[2]Магистрантка кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Рассматривается положение инвалидов на рынке труда в России; влияние на трудоустройство инвалидов реализуемых государством мер социальной политики. Чтобы проанализировать их эффективность, предпринято авторское исследование в Нижегородской области в ноябре-декабре 2018 г. В его рамках были проведены экспертные интервью с представителями некоммерческих, общественных и государственных организаций. Выявлены причины низкой занятости инвалидов и пути решения данной проблемы.

Осуществлен сравнительный анализ социальных и экономических характеристик людей с инвалидностью и без инвалидности в современной России на основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE), 1993–2018 гг.». В качестве респондентов выступали лица от 18 лет и старше в период с 2003 по 2018 гг.

Ключевые слова: занятость, социальная политика, люди с ограниченными возможностями здоровья, квотирование рабочих мест, уровень жизни.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более миллиарда человек по всему миру (что составляет примерно 15% мирового населения) живут с какой-либо формой инвалидности [1]. В России на начало 2019 г. проживало чуть менее 12 млн. человек с инвалидностью (8,2% от всего населения) [2]. Проблема инвалидности довольно много обсуждается в современном обществе из-за постоянно растущего количества людей, имеющих инвалидность, их социальной незащищенности, проблем в сфере труда, образования и других сферах жизнедеятельности.

Наличие инвалидности, как правило, затрагивает все сферы жизни человека и может накладывать серьезные ограничения на его жизнь. Инвалид-

* Выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Нижегородской области в рамках научного проекта №18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной нижегородской семьи».

ность может оказывать серьезное негативное влияние на качество жизни в целом и приводить к эмоциональным проблемам, проблемам в семье и сообществе [3]. Люди с инвалидностью больше подвержены риску бедности, нежели люди без инвалидности. Если говорить про трудоустройство, то наступление инвалидности может привезти к тому, что заработок (особенно у тех, кто имеет наиболее серьезные нарушения здоровья), а также другая экономическая активность человека начнут снижаться [4]. А.В. Демьянова обращает внимание на следующие проблемы, с которыми сталкиваются инвалиды в сфере занятости: дискриминация при приеме на работу; дестимулирующее влияние институтов социальной поддержки на предложение и спрос на труд инвалидов; нарушения здоровья, которые сказываются на производительности труда и ограничивают выбор профессии; более низкий уровень образования у людей с инвалидностью [5]. А.А. Шабунова и Л.Н. Фахрадова к проблемам трудоустройства инвалидов относят и средовые барьеры (отсутствие развитой инфраструктуры); отсутствие экономических стимулов к труду, так как зарплата у работников с инвалидностью меньше, чем у работников без нее; несовершенство инструментов трудоустройства инвалидов; отсутствие психологических стимулов для работы; дискриминация со стороны работодателей и более низкий профессионально-квалификационный статус людей с инвалидностью [6]. Сами инвалиды среди проблем при трудоустройстве в первую очередь выделяют: наличие ограничений из-за состояния здоровья; недостаточную информированность по вопросам трудоустройства; нежелание работодателей нанимать людей с инвалидностью; отсутствие рабочих мест с неполным рабочим днем [7]. Разрешение данных проблем декларируется в качестве цели социальной политики государства.

В последние годы в России стало все больше внимания уделяться положению инвалидов и их интеграции во все сферы жизнедеятельности, в том числе и на рынок труда. Из-за своей многочисленности инвалиды как социальная группа обладают большим социальным и трудовым потенциалом. Понимая это, государство предпринимает соответствующие меры, которые бы способствовали занятости инвалидов.

В России активно развивается законодательство в сфере трудоустройства инвалидов. Основополагающим законом является ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», впервые принятый в 1995 г. Данный закон предусматривает меры по реабилитации инвалидов, в том числе профессиональной. Помимо этого, в данном законе прописаны меры, которые направлены на поддержку и стимулирование спроса на труд инвалидов, повышение защищенности инвалидов на рынке труда. К таким мерам относятся: установле-

ние квот на трудоустройство инвалидов; создание условий для предпринимательской деятельности инвалидов; создание условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации, абилитации; резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов; организация обучения инвалидов новым профессиям [8].

В последние годы законодательство России, регулирующее положения инвалидов, претерпело существенные изменения, толчком для этого послужила Конвенция о правах инвалидов ООН, которая была принята Генеральной Ассамблеей 13 декабря 2006 г. Россия подписала эту конвенцию в 2008 г., а в 2012 г. ее ратифицировала. Данная конвенция носит не рекомендательный, а обязательный характер. Её ратификация означала, что Россия берет на себя обязательства по защите прав инвалидов, предотвращении их дискриминации, а также создания всех условий для повышения уровня жизни людей с ограниченными возможностями [9].

Вследствие этого была принята государственная программа «Доступная среда» [10]; было изменено большое количество законов для включения инвалидов в общественную жизнь [11]; приняты национальные стандарты, санитарные правила для улучшения трудовых условий инвалидов [12; 13; 14].

Чтобы понять, как социальная политика государства в сфере занятости инвалидов реализуется на практике, какое влияние она оказывает на трудоустройство инвалидов, мы провели интервью с экспертами в этой области. Но перед тем как обратиться к экспертным интервью, необходимо проанализировать положение инвалидов в России в целом. В основе нашего анализа лежат данные «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)» в период с 2003 по 2018 гг. [15].

По данным RLMS-HSE, в период с 2003 по 2018 гг. наличие инвалидности[*] было выявлено у 7,2–9,0% населения России (рис. 1). В 2018 г. 7,2% россиян имели инвалидность, это минимальный показатель за весь период обследования.

Распределение инвалидов по группам со временем претерпело изменения: если доля инвалидов I-ой группы оставалась достаточно стабильной на протяжении всего рассматриваемого периода, то доля инвалидов III-ей группы значительно выросла (с 21% в 2003, до 40% в 2018), а II-ой группы сократилась (с 67% до 50%). Стоит отметить, что эти данные в целом сопоставимы с данными Росстата.

[*] Вопрос был сформулирован следующим образом: «Скажите, пожалуйста, назначена ли Вам какая-нибудь группа инвалидности?»

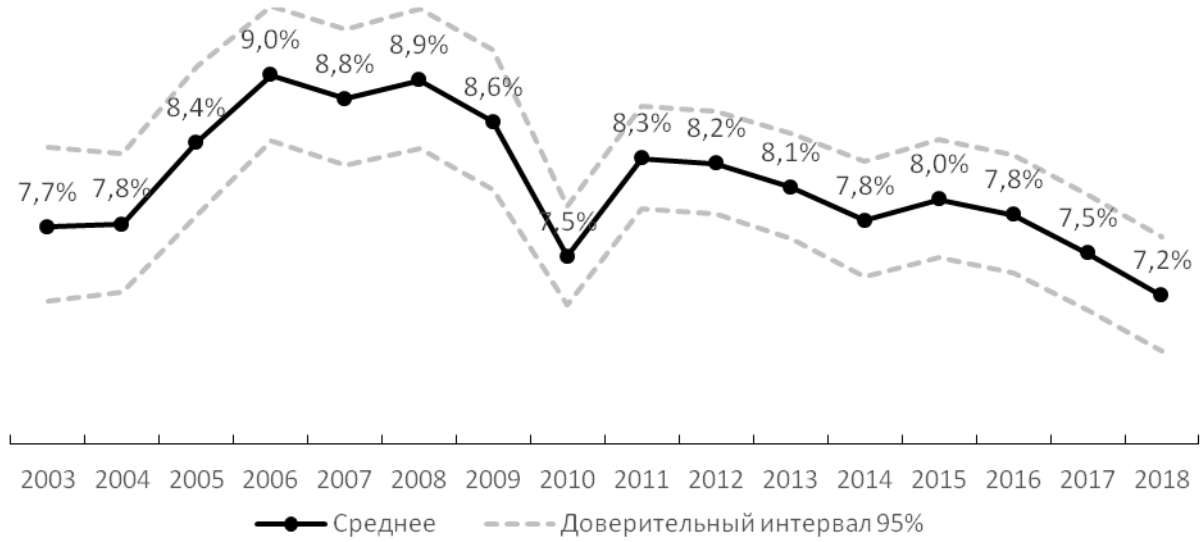


Рис. 1. Доля населения России, имеющего группу инвалидности, 2003–2018 гг., в %

Среди инвалидов преобладают женщины и люди старшей возрастной группы (в целом за весь период обследования более 60% инвалидов относились к людям пенсионного возраста). Это может объясняться в первую очередь тем, что женщин в нашей стране значительно больше, чем мужчин (и чем старше люди, тем больше это различие заметно), и тем, что проблемы со здоровьем проявляют себя чаще в более позднем возрасте. Данные RLMS-HSE подтверждают данные суждения. По данным RLMS-HSE в период с 2003 по 2018 гг., около 60÷61% всех мужчин-инвалидов получают первичную инвалидность до 65-летнего возраста, среди женщин-инвалидов только 29÷30% получают инвалидность до 60-летного возраста. Примерно с возраста 60 лет доля женщин-инвалидов начинает превышать долю мужчин-инвалидов в 1,5–2,0–2,5 раза вплоть до 90-летнего возраста, что связано с большей продолжительностью жизнью женщин по сравнению с мужчинами (рис. 2).

Согласно данным мониторинга, средний возраст назначения инвалидности на протяжении всего рассматриваемого периода варьировался от 50,9 до 55,7 лет. Максимума он достиг в 2007 г. и с тех пор стабильно снижался (за исключением 2014 г.). Вместе со снижением возраста назначения инвалидности происходит и рост стажа инвалидности. В 2018 г. в среднем стаж инвалидности составил 12,9 лет против 8,2 лет в 2004 г.

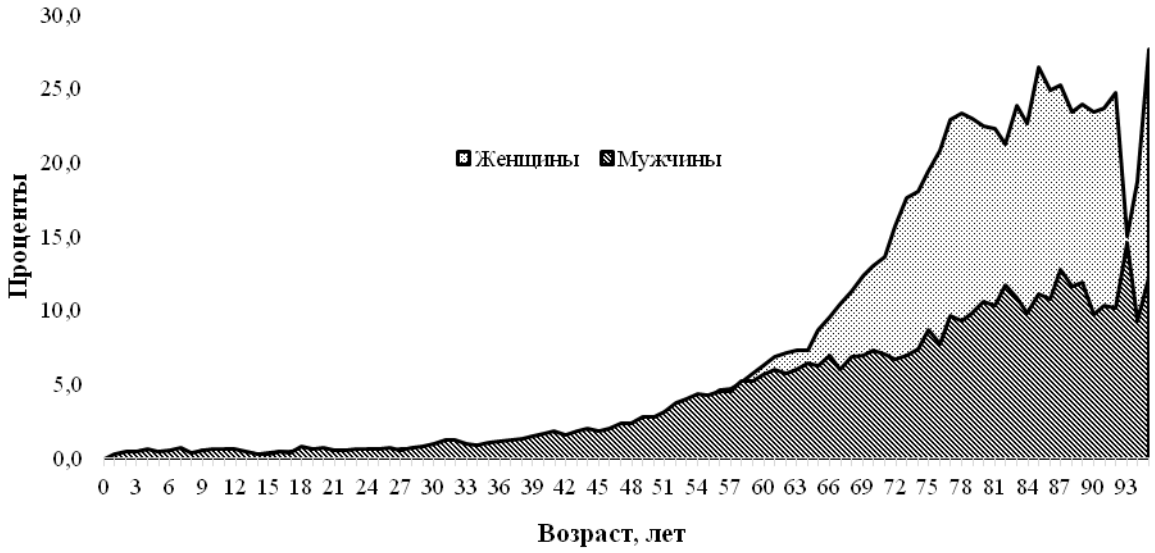


Рис. 2. Возраст первичного назначения инвалидности мужчинам и женщинам, 2003–2018 гг., в %

Данные RLMS-HSE позволяют оценить уровень образования инвалидов и как он соотносится с уровнем образования людей без инвалидности. Среди инвалидов значительно больше людей, которые не обладают средним школьным образованием (24–41% против 19-25%), хотя это число в последние годы постоянно сокращается. Позитивная тенденция заметна и при рассмотрении людей со средним образованием. Если в середине 2000-х разрыв между двумя группами составлял более 10%, то в 2018 г. он сократился до минимума и составил 0,5%. Группы инвалидов и неинвалидов со средним специальным образованием примерно одинаковы (23,2% против 25,9% в 2018 г.). То есть на данных ступенях образования мы четко можем наблюдать позитивные тенденции. При этом заметна противоположная тенденция при сравнении инвалидов и неинвалидов, имеющих высшее образование. С 2003 г. разрыв между двумя группами вырос с 2,5% до 5,5% в 2018 г. (максимума был достигнут в 2010 г. – 7,8%, см. рис. 3).

Данные RLMS-HSE указывают и на значительно более низкий уровень занятости инвалидов, чем людей без инвалидности (рис. 4). Причем на протяжении всего периода обследования этот уровень оставался довольно стабильным, то есть можно сделать вывод, что применяемые государством меры включения инвалидов, не имеющих противопоказаний к трудовой деятельности, не приносили серьезных результатов.

Рис. 3. Динамика изменения доли лиц с высшим образованием среди инвалидов и неинвалидов, 2003–2018 гг., в %

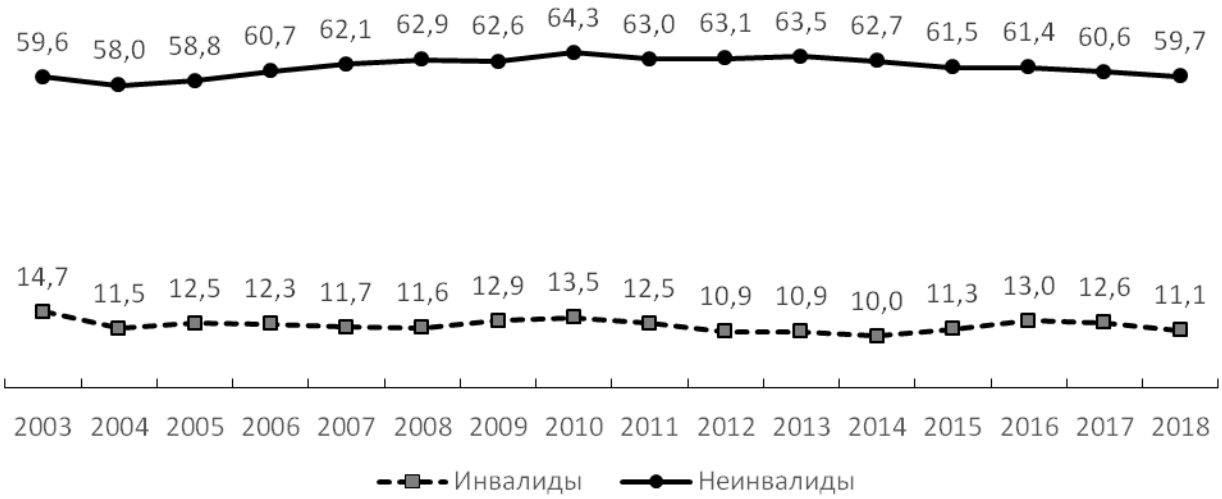


Рис. 4. Уровень занятости инвалидов и неинвалидов, 2003–2018 гг., в %

Данные RLMS-HSE позволили нам сравнить и размер доходов, заработной платы и пенсий людей с инвалидностью и без, а также людей с разными группами инвалидностей. Стоит уточнить, что под доходами в мониторинге понимались все денежные выплаты, которые человек получил за месяц, в том числе зарплату, пенсию, премии, какую-либо прибыль. Под заработной платой понимались именно деньги, полученные на основном месте работы, то есть данный вопрос содержит сведения только о тех, кто являлся устроенным на работу к моменту проведения исследования.

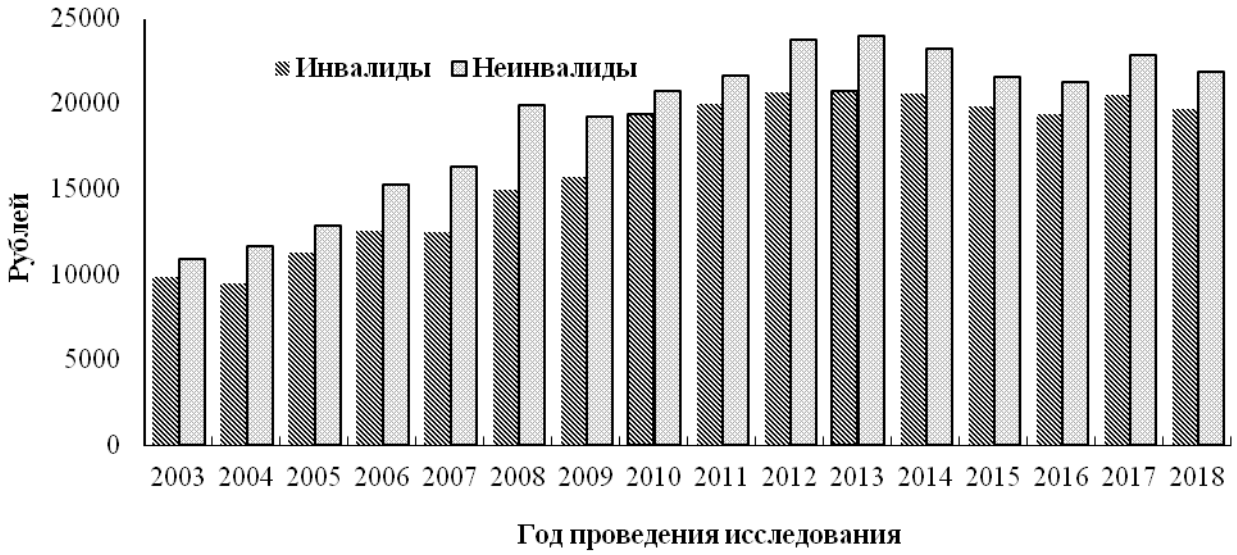


Рис.5. Динамика изменения среднего индивидуального дохода за месяц, 2003–2018 гг., в рублях 2018 г.

В среднем доход инвалидов за весь период обследования был меньше дохода неинвалидов на 2,7 тысячи рублей, или 15% (рис. 5). Доход обеих групп стабильно рос на протяжении всего рассматриваемого периода, вплоть до 2014 г., когда в России начался кризис. Если брать за основу для сравнения только заработную плату людей, то здесь разрыв между двумя группами значительно больше. В среднем за весь период наблюдения зарплата неинвалидов была на 5,5 тысяч рублей, или на 23% больше. Объяснением этого может быть: дискриминация со стороны работодателей; сокращенный рабочий день; меньшая производительность труда по сравнению с другими работниками; значительный процент инвалидов занят в менее оплачиваемых сферах трудовой деятельности. При сравнении размеров пенсий инвалиды ожидаемо получают больше – в среднем на 13% за весь период обследования.

В рамках анализа мы сравнили доходы инвалидов разных групп (рис. 6). В результате оказалось, что доходы инвалидов 1-ой группы выше доходов инвалидов 2-ой и 3-ей группы (на 7% и 2%, соответственно). Скорее всего такое преимущество обеспечивается за счет более высоких пенсий инвалидов 1-ой группы, на что указывает и наш анализ. Так, пенсии инвалидов 1-ой группы в среднем были больше инвалидов 2-ой и 3-ей группы на 16% и 29% соответственно. Можно предположить, что такой разрыв инвалиды 3-ей группы компенсируют зарплатой, получаемой на работе, так как они являются наиболее трудоспособной группой.

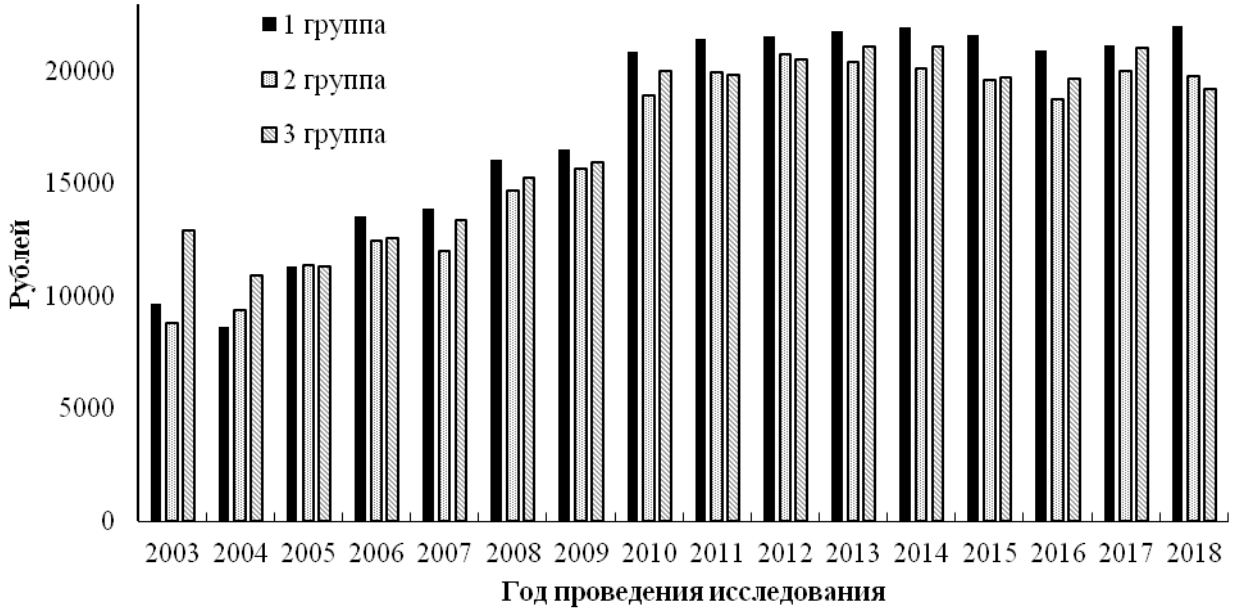


Рис.6. Динамика изменения среднего дохода в месяц среди разных групп инвалидов, 2003–2018 гг., в рублях 2018 г.

Переходя к исследованию здоровья инвалидов, в первую очередь мы выяснили, как люди с инвалидностью и без нее оценивают свое здоровье. При самооценке здоровья ожидаемо виден сдвиг в сторону «плохих» оценок у инвалидов (рис. 7). Инвалиды значительно чаще оценивали свое здоровье как плохое (53–64%), а о хорошем здоровье говорила лишь незначительная часть (2–5%). Несмотря на это, все равно достаточно большое количество инвалидов оценивают свое здоровье как среднее (34–44%). То есть, можно говорить, что значительная часть инвалидов не рассматривает себя в качестве нездоровых людей, несмотря на функциональные ограничения. Среди людей без инвалидности ситуация диаметрально противоположная, лишь около 6–11% оценили свое здоровье как плохое (в среднем за весь период обследования 7,4%), большинство оценили его как хорошее (34–51%) или среднее (43–55%).

Стоит отметить, что в вопросе оценки своего здоровья четко видны гендерные различия между мужчинами и женщинами. Мужчины вне зависимости от наличия инвалидности оценивали свое здоровье более позитивно, нежели женщины. Так, например, количество мужчин с инвалидностью, которые оценивали свое здоровье как хорошее, в разное время варьировалось от 2,4% до 6,7%, в то время как у женщин этот показатель составил всего от 0,6% до 3,5%. В среднем, за весь период обследования чуть больше 51% мужчин оценивали свое здоровье как плохое, в то время как у женщин это показа-

тель равен почти 61%. У людей без инвалидности тоже заметны эти тенденции (рис. 8).

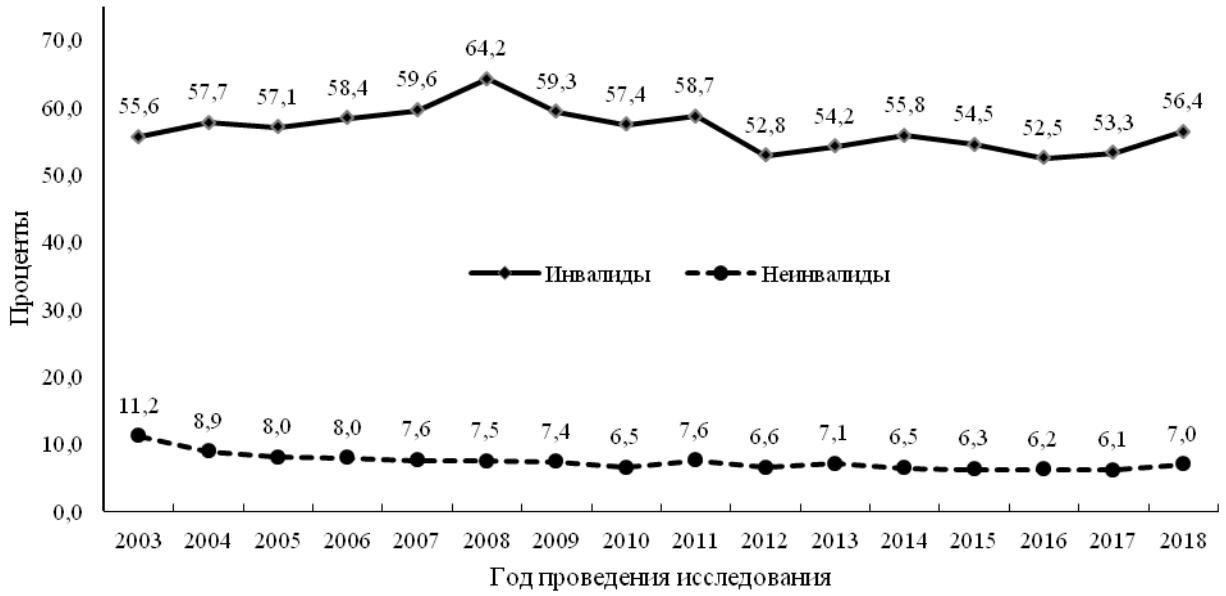


Рис. 7. Доля инвалидов и неинвалидов, которые оценивают свое здоровье как «плохое», 2003–2017 гг., в %

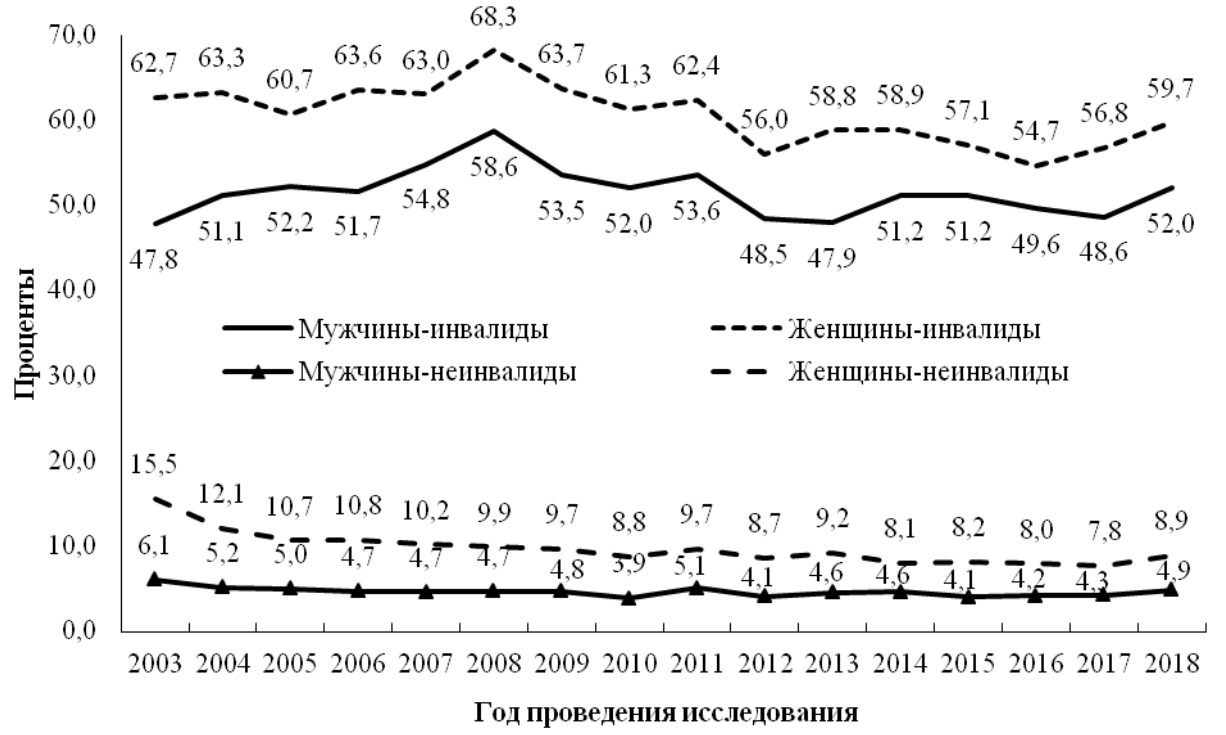


Рис. 8. Динамика изменений доли мужчин и женщин с инвалидностью и без инвалидности, оценивающих свое здоровье как «плохое» в период с 2003 по 2018 гг., в %

Важным показателем здоровья является наличие у человека тех или иных хронических заболеваний. Здесь ожидаемо хронические заболевания

превалируют в группе инвалидов. За период исследования между 2003 и 2018 гг. от 47 до 55% инвалидов имели хронические заболевания сердца, в том время как среди неинвалидов только 8–13%. Заболевания желудочно-кишечного тракта были выявлены у 28–35% инвалидов и только у 6–17% людей без инвалидности. Среди инвалидов 17–24% имели хронические заболевания печени, у неинвалидов этот показатель равен 4–9%. Больше трети инвалидов (31–38%) имели проблемы с позвоночником, у людей без инвалидности всего 6–17%. В 2018 г. почти половина инвалидов имели заболевания сердца; более трети имели проблемы с позвоночником; у каждого пятого были проблемы с почками. Показатели людей, у которых нет инвалидности, были значительно лучше (см. таб. 1).

Таблица 1

Наличие хронических заболеваний у инвалидов и неинвалидов по данным RLMS-HSE в 2018 г., %

Вид хронического заболевания	Доля лиц, имеющих хроническое заболевание	
	Инвалиды	Неинвалиды
Заболевания сердца	46,8	8,0
Заболевания позвоночника	37,0	14,0
Заболевания желудочно-кишечного тракта	31,3	14,5
Заболевания почек	18,1	5,5
Заболевания печени	17,4	4,7
Заболевания легких	15,8	5,2

В рамках оценки здоровья важным представлялось проанализировать ментальное здоровье инвалидов. В рамках мониторинга респонденты отвечали на вопрос, были ли у них серьезные нервные расстройства и депрессии за последний год. В среднем каждый пятый человек с инвалидностью отвечал положительно на этот вопрос, в то время как у людей без инвалидности только 8%.

Особое внимание при анализе положения инвалидов было уделено их социально-психологическому самочувствию. Например, уровень удовлетворенности жизнью инвалидов значительно ниже, чем у людей без инвалидности (23–37% и 33–55%, соответственно, см. рис. 9). В среднем доля лиц без инвалидности, удовлетворенных жизнью, на 15–16 процентных пунктов превышает долю лиц с инвалидностью, удовлетворенных жизнью. О неудовлетворенности жизнью за весь период наблюдения говорили 41–60% инвалидов, причем этот показатель постоянно снижался вплоть до 2014 г. У неивалидов это показатель составил 21–44%. Обе группы почти в равной степени оценивают свою удовлетворенность как среднюю (17–23% у инвалидов про-

тив 22–27% у неинвалидов). Несмотря на достаточно большой разрыв в ответах, у обеих групп заметны положительные тенденции в оценке своей удовлетворённости жизнью.

В зависимости от места жительства наибольшую удовлетворенность жизнью выражают инвалиды, проживающие в поселках городского типа (40–45%), затем инвалиды, проживающие в областных центрах и городах (30–35%), и замыкают этот рейтинг инвалиды, проживающие в селе (около 30%).

Удовлетворенность жизнью во многом определяется уровнем индивидуального дохода. У инвалидов неудовлетворенных жизнью индивидуальный доход примерно на четверть ниже, чем у инвалидов, удовлетворенных жизнью. Например, в 2018 г. средний уровень дохода первых составлял 17300 рублей, а вторых – 22000 рублей. Отметим, что доход удовлетворенных жизнью неинвалидов превышает доход неудовлетворенных жизнью неинвалидов примерно на 1/3 (около 7700 рублей).

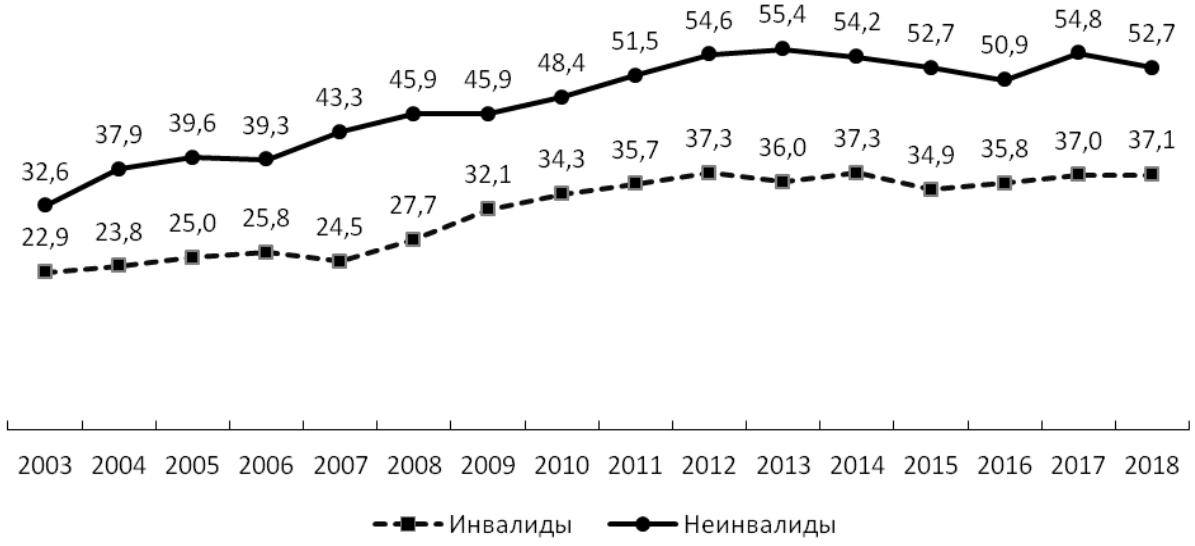


Рис. 9. Динамика изменения доли лиц удовлетворенных своей жизнью, 2003–2018 гг., в проц.

Анализ уровня материальной удовлетворенности между двумя группами (инвалиды/неинвалиды) показал отсутствие статистически значимых различий. Если о неудовлетворенности своего материального положения говорили 53–70% инвалидов, то у неинвалидов этот показатель составил 55–66%. Около 13–18% инвалидов оценили свою удовлетворенность материальным положением как среднюю, у неинвалидов этот показатель составил 17–20%. Об удовлетворенности инвалиды говорили чаще, чем неинвалиды (16–30% против 17–27%), даже несмотря на то, что в среднем инвалиды имеют доход меньше, чем неинвалиды. В целом заметен стабильно

высокий уровень недуовлетворенности материальным положением у всего населения, вне зависимости от наличия инвалидности.

Для определения того, насколько оптимистично люди смотрят в будущее, мы проанализировали вопросы о том, обеспокоены ли они, что не смогут в будущем обеспечить себя самым необходимым, и беспокоит ли их потеря своей работы?

При ответе на первый вопрос отсутствуют статистически значимые различия в ответах инвалидов и неинвалидов. И тех, и других беспокоит, что они не смогут обеспечить себя необходимым в ближайшие 12 месяцев (61–74% инвалидов против 65–71% неинвалидов). О своем будущем не беспокоились 16–27% инвалидов и 18–24% людей без инвалидности. Для обоих рассматриваемых групп характерен и высокий уровень обеспокоенности, когда речь заходит о потере работы (42–69% инвалиды, 52–65% неинвалиды). Значительное количество как инвалидов, так и неинвалидов не беспокоятся по данному вопросу (17–42% против 22–37%). Как видим, значительное большинство людей в будущее смотрят пессимистично, причем наличие или отсутствие инвалидности не оказывает значительного влияния.

На основе анализа данных RLMS-HSE можно сделать вывод, что наличие инвалидности в целом оказывает серьезное негативное влияние на положение человека в России, в том числе в сфере занятости. Чтобы более подробного рассмотреть положения инвалидов в трудовой сфере, стоит обратиться к результатам авторского исследование.

В ноябре-декабре 2018 г. было проведено исследование «Опыт реализации мер социальной политики в сфере занятости инвалидов в Нижегородской области», целью которого являлся анализ мер социальной политики, которые осуществляются в сфере занятости инвалидов. В рамках данного исследования были проведены интервью с представителями государственных, общественных и некоммерческих организаций, расположенных в Нижнем Новгороде и Дзержинске, которые оказывают ту или иную помощь и поддержку инвалидам. Было опрошено 12 экспертов: представители Центров занятости Нижнего Новгорода и Дзержинска, региональных отделений (Нижнего Новгорода и Дзержинска) Всероссийского общества инвалидов и Всероссийского общества слепых, а также всех ведущих некоммерческих и общественных организаций в Нижнем Новгороде, которые оказывают помощь взрослым инвалидам, в том числе и в трудовой сфере. Возраст опрошенных экспертов составлял от 30 до 60 лет, все эксперты имеют высшее образование. Стаж работы экспертов в организациях, которые помогают инвалидам, варьировался от

2 до 30 лет. Эксперты отвечали на вопросы о занятости инвалидов в регионе, с какими препятствиями сталкиваются инвалиды на рынке труда, какие меры осуществляет государство, чтобы стимулировать занятость людей с ограниченными возможностями.

Все организации, чьи представители приняли участие в исследовании, существуют уже не один год. У них четко выстроена работа, они знают, кто их клиенты, сами клиенты знают их. Во главе большинства опрошенных организаций стоят люди, у которых есть ограничения по здоровью, поэтому они понимают, какие проблемы и потребности могут быть у людей с инвалидностью. Данные организации занимаются решением широкого спектра проблем – от защиты прав и интересов инвалидов до проведения культурных и спортивных мероприятий для инвалидов. Большинство организаций существуют на некоммерческой основе, и их деятельность осуществляется за счет грантов или привлечения средств спонсоров/партнеров.

Все организации, эксперты которых были опрошены в рамках исследования, поддерживают контакт друг с другом. Общественные и некоммерческие организации Нижнего Новгорода находятся в тесном сотрудничестве друг с другом. Участвуют в одних и тех же мероприятиях, посещают одни и те же конференции, входят в различные группы/комиссии. Общественные организации находятся в контакте с государственными органами исполнительной власти, в первую очередь, с центрами занятости. Исходя из бесед со специалистами, данное сотрудничество часто заключается в том, что центры занятости предоставляют информацию организациям о том, каких инвалидов ищут работодатели, какие для них есть места в настоящий момент и организации пробуют найти на данное место подходящего инвалида. Интервьюеры дают понять, что в Нижнем Новгороде выстроена довольно стройная система тесного взаимодействия между всеми главными организациями. Конечно, организации инвалидов сотрудничают не только друг с другом, они также привлекают различных партнеров для реализации тех или иных проектов, мероприятий. Среди них могут быть и образовательные, и медицинские организации, оказывающие реабилитационные услуги, коммерческие и некоммерческие организации.

После выяснения, как организована работа, было важно узнать, какие взгляды у представителей организаций инвалидов на занятость инвалидов, какие препятствия стоят перед инвалидами и как их преодолеть. Для начала было необходимо узнать с их точки зрения, каковы главные причины низкой занятости инвалидов. Многие опрошенные отмечали, что процесс трудо-

устройства достаточно многогранен и сложно выделить какую-то основную причину. Низкая занятость может быть обусловлена, например, теми стереотипами, что есть у работодателей о работниках с инвалидностью. Часто они сами не знают, что требуется работнику, у которого есть инвалидность, как у него будет строиться процесс работы. Важным компонентом трудоустройства является и профессиональная ориентация, которая, по словам респондентов, либо отсутствует, либо организована неправильно. Один из специалистов говорил о том, что адресно работа с инвалидами не ведется и это тоже одна из причин низкой занятости. Вопрос мотивации играет свою роль, так как часто инвалидам предлагается низкооплачиваемая работа или на самой работе платят меньше, чем коллегам, и, следовательно, инвалиды теряют интерес к работе и предпочитают оставаться дома. Вместе с мотивацией респондентами упоминалось, что те инвалиды, которые реально хотят работать, они работают. Еще один респондент отметил, что низкая занятость может быть следствием в целом экономической ситуации в стране, что работу сложно найти не только инвалидам, но и людям без нарушений здоровья. Стоит отметить, что респонденты практически ничего не говорили про образование и как оно может повлиять на способность человека найти работу. Даже наоборот, один из отвечающих отметил, что в настоящий момент образование не является препятствием, так как образовательных программ, доступных инвалидам, сейчас очень много. То есть, как мы видим, консенсуса мнений по этому вопросу нет.

«*Экономическая ситуация в стране на занятость инвалидов тоже откладывает свой отпечаток. Закрываются предприятия специальные, коммерческие организации, индивидуальные предприниматели. Никто обычных-то нанимать не хочет, не то что инвалидов. Это имеет значение» (Общественная организация «Камерата», женщина, высшее образование).*

«Какова, по вашему мнению, главная причина низкой занятости инвалидов? – Первая причина – это стереотипы, которые есть в обществе. Очень сложно работодателю понять, каким образом незрячий будет работать, понять, что он может быть вполне…ну сначала смотрят на человека как на инвалида, а уже потом как на специалиста» (Тифлоцетр ННГУ, женщина, высшее образование).

Неотъемлемым элементом процесса трудоустройства является работодатель. В процессе проведения интервью, необходимо было узнать, заинтересованы ли сами работодатели нанимать инвалидов или нет. Единого мнения по этому вопросу не было. Одна часть представителей некоммерческих органи-

заций отмечали, что существуют работодатели, которые заинтересованы в найме инвалидов, и они сами активно обращаются к ним в организации для содействия в найме. Причем в последние годы количество этих запросов увеличилось. Но обращение за помощью в найме еще не значит, что они обязательно возьмут инвалида на работу. Респонденты в интервью отмечали, что, обращаясь за помощью, работодатели видимо сами не понимают, чего они хотят, или не понимают, как процесс работы инвалида будет строиться и поэтому после поиска они часто в итоге отказываются от устройства инвалида. Таким образом, можно сказать, что одним из препятствий для найма инвалидов является слабая информированность работодателей. Респонденты отмечали, что существует проблема формального трудоустройства инвалидов, когда их просто зачисляют на работу, чтобы выполнить квоту, но как таковую работу они не выполняют. Это рассматривается как негативный процесс, потому что тогда инвалиды остаются дома и выключаются из процесса социализации. Стоит отметить, что более позитивно говорили о работодателях общественные и некоммерческие организации.

Представители центров занятости Нижнего Новгорода и Дзержинска придерживались противоположной точки зрения. Они считали, что работодатели не заинтересованы в найме инвалидов. В первую очередь, это связано с тем, что работодателю просто невыгодно в существующих условиях нанимать инвалида. По словам специалиста Дзержинского центра занятости, для них «это лишняя волокита, им надо пройти аттестацию, это лишние средства». При этом каких-то серьезных механизмов стимулирования работодателей у государства в данный момент нет.

«Бывает, некоторые [работодатели] подходят и говорят «мы бы взяли, подберите нам хорошего инвалида». «Хорошего» – это значит практически здорового, как правило. Все хотят, чтобы человек занимал одну должность, а работу выполнял за троих. Основная масса ищет [в центре занятости] именно тех, кто работать может. Именно чтобы инвалиды – таких рабочих мест у нас нет» (Центр занятости населения г. Дзержинск, женщина, высшее образование).

Такой же точки зрения придерживалась и другая часть представителей некоммерческих организаций. С их точки зрения, работодатели не заинтересованы в найме инвалидов, а если и заинтересованы, то только на низкоквалифицированные и низкооплачиваемые работы. Выше уже упоминалось, почему это так: работодатели сами не осведомлены об устройстве инвалидов, а

также в настоящий момент отсутствует какой-либо механизм воздействия на работодателей.

«Когда квотируемые рабочие места появляются, когда работодатель их только выделяет, он ведь готов брать на них людей. А потом постепенно он поодстреливается и всю свою бурную деятельность по поискам инвалида прекращает. Потому что видит, что наказания нет» (НРООИ «Инватур», женщина, высшее образование).

В рамках исследования экспертам был задан вопрос, как лучше стимулировать работодателей – увеличить штрафы для них или, может, предоставить какие-то налоговые послабления? В целом, большинство представителей сказали, что работодателей, скорее, надо стимулировать, например, через налоговые льготы, нежели наказывать, накладывать на них санкции. Многие отметили, что в настоящий момент работодателям выгоднее заплатить штраф, чем создавать специальное место и нанимать на него инвалида. Несколько человек отметили, что раньше государство предоставляло больше стимулов для работодателей, чем в настоящий момент.

Особое внимание в исследовании было уделено квотированию рабочих мест, так как это один из основных механизмов государства по повышению занятости инвалидов. В целом, к самой идее квотирования рабочих мест представители общественных организаций относятся нейтрально или положительно, сам факт существования такой программы не вызывает недовольства с их стороны. Но вопрос в другом – является ли данный механизм эффективным, работает ли он? Опрошенные эксперты сошлись во мнении, что квотирование рабочих мест в том виде, в котором оно существует в данный момент, не работает. Главная причина этого – отсутствие проработанных механизмов его осуществления. В первую очередь, это проявляется в том, что отсутствует адресность в создании таких мест. В настоящий момент, в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ», квота распространяется на предприятия в зависимости от их размера, при этом не учитывается специфика их деятельности. То есть, некоторые организации не могут взять к себе инвалида по объективным причинам, но создать место они должны. А другие предприятия, которые могли бы взять к себе больше инвалидов, уже выполнили установленную квоту, и больше не будут нанимать людей с ограниченными возможностями. Как отметил один из руководителей общественной организации, если предприятию, которое по объективным причинам не может нанять инвалида, но ему это вменить в обязанность, то это может привести к фиктивному/формальному устройству инва-

лидов, а мы уже выяснили, что это не будет способствовать развитию и социализации инвалида.

Другая проблема квотирования заключается в том, что в данный момент организациям для того, чтобы выполнить закон о квотировании, всего лишь достаточно создать квотируемое рабочее место, а нанимать на него кого-то им уже не обязательно. Это уже упущение нормативно-правового характера.

«В Нижнем Новгороде у нас с этим не очень хорошо, и закон о квотировании, вроде, как и есть, но, если нет доброй воли предприятия, работающего механизма, который заставлял бы соблюдать квоты, не существует» (Тифлоцентр ННГУ, женщина, высшее образование).

Среди основных причин низкой занятости инвалидов назовем следующие: в данный момент отсутствуют эффективные механизмы, которые стимулировали бы работодателей нанимать людей с ограниченными возможностями здоровья; слабая информированность работодателей о найме инвалидов; проблемы (недочеты) в нормативно-правовом регулировании механизмов, направленных на повышение занятости инвалидов.

Среди других проблем социальной политики несколько респондентов выделили такую, как индексация пенсий, а точнее ее отсутствие у работающих инвалидов. По словам представителей некоммерческих организаций, некоторые инвалиды боятся потерять те деньги, что у них уже есть и, в связи с этим, могут избегать официального устройства на работу или трудоустройства вообще.

Без внимания не осталась проблема доступной среды. По словам экспертов, доступность среды может стать серьезным барьером в процессе поиска работы. Проблемы с инфраструктурой серьезно сужают круг доступных работ, профессий для инвалидов. Но, как отмечают респонденты, в связи с реализацией программы «Доступная среда» в данном направлении происходит некоторый прогресс. Инвалиды все чаще «выходят на улицу» (их присутствие все более заметно в городе), а, следовательно, и на работу.

В целом, большинство представителей некоммерческих организаций отметили, что положение инвалидов в обществе становится лучше. Тема инвалидности приобретает большую популярность, люди более толерантно относятся к инвалидам. Респонденты отмечали, что на законодательном уровне права инвалидов стали защищаться лучше, в том числе в сферах образования и трудоустройства. Многие связывали это с принятием и ратифицированием «Конвенции о правах инвалидов». Инвалидам стало комфортнее жить, их присутствие стало более заметным в городе, теперь они не сидят по домам.

Постепенно происходит развитие доступной среды. Но были пару человек, которые сказали, что ситуация стала хуже, чем была раньше. Они это связывали прежде всего с тем, что раньше количество инвалидов, устроенных на работу, было больше, чем сейчас (доступная статистика данного суждения не подтверждает).

На основе ответов респондентов можно предложить следующие шаги по решению проблемы низкой занятости инвалидов.

В первую очередь, изменения должны произойти в нормативно-правовом регулировании занятости инвалидов. Как было отмечено ранее, работодатели не знают, как устроен процесс трудоустройства инвалидов, работодатель сталкивается с различного рода бюрократическими проблемами, которые могут потребовать больших денежных затрат. Необходимо либо упрощение процедуры трудоустройства для работодателей, либо введение более значимых экономических стимулов для работодателей. Это может выражаться или через введение каких-либо налоговых льгот, или федеральные и региональные власти могут брать на себя часть материальных обязательств по организации рабочих мест для инвалидов.

Изменения необходимы и в системе квотирования рабочих мест. Во-первых, данная система должна строиться по принципу адресности. Во-вторых, квота должна считаться выполненной только тогда, когда на нее будет устроен инвалид. В том виде, в котором квотирование существует сейчас, можно назвать «полумерой», которая не приносит необходимого результата.

Деятельность центров занятости тоже должна претерпеть изменения. В первую очередь, необходимо более тесное сотрудничество с работодателями. Шаг в данном направление уже был сделан в этом году. С 2019 г. в силу вступили изменения, в связи с которыми центры занятости должны осуществлять сопровождение инвалидов на работу, взаимодействовать с работодателями, обеспечивать их необходимой информацией. Приведет ли это к улучшению ситуации, покажет время. Перед центрами занятостями стоит задача вернуть доверие людей, которые ищут работу и работодателей. Чтобы сделать это, центрам занятости тоже следует работать более тесно с работодателями, быть более гибкими в данном процессе, строить свое взаимодействие с инвалидами, которые ищут работу, по принципу адресности.

«Наша служба занятости должна быть поразворотливее в плане взаимодействия с работодателем. Любой работодатель не хочет брать себе человека через службу занятости. Сегодня существует мнение, что в службу занятости обращаются вообще самые отбросы общества. <…> Надо пере-

ломить эту ситуацию, чтобы к службе занятости относились как абсолютно нормальному партнеру» (Всероссийское общество инвалидов Нижнего Новгорода, женщина, высшее образование).

Чтобы эти и другие изменения имели успех, необходимо улучшить контроль за работой органов власти, которые содействуют занятости инвалидов, путем разработки и принятия нормативно-правовых актов, целевых программ. Государство должно создавать новые объекты инфраструктуры, которые бы были доступны людям с инвалидностью.

Для повышения эффективности мер социальной политики деятельность государства в сфере занятости людей с инвалидностью должна быть в большей степени направлена на реализацию данных мер.

На основе данных RLMS-HSE и авторского исследования было рассмотрено положение инвалидов в России, как инвалидность влияет на жизнедеятельность человека в целом и на его трудоустройство. Проведённые экспертные интервью дали возможность понять, какие изменения необходимы в социальной политике в сфере занятости инвалидов. А данные RLMS-HSE показали, что инвалидность оказывает воздействие на все сферы жизни человека. Как правило, это воздействие носит негативный характер, а значит необходим системный подход к решению проблем инвалидов. Для улучшения уровня жизни, состояния здоровья инвалидов вместе с органами занятости и инфраструктурой должны развиваться системы социальной, медицинской помощи. Социальные, медицинские, образовательные, профессиональные организации в своей работе должны учитывать особенности, потребности людей с инвалидностью.

Список литературы

1. World Report On Disability, 2011. P. 29. – URL: http://www.who.int/ disabilities/world_report/2011/en (Дата обращения: 10.03.2020).

2. Федеральная служба государственной статистки Российской Федерации. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/ statistics/population/ (Дата обращения: 10.03.2020).

3. Hosain G.M., Atkinson D., Underwood P. (2002) Impact of disability on quality of life of rural disabled people in Bangladesh. Journal of Health, Population, and Nutrition, 20(4), 297–305.

4. Meyer B.D., Mok W. (2013). Disability, earnings, income and consumption. NBER Working Paper No. 18869.

5. Демьянова А.В., Лукьянова А.Л. Низкий уровень занятости инвалидов в России – результат дискриминации? // Экономический журнал Высшей

школы экономики. 2017. Т. 21. № 3. С. 385–411. – URL: https://publications.hse.ru/view/210431892 (Дата обращения: 11.03.2020).

6. Шабунова А.А., Фахрадова Л.Н. Актуальные проблемы трудоустройства инвалидов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции прогноз. 2016. № 6. С. 126–142. – URL: https://cyberleninka.ru/article/v/ aktualnye-problemy-trudoustroystva-invali (Дата обращения: 13.03.2020).

7. Старобина Е.М. Кузьмина И.Е., Гордиевская Е.О., Климон Н.Л. Причины низкой занятости инвалидов на рынке труда в оценках инвалидов и специалистов // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2015. №2. С. 40–47. URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=25475850 (Дата обращения: 12.03.2020).

8. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ [электронный ресурс] // Правовой ресурс «Консультант-Плюс». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_ LAW _8559/ (Дата обращения: 14.03.2020).

9. Конвенция ООН о правах инвалидов 2006 г. – URL: http://divo.tomsk.ru/files/disabilitiesconv.pdf (Дата обращения: 14.03.2020).

10. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 N 1297 (ред. от 01.02.2018) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011-2020 годы» [электронный ресурс] // Правовой ресурс «Консультант-Плюс». – URL: http://www.consultant.ru/ document/cons_doc_LAW_189921/ (Дата обращения: 14.03.2020).

11. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» от 01.12.2014 N 419-ФЗ [электронный ресурс] // Правовой ресурс «Консультант-Плюс». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/. (Дата обращения: 15.03.2020).

12. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 57958 — 2017 «Условия труда инвалидов. Требования доступности и безопасности». – URL: http://docs.cntd.ru/document/1200157811 (Дата обращения: 15.03.2020).

13. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов [электронный ресурс]. – URL: http://docs.cntd.ru/document/gost-r-53873-2010 (Дата обращения: 16.03.2020).

14. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2009 г. N 30 «Об утверждении СП 2.2.9.2510-09». [Электронный ресурс] // Правовая система «Гарант». – URL: http://base.garant.ru/12167594 (Дата обращения: 16.03.2020).

15. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при

участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms и http://www.hse.ru/rlms) (Дата обращения: 12.03.2020).

SOCIAL POLICY IN EMPLOYING DISABLED PEOPLE: SOCIOLOGICAL ANALYSIS

G.L. Voronin[1], A.D. Kramer[2]

[1] Doctor of Sociological Sciences, Associate Professor, Professor, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University; Leading Researcher of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences

[2] Master student, Department of General Sociology and social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

The paper looks at the situation with disabled people on the Russian labour market and the impact of social policy measures implemented by the State on the employment of such people. To analyze their effectiveness, the author has done an in-depth research in Nizhny Novgorod region in November-December, 2018 which included expert interviews with representatives of non-profit, public and state organizations. All that helped the author both to identify reasons for uneasy employment of disabled people and work out ways for solving this problem.

The paper also presents a comparative analysis of the social and economic characteristics of people with and without disabilities in modern Russia, which was based on data from the Russian Monitoring of the Economic Situation and Health of People at the National Research University Higher School of Economics (RLMS-HSE), 1993–2018. Respondents included 18 year old people, the time span was 2003–2018.

Keywords: employment, social policy, people with disabilities, job quota, living standards.

ОТ СОЦИОПАТОГЕННОГО ПРОСТРАНСТВА ПОМОЩИ К ПРОСТРАНСТВУ САМОПОПЕЧЕНИЯ: ГЕНЕЗИС И ТРАНСФОРМАЦИЯ ПЛАТФОРМЫ 1.0.

М.В. Фирсов[1], А.А. Черникова[2]

[1]Доктор исторических наук, профессор, профессор кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

[2]Младший научный сотрудник Института демографических исследований – обособленного подразделения Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (ИДИ ФНИСЦ РАН)

В данной главе описывается генезис и трансформация платформ на фоне глобализации, дается характеристика изменений от социопатогенного пространства помощи к пространству самопопечения. В зависимости от социоэкономических и социокультурных условий показана эволюция трансформаций социопатогенной платформы помощи 1.0, начиная от ранней христианской помощи до 80-х годов XX столетия. Платформа 1.0 реализовывалась в контексте многообразия проявлений форм, методов, институтов помощи в национальном историческом развитии. Описаны общие тенденции формирования данной платформы, касаясь отдельных ее проявлений в различных странах и в контексте практики коррекционных учреждений в XVI-XIX веках. Особое внимание политике филоптохии в дискурсах медицинской модели помощи, как и причины и условия ее разрушения. Традиционные институты помощи не справлялись с ростом безработицы и инвалидизации, в этой связи можно утверждать, что парадигма филоптохии – любви к нищим была заменена на полицейскую модель «общественного здоровья», в основе которой контроль за разрастающимися слоями профессионального нищенства. Этот концепт реализовался на уровне государственного управления, практики, в развитии системы образования, так и в оформлении научных подходов к теории социальной работы до конца XX века.

Ключевые слова: социальная работа, платформа 1.0, социопатогенное пространство, пространство самопопечения, модель филоптохии, полицейская модель «общественного здоровья», салютогенная платформа 2.0.

Введение

Новая модель социальной работы формируется в условиях глобализации, что вносит коррективы не только в общественное сознание, но и глобальное социальное функционирование человека, изменяя ценностные стратегии массового экономического, патогенного поведения, особенно в ситуации пандемий. Пандемии изменяли сущность моделей помощи, влияли на смену парадигм, обращали правящие элиты к архаическому опыту социального контроля, где помощь и поддержка являлись ограничительными мерами свобод и прав человека, здоровье становилось стигмой для одних и правом для других

осуществлять распределение и перераспределение, определять модели стратификации, создавать новые механизмы социального контроля.

Как нам представляется, новая платформа помощи и поддержки, платформа 2.0 – самопопечения сменяет платформу – 1.0, которая формировалась в течение тысячелетий, и сегодня мы наблюдаем ее трансформацию.

Смена платформ происходит на фоне глобализации и для каких-то стран изменение платформы является рывком вперед, а для каких-то государств, которые покидают цифровое общество 4.0, она является тормозом, не позволяющим осуществить переход к умному обществу 5.0.

Генезис социопатогенной платформы 1.0. Предварительные замечания

Социопатогенная платформа помощи – платформа 1.0 оформлялась как медицинская модель помощи и поддержки, где в процессе ее эволюции устанавливались принципы, техники и программы работы с социально уязвимыми группами населения. «Архитекторами» данной платформы на разных этапах исторического пути выступали правящие элиты, политические деятели, деятели благотворительности, различные конфессиональные и общественные организации и их лидеры.

Эта платформа формировалась задолго до профессиональной социальной работы и значительно раньше, когда М. Ричмонд сформулировала свои принципы медицинской модели, теории и практики индивидуальной работы со случаем, определив на десятилетия технологию работы с различными группами клиентов в XX веке [1].

Однако в центре внимания технологий помощи в данной модели будет всегда работа с «обездоленным большинством», поиск решения проблем в логике «контроля-исправления» как на уровне административных мер, так и групповых, а впоследствии индивидуальных стратегий, когда трудная жизненная ситуация клиента рассматривается как проявление одной из разновидностей социальной болезни.

Платформа 1.0 в исторической ретроспективе имела различные версии, которые трансформировались в зависимости от социоэкономических и социокультурных условий, реализовывалась в контексте многообразия проявлений форм, методов, институтов помощи в национальном историческом развитии.

Остановимся на общих тенденциях формирования данной платформы, касаясь отдельных ее проявлений в различных странах.

Развитие и эволюция платформы 1.0, социопатогенной парадигмы проходили несколько этапов:

- от ранней христианской помощи до середины XVI века в рамках оформления теологии филантропии и практики диаконии,
- с середины XVI – XIX век, период становления парадигмы «общественного здоровья» в рамках государственного административного контроля,
- с XIX – 80-е гг. XX столетия развитие медицинской модели в профессиональной социальной работе и политике поддержки уязвимых групп населения в социальных государствах.

Оформление социопатогенной платформы 1.0. От ранней христианской помощи до *середины XVI века. Парадигма филоптохии*

На том историческом этапе институционализация медицинской модели помощи и поддержки оформлялась в логике отхода от языческой парадигмы помощи к христианской. Эта тенденция будет характерна от начала оформления «христианского мира» до этапа образования этнических государств как на Западе, так и на Востоке.

Генезис и сущность парадигмы филоптохии

Начало становления медицинской модели помощи можно обозначить появлением первых практик общинной взаимопомощи у христиан. Христианская община формировалась не только в логике новых «реципрокных отношений» на основе «идеологем добротолюбия», но главное – эти отношения оформлялись вне сложившихся практик межгруппового взаимодействия как новая форма помогающей практики и этических норм, которые не соответствовали традиционным языческим моделям дарообмена, «потлача».

Модель «потлача», которая в античной истории в течение столетий переосмыслялась и видоизменялась от сисситий – совместных обедов, и параситейнов – общественных столовых у древних греков до многодневных праздников и выплат «народу и сенату» в республиканском и императорском Риме. Все эти формы поддержки будут изменены в христианской модели взаимопомощи, на смену им придут агапы – милостыня, институциональная монастырская и территориальная в рамках приходов поддержка.

Потлач, описанный М. Моссом [2] как архетипическая форма взаимопомощи включала взаимообмен подарками, что являлось инвестицией, «вкладом» в будущее одной группы другой. Это был своеобразный банк, где формой обмена были отношения, которые сопровождались материальными дивидендами в виде «отдара» в будущем, в дальней/ближней перспективе. Как правило, общественная готовность к дарообмену была традицией, закреплен-

ной, например, у древних греков, в виде контроля бога Зевса за соблюдением сакральных правил [3].

Вступление в отношения дарообмена всегда предполагало равенство субъектов в одном случае либо неравенства – в другом. Тогда система отношений могла выстраиваться в системе старший – младший на основе стратификаций различных социальных статусов. При этом дарообмен всегда предполагал инвестиции, которые, согласно П. Бурдье [4], могли быть преобразованы в различные виды капитала – политического, экономического, либо социального, что наглядно представлено в древней истории от Гомера до заката Римской империи [см.: 5].

Новая христианская идеология помощи имела принципиально иные основания. Субъектами этой системы были акторы, которые в силу своих физических, сенсорных, ментальных либо социальных ограничений – сироты, пожилые, вдовы не могли вступать в равноправные либо экономические отношения с сообществом. Они или не имели собственность (нищие, сироты, инвалиды), или не могли управлять собственностью (вдовы, дети-сироты, психически больные), или не могли выступать субъектами правоотношений.

Система взаимовыгодных отношений не могла воспроизводиться в помогающей христианской системе в силу объективных ограничений, которые становятся основой выстраивания взаимодействий на основаниях милосердия, впоследствии приобретут контуры теоретических дискурсов теологии филантропии и практики диаконии.

Ранняя христианская парадигма помощи была адресована исключительно социальным изгоям, находящимся на грани жизни и смерти, на грани выживания.

Идеолог первых веков христианства Лактанций, «христианский Цицерон», так определил сущность новой философии парадигмы помощи: «Отдавайте слепым, больным, хромым и обездоленным: если вы этого не сделаете, они умрут. Мужчины не могут иметь от них никакой пользы, но она есть у Бога: он поддерживает в них жизнь, дает им дыхание и почитает их с любовью. Лелейте их так сильно, как только можете, и поддерживайте их души вместе с человечеством, чтобы они были здоровы, чтобы не умерли. Любой, кто может помочь умирающему, но не делает этого, – его убийца» [6, p. 17].

Лактанций сформулировал парадигмы христианской практики помощи, определив главных «получателей» поддержки. Можно говорить о своеобразном переходе от «филантропии» любви к человечеству как универсальному принципу межличностных отношений к «филоптохии» [6, p. 20], любви к

нищему, нуждающемуся изгою, которого либо «не хотело видеть», либо игнорировало античное общество. Христианские подходы конкретизировали не только самого «получателя помощи», но и потребности человека, затрагивая все важнейшие сферы его жизнедеятельности.

Сущность и отличие философии филоптохии от предшествующих моделей филантропии

В христианской парадигме помощи в основе антропологических ее характеристик наблюдается отход от принципов калокагатии – возвращения человека на путь гармонии с полисом, родом, семьей, присущих полисной системе помощи в Древней Греции, или принципов автократического патернализма императорского Рима на основе государственных и гражданских приоритетов.

Философия филантропии осмысляла помощь как механизм поддержки, защиты, в том числе иноземцев, а также восстановления утраченных общественных ролей и функций свободных граждан. Филантропия в Древней Греции была инструментом достижения «равноправия» и обретения человеком вновь утраченной свободы социального функционирования, в этом виделся идеологический терапевтический, воспитательный смысл помощи в условиях античных городов-государств.

Философия автократического патернализма базировалась на помощи как инструменте управления различными слоями населения, которые имели свои «разрешенные свободы», право на удовлетворение потребностей, экономическое поведение, что регулировалось законом и экономическими возможностями властей. Помощь населению была ограничена, направлена на избранные слои населения «внесенных в гражданские списки» и подчинена государственным интересам, а не потребностям групп или отдельного человека.

Философия филоптохии формировалась в контексте предшествующих парадигм. Однако в сформированные реципрокные связи христианскими идеологами и практиками вкладывались новые смыслы, а практики переносились на группы, которые не входили в сферу правового пространства власти.

Стратегии помощи в парадигме филоптохии направлены не на поиски утраченных связей, потерянной гармонии с миром, как это наблюдалось в Древней Греции, и не на манипулировании человеком на основе его базовых потребностей или «социальных инстинктов», как в Древнем и императорском Риме, а на «попечение» человека Богом, который, согласно Иоанну Златоусту, «один и есть истинный врач душ и телес» [7].

Все живущие люди, согласно христианскому учению, являлись его детьми, а поэтому они нуждались, как дети, в заботе и помощи. Признавая несовершенство Человека не только на основе социальных, но духовных и психосоматических характеристик, практика филоптохии расширяет пространство помощи, распространяя его на недееспособных, ограниченных в социальном функционировании, больных, инвалидов различных нозологий. Ограничения, недееспособность, болезни – стали нормативным основанием парадигмы помощи, которое изменяло реципрокные отношения, сложившиеся в мировой практике поддержки.

Практика филоптохии не ограничивалась вспомоществованием, «кормлением и содержанием», столь традиционных и характерных для поддержки человека в античном мире. Специфика субъектности клиентов, их «трудная жизненная ситуация» уже не осмысляется только в дискурсах социальности и общественной принадлежности.

Антропологический дуализм «души и тела», сформированный в парадигме помощи автократического патернализма по принципу «хлеба и зрелищ», открывал новые дискурсы человеческих потребностей, не только материальных, но и духовных. Причем удовлетворение «духовных потребностей» становится приоритетом в философии помощи филоптохии.

Справедливости ради здесь необходимо отметить, что оплачиваемые «духовные потребности» демоса, хорегии, лирические и драматические, были известны еще в Древней Греции со времен Перикла [8], но в Римской империи они приобрели системный характер, который поддерживался на протяжении столетий, и сформировал специфический «бинарный» подход к «удовлетворению потребностей» бесправного большинства.

Вместе с тем необходимо уточнить, что в философии филоптохии не духовные потребности, как это наблюдалось в ранних парадигмах помощи, а духовное начало человека определяет все стратегии помощи. Психосоматика – приложение к духу, социальность – всего лишь контекст проблемы, «среда существования» болезни. Такой подход определил новые ракурсы поддержки, субъекты помощи и институциональные формы реализации помощи.

Политика филоптохии в дискурсах медицинской модели помощи

Медицинская парадигма приходит на смену предшествующим парадигмам, заявляет о себе не только новыми институтами (больницы, приюты для немощных, стариков, детей, прокаженных), но и субъектами помощи, которыми становятся священники-врачи.

Как отмечают историки, первые священники были не только пастырями, но и врачами [9], профессия которых не особо ценилась в обществе, как впрочем и любой труд в императорском Риме, когда зарождалась христианская парадигма помощи. Тем не менее оформление медицинской модели помощи происходило в контексте дальнейшего развития медицинских знаний, заложенных Гиппократом, подхваченных Галеном в понимании патологии, физиологии, неврологии [10] не только во врачебных корпорациях, но и священниками-врачами в христианских общинах.

С осторожностью, но все-таки можно говорить, что на этом этапе складывались «биосоциальные» модели помощи, где здоровье и социальный статус человека являлись основанием для его поддержки со стороны христианских благотворителей.

Дальнейшее оформление медицинской помощи найдет свое развитие в период легализации христианства, распространения и влияния его на Восточный и Западный мир, начало которому было положено Миланским эдиктом 312 года [11].

Легализация христианства дала импульс развитию христианской модели благотворительности как идеологически, так и институционально. Каппадокийские мыслители – Василий Великий, Григорий Богослов и Григорий Нисский внесли свой вклад в понимание милосердия и «болезнования».

Нуждающимся признавался не с позиций его достоинств или особенностей, права на помощь, а как «творение Бога». Отсюда и этическая позиция оказывающего помощь и его восприятие «трудной жизненной ситуации» нуждающегося в контексте жертвенной любви Христа ко всему человечеству. Этот принцип сформулировал Иоанн Златоуст: «именно для человека Сын Божий стал человеком. Мой Господь отдал свою жизнь за человека, кто я такой, чтобы презирать любого человека?» [6, p. 25].

Если на уровне философии помощи эта максима абсолютизировалась, на уровне практики в медицинской модели субъект помощи выступал как пастырь, охраняющий и ведущий. Можно выделить два направления пастырства: пастырство как управление общиной христиан на основе законов, обрядов, литургии обыденной жизни, религиозной жизнедеятельности в повседневности. И пастырство как форма «работы со случаем». Однако и в том, и в другом случае пастырь «по существу врач, занимающийся каждой человеческой душой и ее болезнями» [12, с. 238].

Пастырская идеологема помощи, которая конкретизирует философию филоптохии, определяется в связи со складывающейся в тот период органи-

зацией Церкви, которая приобретает определенные масштабы вертикального и горизонтального управления. Идея о том, что пастырство является формой управления, в основе которой спасение (физическое и духовное), благо, защита как всего человечества, так и отдельного индивида, было обосновано М. Фуко [12], и данный подход уточняется нами применительно к медицинской модели помощи.

Пастырство как форма управления христианской власти имело организационное начало: территориальное, институциональное, что нашло отражение не на тех должностях, которые занимали священники при управлении благотворительными учреждениями.

В первые века легализации христианства, например в Византии, появляются такие управленческие должности, как управляющий сиротскими приютами (орфанотропиями), приютами престарелых (геронтокомиями), больницами, (носокомиями) [5, с. 105]. Появляются руководящие должности, когда священники занимаются управлением всеми делами благотворительности в епархиях, например, в 471 году такую должность занимал патриарх Акакий [13]. Дифференциация управления пастырей определялась не только спецификой институтов помощи, но и задачами, которые необходимо было решать для поддержки нуждающихся.

Пастырство как форма «работы со случаем» имела свои особенности. Индивидуальная помощь нуждающемуся основывалась с учетом его недугов, «физических» либо «душевных», практика помощи предполагала индивидуальный подход на основе дисфункций, которые определялись на основе специфики заболеваний.

Дифференцированный подход к реализации помощи человеку определялось как нормативное требование. Так, у Григория Великого можно найти следующее определение: «Нельзя подходить к разным людям с одним и тем же методом, ибо нет такого единого характера, который руководил бы всеми. Часто приемы, полезные для одних, для других оказываются вредными» [12, с. 238].

Дифференциация подходов и индивидуальность случая формировали определенные «специфические компетенции» пастырей, работающих на «основе запроса», что определяло их ролевое поведение. Исследователи выделяют следующие роли ранних пастырей [9], осуществляющих «работу со случаем» с теми или иными клиентами:

- диаконы – забота о сиротах в общине, материальное обеспечение, помощь странникам,

- диаконисссы (вдовы и престарелые женщины) – уход за женщинами и детьми,
- экзорцисты – «целители психических расстройств»,
- параваланы – ухаживающие за инфекционными больными [13].

Специфическая клиентела, ее осмысление в контексте теологических, социальных и медицинских дискурсов вносили новое понимание помогающей практики.

М. Фуко, описывая зарождение клинической медицинской практики, определяет тело как «сосредоточение болезни», иными словами, познание болезни начинается с познания тела, только в этом случае целесообразен вопроса: «Где у Вас болит?» [14, с. 21]. Диагностика болезни начинается с диагностики тела, врач изначально имеет знания, которые позволяют ему понимать изменения и назначать курс лечения.

Практика христианской помощи изначально стоит на фундаментальном знание о душе как источнике всех болезней. Такой матрицей осмысления на многие годы становятся сентенции о милостях духовных и милостях телесных [15].

Клиника случая в христианской медицинской парадигме помощи определяется теологическими дискурсами, реальная ситуация диагностируется и интерпретируется с позиций вероучения. «Трудная жизненная ситуация», как и болезнь, диагностируется, исходя из принципов христианского учения, а затем медицинского знания организма, «тела».

Стратегию лечения определяет «Святое Писание», оно первично, техника лечения всегда вторична, в этом принципиальное расхождение священников-медиков и медиков-язычников.

В дискуссиях между священниками-медиками и медиками-языческими, идущими от традиций древнегреческой медицины, многие годы будет существовать тема эффективности целительства и приоритетах методов. Вопрос о возможности излечение без лекарств по воле Божьей становится разграничительным рубежом дискуссий и практик на многие годы. Каппадокийские мыслители поставят точку в данной многовековой полемике. Василий Великий признает «целительные силы медицины» и «чудесное исцеление» как милости Божии, которые даны человеку Спасителем [6, p. 27], тем самым признав «реалии» как божественного начала, так и материального в деле исцеления и оказания помощи страждущим.

Через несколько столетий аналогичная дискуссия в рамках парадигмы помощи возникнет между диагностической (медицинским подходом) и функ-

циональной школами социальной работы, которая будет продолжаться более тридцати лет. В основе дискуссии «разность» в подходах к терапии, лечению субъекта, исходя из его запросов. Если в первом случае доминировала точка зрения, что профессионал лучше знает, что необходимо клиенту, то во-втором клиент – партнер профессионала, так как он больше знает о своей проблеме. В конце 50-х годов Хелен Перлман предложит модель решения проблем, включающую элементы двух противоположных подходов [см.: 16, p. 68] в решении трудной жизненной ситуации клиента, но тем самым она обозначит новые грани проблемы в технологии помощи: «помощь клиенту – это наука или искусство?» [17, p. 57–60].

Причины и условия разрушения модели филоптохии

Модель филоптохии с развитием западной цивилизации к XVI веку постепенно утрачивает свои свойства и характеристики, на это были свои объективные причины.

Институциональные учреждения помощи, а также находящийся там контингент и те, кто требовал ухода, и те кто его осуществлял, должны были иметь постоянную систему финансирования, которая не могла состоять из отчислений частных благотворителей либо непостоянных дотаций государства. Войны, эпидемии, экспансия внешних завоевателей как в Византии, так и в христианском мире не позволяли иметь постоянное «финансирование христианских проектов» благотворительной помощи.

В новых условиях одним из первых шагов, приводящих к разрушению философии и практики филоптохии, медицинской христианской модели помощи, являлась передача на «аутсорсинг» функций помощи нуждающимся самому христианскому миру, провозгласив бедность как религиозную добродетель, а милосердие как средство спасения [18]. Средневековое обоснование необходимости бедных как заступников для богатых, а богатых как «спонсоров» для бедных не приводило к равноправным отношениям в обществе.

По сути дела, в тот период абсолютизируется принцип общественной полезности, сформулированный еще Иоанном Златоустом: «Разве не видишь, что мы все имеем нужду друг в друге? Воин – в ремесленнике, ремесленник – в купце, купец – в земледельце, раб – в свободном господине, господин – в рабе, бедный – в богатом, богатый – в бедном, ничего не зарабатывающий – в подающем милостыню, подающий – в принимающем, – ведь и принимающий милостыню удовлетворяет величайшей нужде, высшей всех нужд. Если бы не было нищих, то многое бы утратилось для нашего спасения, потому что нам

некуда было бы сбывать свое имущество. Таким образом, и нищий, который, по-видимому, всех бесполезнее, оказывается всех полезнее» [19].

Более того, данный подход, когда милостыня раздавалась бесконтрольно христианским обществом, сформирует целые социальные слои, которые столетиями будут паразитировать за счет подаяний, образуя слои «профессионального нищенства».

На разрушение модели помощи влияли и процессы трансформации средневекового общества. Эволюция общества, которое постепенно складывалось в средневековом христианском мире, заставляла изменять «правила игры» между новыми социальными группами: «людей молитвы, конных людей, людей труда», определяя не только их принципы жизнедеятельности, но и жизненные стратегии на основе новых идеологем.

Как считают исследователи, постепенно средневековое общество «увлеклось новыми» идеалами. Такими идеалами становятся идеалы труда, в этой связи послание к Фессоланикийцам апостола Павла: «Ибо, когда мы были у вас, то завещевали вам сие: если кто не хочет трудиться, тот и не ешь» (Апостол Павел. 2 Фес. 3:10), становится более актуальным, чем концепты каппадокийских мыслителей о милосердии.

Развитие экономики городов, этика «трудовой морали», которая начинает доминировать в средневековом обществе, меняют характер и принципы работы Церкви с больными и нищими. Пребывание их в госпиталях и приютах сначала ограничивается во времени, а кормление их осуществляется только в дни праздников. Позднее католическая Церковь будет считать больных проклятыми Богом, что оставляло возможность немощным, как это наблюдалось в античном мире, только нищенствовать, побираться, переходя из города в город.

«Нищий», «больной», «бродячий» становятся словами синонимами, их обвиняют во всех грехах, и как свидетельствовали современники, они были виноваты во всем несчастьях и бедах общества, исключения не составляли даже массовые пандемии, когда им инкриминировали, например, появление «черной смерти» в Европе, бубонной чумы в 1348 г. [20, с. 389-390].

Социопатогенная платформа 1.0 в контексте практики коррекционных учреждений в XVI–XIX вв. Полицейская парадигма помощи

Социальные и политические условия оформления полицейской модели помощи

С XVI в. происходит становление национальных государств, которые окончательно обретут свои границы в XIX столетии. В этот период начинает

оформляться рынок, развивается торговля, изменяется демографическая ситуация во многих европейских странах [21]. На этом фоне наблюдается во всем Западном мире рост безработицы, нищенства. Так, например, по историческим хроникам XVI в., в Руане насчитывалось 7 тыс. «беспомощных», 297 нищих, 225 детей нищих, в больнице Рима Понте Систо находилось 1034 бедняка [22, с. 344], в XVII столетии в Париже Винсент де Поль в детском приюте содержит свыше 10 000 детей-подкидышей.

Традиционные институты помощи не справлялись с ростом как безработицы, так и инвалидизации, что заставляло властей разрешать легальное объединение увечных на основе самопомощи. В Риме в 1613 г. хромым, слепым, калекам было разрешено объединяться в корпорации по примеру профессиональных цехов, чтобы те официально могли просить милостыню на улицах города, но за это власти требовали ежемесячных взносов [22, с. 345]. Двумя столетиями раньше взаимопомощь на основе самоорганизации наблюдалась в Страсбурге в 1411 г. в среде нищих, в 1480 г. во Франкфурте, когда было создано братство слепых и хромых, что, по сути дела, отражало данные тенденции, только в другой части Европы.

Духовенство, богатые люди, корпорации, профессиональные цеха больше не могли управлять ситуацией на фоне массового обнищания населения, особенно когда нищие бродяги все больше сливались с организованной преступностью. В этих условиях государственные органы начали брать на себя ответственность за стабилизацию ситуации [23, p. 396].

В этой связи можно утверждать, что парадигма филоптохии – любви к нищим заменяется на *полицейскую модель* «общественного здоровья», в основе которой контроль за разрастающимися слоями профессионального нищенства.

Медицинские методы оценки социального функционирования человека на уровне «общественного здоровья» теперь использовались властями, чтобы определять его функциональные возможности реализовывать свои трудовые функции. Дееспособность/недееспособность становятся новыми критериями классификации уже социальных болезней, которые определяли не только жизнедеятельность человека, но и его жизнь. Законодательство практически во всех европейских государствах проводит различие между «достойными и недостойными» бедными и на основании этих характеристик «корректирует или исправляет» его стратегии повседневной жизни.

Пастырство в логике дискурсов полицейской парадигмы

Система пастырства в данных исторических реалиях приобретает новые формы институционального управления. Клиническая практика помощи на

уровне управления и работы со случаем меняет векторы и дискурсы своей реализации.

Пастырство на уровне управления государственных структур обретает функции полицейского надзора за нищими. И если на предшествующем этапе нищенство абсолютизировалось и было неотъемлемой частью жизнедеятельности христианского мира, в период оформления национальных государств и рыночной экономики оно рассматривалось как резервная армия труда, которую необходимо было «принудить» к трудовой деятельности, используя все механизмы полицейского контроля.

Принуждение нищих к трудовой деятельности – характерное явление во всех европейских государствах с XVI по XIX вв. С законодательства Елизаветы 1, с Закона о бедных 1601 г. начинается своеобразная «полицейская практика» регламентации жизнедеятельности нищих в Европе, которая будет неотъемлемой частью социальной политики всех европейских государств без исключения на протяжении столетий.

Примечателен в этом отношении проект Екатерины II в Российской Империи, написанный не без подсказки французских просветителей. В главе о полиции велено было различать нуждающихся нищих и тех, кто в состоянии работать. Последних необходимо было заставить работать, а первым «дать пропитание и лечить». В задачи полиции входило сохранение «здоровья народа», следить за чистотой здоровья, улиц, рек [24, с. 177, л. 554].

«Здравие народа» рассматривается достаточно широко, оно не ограничивается «заболеваниями и симптомами», а имеет более широкий контекст, в который включают не только средовые факторы, среду обитания и жизнедеятельности человека, но его социальное функционирование в обществе.

Технологии «надзора-изоляции», применяемые в христианской парадигме помощи для лечения и попечения немощных и недееспособных, переосмысляются и приобретают новые идеологические функции и институциональные формы.

«Надзор-изоляция» становится основной технологией патронажа населения и в тех случаях, когда немощный не мог осуществлять трудовые функции, и в тех случаях, когда субъект уклонялся от выполнения «трудовых обязательств» перед государством, что определяло его жизнедеятельность либо в институтах поддержки, либо коррекционных институтах.

Законодательная и административная репрессивная полицейская практика «надзор-изоляции» в тот период распространяется во многих странах мира (табл. 1).

Таблица 1

Законодательная практика регламентации нищенства в основных европейских государствах

Германия	Франция	Англия	Россия
1500 г. Имперские указы запрещают нищенствовать. 1530 г. имперские указы разрешают нищенствовать, если община не могла прокормить их. 1618 г. Ангальский закон о бедных. 1714 г. Ганноверский закон о нищих. 1794 г. Прусский закон о бедности как угрозе безопасности.	1551 г. Указ Генриха II о взимании еженедельного налога на нищих. 1560-1561 г. Законы сейма о репрессивных мерах по отношению к нищенству. 1699 г. Указ Людовика XIV о благотворительных сборах с увеселительных мероприятий. 1793 г. Декрет о праве многодетных родителей на вспомоществование.	1531 г. Закон о запрете на попрошайничество. 1536 г. Закон о надзоре за попрошайничеством. 1597 г. Закон о помощи старым, слепым и немощным. 1601 г. Закон о бедных. 1722 г. Закон о бедных. 1795 г. Закон о бедных.	1551 г. Стоглав запрещает клиру просить милостыню. 1589 г. Судебник. Об охране побирающихся нищих и калек. 1691 г. Указа о запрете «лукавых нищих» побираться в Москве. 1712 г. Указ о препровождении нищих в Монастырский приказ. 1718 г. Указ о ловле бродяг и отдаче их в работу. 1771 г. Указ о доставлении в Полицию праздношатающихся.

Пастырство на уровне «работы со случаем» в этот период обретает новые области своего существования. С одной стороны, оно получает новое «место прописки» в развивающейся практике медицины, которая сформирует свои клинические формы, методы познания, согласно исследованиям М. Фуко, только в восемнадцатом веке [12, с. 265].

Другое направление «работы со случаем» реализуется в территориальном контроле над нищими в городах, и эта деятельность будет осуществляться вплоть до начала XX века, когда работники административных органов и частных благотворителей объединятся в рамках единой профессии – на уровне знаний, принципов и общей философии деятельности.

Территориальный контроль за нищенством и «профессиональным нищенством» заложит тот архетип территориальной работы со случаем, который будет доминировать во многих европейских странах. Модели гамбургского городского попечения бедных, эльберфельдской системы попечения бедных, страсбургской территориальной помощи, в которых «определялись потребности» нуждающихся, и на основе «диагностики потребностей» [25] в дальнейшем органически войдет в практику работы территориальных социальных служб во многих странах мира в XX веке.

Институты «контроля и исправления» максимально близко приближаются к жизненному пространству человека, его домохозяйству, которое берется под непосредственный контроль административными органами. Полицейское око задолго до цифровых технологий самоконтроля XX века войдет в жизненный ландшафт городского обывателя.

При этом можно отметить, как и в предшествующей парадигме помощи, «социальные болезни» новых клиентов корректировали компетенции «ответственных за попечение о бедных», определяли их технологии «работы со случаем».

Контроль за распределением помощи, трудоустройство бродяг, распределение их в исправительные учреждения становятся «основными компетенциями» государственных попечителей в Европе, независимо в каком государстве они реализовывали свои функциональные обязанности в работных домах Англии [26, p. 598], в «ателье Шарите» во Франции, «хунтас де Каридад» в Испании [27, p. 396] или в смирительных и прядильных домах в Российской империи [28].

«Работа со случаем» сводилась практически во всей Западной Европе к изоляции, заключению в гетто, где в зависимости от функциональных возможностей человека либо он получал приют, либо принудительную работу. По сути дела, полицейская парадигма включала в себя функции помощи и репрессии.

Социопатогенная платформа 1.0 в XIX–XX веках.

Профессиональная социальная работа

Исторические условия трансформации полицейской модели помощи

Полицейская парадигма помощи закрепила в массовом сознании отношение к человеку труда, он становится центральной фигурой не только экономического благополучия государства, но и массовой эксплуатации в условиях оформляющегося капитализма. Зарождается новое видение как его проблем, так и конечных целей патронажа над этой приоритетной группой клиентов.

Дискурсы социопатогенной платформы помощи начинают меняться. Если в полицейской парадигме в центре внимания был «люмпен-пролетариат», которого государство контролировало и «понуждало» через коррекционные учреждения включаться в трудовую деятельность, то новая парадигма была направлена на поддержание жизнедеятельности наемных работников, пролетариата, недопущения их маргинализации, несмотря на занятость и действия

властей по снижению уровня их бедности, а также их организованных форм протеста.

Немецкая исследовательница, основательница национальной школы социальной работы в Германии 20–30-х гг. XX в. Алиса Соломон, анализируя развитие учебных программ социальных работников, нашла интересные корреляции оформления и становления новой парадигмы помощи. Она, в частности, выявила, что в начале XX в. наблюдался рост наемных работников в основных европейских странах и США, что влияло на изменение содержания программ подготовки социальных работников, где санитарно-гигиенические аспекты обучения профессионалов, а также знания «об условиях труда и духовной жизни рабочего класса» имели в европейских школах приоритетное значение [29, с. 145].

Такое внимание к рабочему классу было не случайно, так во Франции к 20-ым гг. XX в. численность наемных работников составила 4 млн., человек, в Великобритании 73% населения были «наемными работниками», в Германии 61% трудового населения работали на фабриках и заводах. Иммигранты с 1880 по 1914 гг. в США составили 22 млн человек, которые пополнили рынок труда [29]. Управление, сопровождение, контроль, в том числе и за меняющимися потребностям данной группы населения, становятся актуальными проблемами текущей политики того времени.

Система пастырства в полицейской модели помощи под воздействием новых реалий изменяется как на уровне управления, так и на уровне «работы со случаем». Это происходит в контексте становления административного управления в национальных государствах, когда к власти стали приходить не «представители аристократических семей», а политики и экономисты, которые определяли векторы социального развития государства в контексте рыночных институтов.

Новые пастыри общественной необходимости как форма практики государственного вмешательства

Рыночная экономика влияла не только на расслоение общества, но и определяла формы бедности, которые уже были связаны с низкой и нерегулярной заработной платой, неквалифицированным трудом, неравенством в оплате женского и мужского труда, разности в оплате труда мигрантов и «коренного населения».

Обнищание масс в условиях занятости требовало от политиков и экономистов принципиально других форм контроля как за «пролетариатом», так и «люмпен-пролетариатом». Экономическая и политическая ситуация во мно-

гих странах мира не позволяла использовать только «добровольную и спонтанную» инициативу благотворительных и конфессиональных организаций. Государственные интересы требовали постоянных действий профессионально подготовленных специалистов в деле помощи и поддержки населения.

Такими субъектами изменения становятся социальные работники, рожденные в недрах общественных и религиозных благотворительных организаций того времени.

Примечательно, но именно экономист Саймон Паттен в 1900 г. предложил изменить название субъектов помощи с «общественных благотворителей» и «дружеских визитеров» на «социальных работников». В контексте новых задач им определялись, с его точки зрения, другая миссия, другие стратегии работы с бедностью, что и было поддержано широкой общественностью. Несмотря на жесткие дискуссии в среде благотворительного и конфессионального сообществ, сначала в США, а затем и на мировых благотворительных конгрессах начала XX века «социальный работник», «социальная работа» становятся новым трендами в деле помощи населению.

С. Паттен в своих работах 1900-х гг. предлагал изменить «не лица бедных людей, а политическое окружение и экономическую обстановку», в этой связи он считал, что целью социальной работы должно стать «создание демократии». Рассматривая социальных работников как проводников государственной социальной политики, именно через их деятельность он видел возможность осуществления «обязанности государства заботиться о здоровье гражданина и его благосостоянии» [см.: 30, p. 495–496].

Один из пионеров социальной работы Дж. Аддамс, которая отталкивалась в своих воззрениях от непосредственной практики работы с малоимущими и иммигрантами, хотя и расходилась с экономистами во взглядах на методы повышения благосостояния трудящихся, была солидарна с реформистами в отношении «оздоровительной работы», которая должна охватывать все сферы «их жизнедеятельности» [31, p. 364].

В конце XX в. М. Фуко, оценивая роль социальных работников на начальном этапе развития профессии в контексте политики «надзора-исправления», осмысливая их место как акторов социальной политики совместно с другими субъектами помощи, церковью и учителями начальных классов, определил специфику их действий. Социальные работники не только реализовывали социально-медицинскую помощь, что существенно их отличало от других помогающих деятелей, но и выполняли функции наставников,

воспитателей, помимо «гашения туберкулеза и подавления венерических заболеваний», они выполняли роль наставников [32, с. 27].

Уточняя, добавим, что паттерны пастырства на начальном этапе становления профессии в их дидактическом проявлении трансформировались в функции социальных воспитателей, которые должны были не просто решать текущие задачи в деле помощи нуждающимся, но через инструменты социального воспитания формировать необходимое поведение, а это уже были совершенно другие формы общественного контроля в капиталистическом обществе.

Именно эти особенности функциональной деятельности – социального воспитания позволили П. Наторпу, классику и одному из основателей социальной педагогики в начале XX в., в социальной педагогике и социальной работе увидеть общие дискурсы действий, а в социальном образовании увидеть платформу изменений общественных отношений, реформирования общества ненасильственным путем.

П. Наторп в следующим виде обосновал это положение:«…самоценность личности развивается сильнее всего как раз в скромной безличной преданности делу, именно – общественному делу; что именно стремление к освобождению личности, индивидуальности должно вести к *социальной работе*, которая по ее конечному смыслу будет всегда *работой над социальным образованием»* [33, с. 149].

«Здоровье и благостояние» становятся в центре внимания социопатогенной платформы 1.0 в новом веке. Этот концепт будет реализовываться на уровне государственного управления, практики в развитии системы образования, так и в оформлении научных подходов к теории социальной работы до конца XX века.

Политические дискурсы «здоровья и благосостояния» в логике управления социального государства в XX веке.

На уровне управления концепт «здоровья и благосостояния» будет реализовываться в XX в. в логике социальной политики государств всеобщего благосостояния.

Рассматривая в исторической перспективе типологию обществ, предложенной М. Фуко [32, с. 10], нам представляется, что предшествующие общества, в которых реализовывалась политика филантропии и филоптохии, более соответствовали «обществам бойни и ритуальных убийств», тогда как полицейская парадигма помощи реализовывалась в «обществе ссылки и заключения».

Капиталистическое общество XX в., особенно после Второй мировой войны, в философском плане, как нам представляется, все же ближе к «обществу терапии», несмотря на существующие элементы «общества ссылки и заключения», в которых практиковались «различные режимы общественного благостояния».

Согласно подходам Г. Эспинг-Андерсона, в XX в. существовало три «режима государств всеобщего благосостояния»:

- либеральные государства всеобщего благостояния,
- корпоративистские государства,
- государства с социал-демократическим типом режима.

Либеральные государства всеобщего благостояния имели режимы, которые характеризовались «проверенной помощью», умеренными планами социального страхования, незначительными пособиями, при этом государство субсидировало частные схемы социального обеспечения.

Корпоративистские государства. В основе лежали принципы сохранения статусных различий, где корпорации имели возможность быть поставщиками социальных услуг. Пособия поддерживали материнство, но социальное страхование исключало неработающих жен, при этом государство вмешивалось в проблемы семьи, только когда заканчивались семейные ресурсы.

Государства с социал-демократическим типом режима. Услуги и пособия поднимаются до уровня жизни среднего класса, социальные программы приспособлены к «дифференцированным ожиданиям», система социального обеспечения несет прямую ответственность за заботу о детях, пожилых людях и недееспособных [34, pp. 37–39].

Социальная политика, которая проводилась и проводится в современных социальных государствах через механизмы социальной политики, обеспечивает, используя терминологию М. Ричмонд, не прямое, а косвенное управление поведением различных групп для достижения интересов правящих элит.

«Общество терапии», характерное для данных государств социального благоденствия, имело более сложные и тонкие инструменты управления, где профессиональным корпорациям, в том числе и в социальной работе, отводится место «мягких институтов» коррекции, контроля и регулирования общественного поведения.

Новые формы социального контроля, связанные с контролем поведения и производительных, и непроизводительных групп, как и в прежних исторических обществах, осуществляются на макро- и микроуровне управления –

социальных структур и «работы со случаем» в сложившейся архетипической системе общественного управления.

Макроуровень управления социально необходимым поведением осуществляется через различные социальные институты: медицинские, образования, социального обеспечения. Именно на этом уровне реализуется социальная политика правящими элитами, достигается ««благополучие» населения в целом» [35, p. 132].

Каждый из данных институтов, помимо своих функций прямого назначения, на основе распределения общественного труда в государстве имеет, согласно Р. Мертону, латентные функции [36, с. 158], которые имплицитно включены в формы управления и в рамках своих институциональных границ формируют нормативное поведение отдельного индивида и групп на основе политического заказа, санкционированного государством.

Институты образования, согласно П. Бурдье, позволяют воспроизводить необходимое просоциальное поведение, приносящее пользу, несмотря на классовую дифференциацию и имущественное неравенство. Они «закрепляют социальную идею буржуазии, подъем по социальной лестнице», позволяющую контролировать воспроизводство социальных позиций и сдерживать претензии на равенство доходов и справедливое распределение национальных богатств [См. 37, с. 384–385].

Институт здравоохранения, согласно Т. Парсонсу, позволял реализовывать социально-девиантные формы поведения, к которым он относил: освобождение заботы о себе, освобождение, в состоянии болезни, от социальных обязанностей, обращение за профессиональной помощью [38, с. 170] (добавим от себя, которое со временем превратилось в требование). Они же контролировали формы уклонения от производственной деятельности лиц, которые стремились манипулировать своими недугами и получать материальные вознаграждения, не имея на то юридических оснований.

Социальные институты помощь и поддержку осуществляли на основе действующего законодательства, определяющего социальные группы, нуждающихся в помощи и поддержке в соответствии с государственными приоритетами. При этом государство регламентировало ситуации, в которые оно включалось в деле помощи и поддержки, локализовало трудные жизненные ситуации через профессиональное сообщество социальных работников. Вот эту закономерность, когда политическая власть «может влиять на официальные организации по оказанию помощи и манипулировать ими, тогда как ра-

ботник сферы социального обслуживания практически не имеет влияния на политическую машину», замечена была еще Р. Мертоном [36, с. 175].

Индивидуальное обслуживание, индивидуальный сервис санкционируют как и в институтах здравоохранения, не только приемлемые, с точки зрения общественных норм, социально-девиантные формы поведения, но и любые индивидуальные формы протеста и «гражданского неповиновения».

Через инструменты «искреннего сервиса», «толерантного отношения», «эмпатического слушания», «медиативных технологий», «технологий решения проблем» и других личностноориентированных инструментов помощи социальные работники позволяют клиентам реализовывать свое индивидуальное агрессивное поведение в ситуациях, которые были обусловлены как средовыми, так и личностно-групповыми факторами. Главная цель действий профессионалов в этом контексте – коррекция психосоциоэмоционального состояния человека и недопущение перерастания индивидуальных форм протеста в массовые формы дезорганизации на основе коллективных форм солидарности.

Социальные институты давали возможность человеку в «обществе терапии» выступать в различных ролях по отношению к социуму, «примерять на себе» всевозможные модели, в том числе и асоциального поведения, но под контролем и в рамках санкционированных учреждений. Можно отметить, что функции «надзора-исправления» в «обществе терапии» реализовывались не только институтами коррекции, как это наблюдалось в прежние эпохи, но и институтами социализации, сопровождения и поддержки.

На микроуровне, работы со случаем, концепт «благополучия» согласуется и реализуется как с императивами рынка, индивидуальными обязательствами, так и индивидуальными концептами моральной саморегуляции [35, p. 135], что собственно и определяло режимы индивидуального поведения человека.

Однако и в том, и другом случае реализовывались концепты психотерапии социального поведения. Организованная среда на всех уровнях в рамках дискурсов «благополучия» и «благостояния», управляемая профессионалами, в данном случае социальными работниками, на новом уровне могла осуществлять социальный контроль в формах «клиники и терапии», того контроля, который ускользает от «восприятия как индивидами, так и коллективом» [32, с. 16].

Именно эту связь между терапией, средой и индивидуальной жизненной ситуацией, только в рамках проблем психического здоровья, обнаружил клас-

сик немецкой психиатрии Г. Аммон, в частности он писал, когда «терапевтическая среда охватывает жизненную ситуацию пациента как во временном аспекте, так и в аспекте пространства …жизненная и терапевтическая среда сливаются» [39, с. 216].

Таким образом, на микроуровне организованная социальная среда является терапией общественных недугов, средой социального контроля, формирующей поведение масс на сознательном и бессознательном уровне, необходимое правящим элитам. Без жестких деклараций и законодательных регламентаций карательных институтов на основе «soft skills», мягких навыков профессионалов, реализовывались функции «надзора и исправления» в новой парадигме управления случаем в «обществе терапии» XX в.

Общественная и профессиональная практика в дискурсах социопатогенной парадигмы XX века

Парадигма помощи менялась в контексте изменения проблем человека труда, его вхождения и самореализации в условиях капиталистического рынка.

Сохранение здоровья производительных групп становится всеобщей не столько социальной, сколько политико-экономической задачей, вот почему в этой работе власти через законодательные меры в одних случаях, как это видно в Западной Европе, стимулируют гражданское общество и Церковь, в других, как в Российской Империи, понуждают сословия и различные конфессии активизировать свою деятельность через различные территориальные программы, особенно после отмены крепостного права, на основе изменения законодательства [28; 40].

Проблемы борьбы с бедностью обретали новые формы. Массовая бедность «трудового большинства» была связана не только с нестабильностью рынка труда, но и жестокой эксплуатацией, на заводах и фабриках практически отсутствовала какая-либо охрана труда. Общество столкнулось с новой проблемой бедности, которая была вызвана массовой инвалидизацией, что было не характерно для предшествующих эпох. Проблемы бедности и здоровья на многие десятилетия будут в центре внимания не только правящих элит, но и деятелей общественной благотворительности.

Томас Чалмерс (1780–1847 гг.), шотландский религиозный деятель, в первой половине девятнадцатого столетия одним из первых разрабатывал теоретические проблемы бедности в контексте потери здоровья на производстве, реализовал программы по профессиональной реабилитации инвалидов, получивших увечья на заводах и фабриках.

Медицинская модель помощи предполагала работу как с самим пострадавшим, так и с его семьей. «Работа со случаем», медицинская компонента работы, расширяется, так появляются элементы обучения новым навыкам, коммуникациям, организуются программы по обучению «малому бизнесу». Как считают исследователи, «профессиональная реабилитация», как сам термин, так и направление деятельности, в истории социальной работы непосредственно связаны с именем Т. Чалмерса [см.: 41, p. 7].

Проблемы сохранения здоровья, и прежде всего трудового населения, в профессиональной социальной работе актуализируются в начале XX века во многих странах мира, что способствовало формированию практики в социопатогенной парадигме.

Такую ситуацию можно наблюдать во Франции в начале XX века, когда под тотальный контроль попадали работающие на заводах и фабриках женщины. Именно там власти организовывали социально-медицинскую работу, подавляя очаги распространения туберкулеза и венерических болезней среди населения после Первой мировой войны [42, p. 400]. В начале века во Франции принимается ряд законов, направленных на формирование системы социальной помощи. В соответствии с этими решениями в 1905 г. выходит закон о помощи престарелым, хроническим и неизлечимым больным. На основе этих законов к 1906 г. была оказана помощь 1320000 нуждающимся [43].

В Германии профессиональная социальная работа, как считают исследователи, первоначально не признавалась официальными структурами, однако к 20-м годам XX столетия ситуация меняется и появляются стандарты, где общественному здравоохранению придается особое значение. Большую роль в реализации этих программ сыграла основатель немецкой школы социальной работы А. Саломон, которая за разработки в области социальной гигиены получила почетную степень доктора медицины [44, p. 167].

В период нацистской Германии меняются характер и направление подготовки в области социальной работы. Идеологи национал-социализма считали, что нация ослаблена «низшими расами, психическими больными, умственно отсталыми, инвалидами и бедными» [44, p. 169], в связи с чем были измены подходы к подготовке профессионалов.

Социальные работники были переименованы в «Volkspflegerin» (людей, которые обслуживают потребности людей), а стратегии работы были направлены на «эффективную самопомощь и взаимную помощь», однако в подготовке социальных работников медицинские дискурсы присутствуют вместе с программами первой помощи, заботой о здоровье, по основным инфекцион-

ным заболеваниям. Появляется и такая дисциплина, как евгеника, где в основном рассматривали концепции «расовой неполноценности народов».

Теория и практика социальной работы осмыслялась в контексте с «здравоохранительными, расовыми, национал-географическими условиями жизни и экономикой» [29, с. 50–51], что в конце XX века историкам позволило определить данную практику как социальную расовую работу.

Концепты «Новой филантропии» в начале века реализуются в практике социальной работы в Великобритании, однако здесь медицинская парадигма помощи имела свою специфику. «Многочисленный и малоимущественный рабочий класс» берется под патронаж государственных и добровольческих организаций. А. Саломон, анализируя деятельность социальных работников, отмечает, что специфика подготовки школ социальной работы в этой стране направлена на развитие добровольческого сектора, обучение «праздного класса» помощи нуждающимся трудящимся, особое значение придается работе в оздоровительных и ювенальных центрах. Такой подход, по ее мнению, становится возможным, поскольку в британском обществе сильны были традиции коллективизма, что определило своеобразие учебных планов, включающих «соединение предписанных законодательно и добровольных форм социальной помощи» [29, с. 96]. Медицинские подходы реализуются и в других направлениях помогающих практик, в частности в школах и при патронаже семьи [45].

Однако, исторический контекст работы с трудовыми массами был более широк и разнообразен, что показывает практика помощи в Советской России. В первые годы становления Советского государства можно наблюдать синтез европейских подходов и отечественных инициатив в помощи трудящимся как на основе законодательной, медицинской, так и организационной практики.

Медицинская парадигма помощи имела свою специфику в Советской стране. В центре внимания новых правящих элит стояли задачи социальной классовой работы, где проблемам общественного здоровья и государственной помощи нетрудоспособным осмыслялись в контексте недопущения реставрации капитализма.

Новое отношение к трудовому населению правящие элиты позиционировали на всех уровнях. Так, на Первой международной конференции по благотворительности в Париже в 1928 г. Нарком здравоохранения Н.А. Семашко выступил с докладом «Социальная работа в Союзе Советских Социалистических Республик», где были определены новые целевые группы социальной поддержки и методы работы [46, с. 17].

Медицинская парадигма помощи складывается из законодательной и организационной практики поддержки трудящихся. Приоритетными объектами в оказании «полной помощи» являются «трудящиеся» и «потерявшие трудоспособность». При этом власть вводит санкции, «ведет борьбу со всякого рода паразитизмом и тунеядством, ставя своей задачей вернуть в трудовую жизнь каждого, выбившегося из трудовой колеи» [47, с. 351].

Начинают определяться принципы обязательной государственной помощи «на рациональных началах нетрудоспособным, впавшим в нужду, и инвалидам войны за счет государства по центральному государственному бюджету» [48, с. 213–214]. Как и в Великобритании, реализуются идеи коллективной помощи, только с привлечением советской общественности, а «не праздного класса», и не филантропические идеи, а концепты шефства легли в основу нового вида помощи одной социальной группы другой.

Медицинская парадигма помощи в США в начале XX века развивалась по двум направлениям: как интегрированный подход в практике индивидуальной работы, теории и практики диагностической школы социальной работы и ее направлений и как самостоятельное направление в здравоохранении и психиатрии.

Можно отметить, что медицинский подход в учреждениях здравоохранения и психиатрической помощи имел давние традиции в американской практике. Свою институционализацию «она начинает» с середины XIX века благодаря усилиям «матерей-основательниц» социальной работы. Известный деятель в области социальной работы Д. Дикс еще в 1843–1853 гг. организует первые государственные психиатрические учреждения, которые получили свое оформление в начале XX века [40, с. 188].

Медицинская модель социальной работы в здравоохранении и психиатрии разворачивается по двум направлениям: *микропрактики* – работа с индивидуумами, семьями, малыми группами и работа в *макросреде* на уровне территориальных образований, администрирования и политики.

Работа со случаем в здравоохранении впервые была представлена в Городском госпитале г. Кливленда в 1900 г. Однако, как считают исследователи, более ранняя практика была зафиксирована в Массачусетском генеральном госпитале, возглавляемом доктором Р. Каботом, который не только руководил деятельностью социальных работников в данном учреждении, но и организовал их подготовку в колледже Симмонса [49].

Практика социальной работы в психиатрии возникает с 1904 г., и начало этой деятельности было положено психиатром А. Майером в государствен-

ной больнице Манхэттена. Он «дополнил» лечение больных посещением семей, понимая, что «источники болезни» находятся, в том числе, и в обществе.

Однако, как считают исследователи, пионером ранней психиатрической помощи необходимо считать М. Джаррет, директора отдела социального обслуживания Бостонской Психопатологической больницы. В 1918 г. она разработала программу восьминедельной подготовки социальных работников, чтобы оказывать помощь психиатрическим больным, в 1919 г. эта программа преподавалась в колледже Смита. Именно М. Джаррет вводит понятие психиатрический социальный работник, она стояла у истоков основания американской Ассоциации психиатрических социальных работников.

В 20-х годах открываются отделения детской психиатрической помощи под патронажем Фонда Содружества. Социальные работники выступали в качестве посредников между детьми с проблемами психического здоровья и родителями. В ситуации, когда специализированных детских психиатров не хватало для оказания психиатрической помощи, социальные работники постепенно выступали основными субъектами помощи. В период Великой депрессии в 30-е гг. психиатрические социальные работники вынуждены были перейти в государственные службы, что обогатило технологии социальной работы новыми методами помощи [50].

Другим направлением в развитии практики клинической работы была деятельность профессионалов в сеттльментах. Работа имела профилактическую направленность, затрагивала различные области здоровья от эпидемиологии до проблем психического здоровья, от краткосрочных методов помощи до пролонгированных во времени моделей поддержки людей с психическими проблемами, организации им паллиативной помощи. Эта деятельность была возглавлена Дж. Аддамс и Э. Эбботт [51].

Клиническая практика социальной работы в учреждениях здравоохранения и психиатрии строилась в контексте директивных подходов индивидуальной помощи и поддержки. Функциональные ограничения клиентов – физические, коммуникативные, сенсорные, психические формировали практические методы биопсихосоциальной оценки и модели интервенций. В данный период сложились основные модели директивной практики социальной работы, которые были представлены в здравоохранении и психиатрии и на многие десятилетия определили развитие социальной работы в данном направлении. К таким основным моделям практики можно отнести: психиатрическую модель [49], медицинскую модель [52], модель профилактики и поддержки здоровья [53].

Говоря о становлении медицинской модели практики социальной работы в основных европейских странах и США, можно отметить, что после Второй мировой войны независимо от государственной или политической системы социальная работа обретет новые направления деятельности, которые оформятся в условиях общества потребления, в контексте проблем урбанизации и процессов научно-технической революции.

Полицейские формы социального контроля, которые были характерны для классовых обществ, с развитием «общества терапии» в социальных государствах принимали новые формы управления массами как на уровне социального поведения в виде форм клиники и социальной терапии, так и форм массового сознания в виде различных конфигураций цифровых помогающих технологий.

Парадигмы медицинскоориентированных дискурсов практики сформировали основные подходы, сложившиеся в социопатогенной платформе 1.0, которая обозначила стратегии в направлении:

- индивидуально-реформистской деятельности,
- социал-коллективистской работы,
- рефлексивно-терапевтического подхода [54].

Теоретические дискурсы медицинской парадигмы в диагностической школе социальной работы

На теоретические дискурсы социальной работы и становление медицинской ее парадигмы повлияли работы американских теоретиков социальной работы, которые в XX веке определили развитие теории и практики социальной работы во всем мире. Данные подходы повлияли на становление теории практики социальной работы и в России после введения в квалификационный справочник данной профессии в 90-е годы прошлого столетия. Остановимся на основных теориях медицинских дискурсов в теоретической парадигме социальной работы.

Теоретическая медицинская модель социальной работы начинается формироваться с М. Ричмонд еще в конце XIX века. В первой своей работе «Дружеский визит к беднякам», где в основе лежали теологические концепты анализа ситуации нуждающихся в помощи в логике дискурсов «греха и любви», обозначаются первые подходы к социальной диагностике, ставшей основой медицинской модели социальной работы.

Предлагая анализировать ситуацию клиента с позиций социальной истории клиента, истории занятий, финансовой истории, она выделяет особую историю – физическую. Это предполагало самостоятельное исследование в

концепции целостного понимания проблемы клиента. Необходимо было «исследовать» состояние здоровья каждого члена семьи, привычки, лечащего врача, который мог бы дополнить полученную информацию [см.: 55, p. 188].

Философия медицинского подхода, с одной стороны, была в логике дискурсов христианской помощи, с другой стороны, когда М. Ричмонд расширила практику своей деятельности, и она не ограничивалась только религиозными организациями, медицинский подход позволял объективировать ситуацию клиента, выйдя из ловушек «теологического» и «экономического» детерминизма.

Медицинская модель помощи трактовалась М. Ричмонд как практическая деятельность, как клиническая, в этой связи она проводит аналогии с медицинской практикой, «возможностью нахождения у кровати больного» [56, с. 13].

Рассматривая социальную диагностику как основу индивидуального метода, она подчеркивала, что большое влияние оказали различные движения медицинского сообщества – терапевтические и психиатрические, но это был не механический процесс, а «химическое соединение». Раньше в практической работе медики уделяли внимание «физическому здоровью», «незначительно» интересовались «психическим состоянием», а вопросы «физической среды» и «духовной и психической» жизни оставляли без внимания. Необходим был именно комплексный, как бы сказали сегодня, способ ответа на все четыре вопроса в решении случая социальным работником [56].

Развитие медицинских подходов в социальной работе, как считают зарубежные исследователи, нашло отражение в другом исследовании М. Ричмонд «Что такое социальная работа?» (1922) [57]. Здесь уже просматриваются систематизированные подходы психоаналитической теории З. Фрейда, особенно к ситуации клиента, которая воспринимается как «продукт» прошлого и настоящего, истории семьи и факторов окружающей среды.

Расширяя понятие «социальное», она считала, что «окружение перестает быть окружением только в пространстве, оно расширяется до горизонта человеческой мысли, до границ его способности поддерживать отношения, и сужается до исключения всего, что не оказывает реального влияния на его эмоциональную, умственную и духовную жизнь» [58, p. 99]. Постепенно медицинская модель обретает свои системные черты, что дало основание говорить о целом направлении теории и практики социальной работы, которое было обозначено как диагностическое.

Диагностический подход и методы исследования проблем клиента на основе психоанализа начинают переносить в систему семейных отношений, где рассматривают не только асоциальные, но и процессы дизонтегенеза, влияющие на проблемы семьи. Большую роль в этой связи сыграли работы Г. Маркус «Аспекты помощи в семейной социальной работе» и «Психическая гигиена и социальная работа» М. Кенуорти и П. Ли (1929) [58, p. 707].

Последующая практика диагностического подхода в индивидуальной работе со случаем начинает оформляться в логике психосоциального метода помощи. Одной из первых работ в этом направлении была книга Г. Хамильтон «Теория и практика социальной работы со случаем», которая вышла в 1940 г.

Г. Хамильтон продолжает традиции диагностического подхода, однако она углубляет подходы к диагнозу не только на основе теории З. Фрейда, но на основе эго-психологии, теории психодинамики. Г. Хамильтон определяла два важнейших компонента в психосоциальном подходе: диагностику и процесс лечения. Лечение клиента осуществляется на основе дифференцированных подходов в зависимости от его потребностей. Однако логика технологий помощи реализуется в направлении непосредственной или косвенной помощи клиенту [59].

Дальнейшее развитие психосоциальной работы связывают с работами Х. Перлман и Ф. Холлис.

Х. Перлман в 1957 г. в книге «Социальная индивидуальная работа: процесс решения проблем» развивает технологии помощи клиенту в социальной работе, определяя сущность профессиональной деятельности и ее метода: «интервенции социальной индивидуальной работы есть процесс решения проблем» [60].

Модель решения проблем Х. Перлман представляла междисциплинарный конструкт, в основе которого лежали подходы Дж. Дьюи, теоретические концепты психодинамической теории, эго-психологии, идеи экзистенциализма и в дальнейшем идеи эколого-системного подхода. Сам метод построения теоретического конструкта формировался с использованием знаний и техники из различных научных парадигм, а также школ социальной работы, по своим подходам был инновационным и определил формирование технологий социальной работы в логике единой парадигмы помощи.

Ф. Холлис продолжала развивать психосоциальные подходы на основе психоаналитической теории. Однако подход обогащался за счет эго-психологии, ранкианской психологии, теории коммуникаций.

Психосоциальная технология социальной работа в значительной степени состоит из процесса помощи на основе проникновения в причины девиационного или дезадаптивного поведения субъекта, «истории болезни клиента».

Свою модель психосоциальной работы она формировала на основе психодинамической психотерапии, своеобразия подходов к личности клиента и его проблемам, оценке, технологическому процессу и интервенциям.

Технологический процесс базируется на понимании проблемной ситуации клиента как индивидуальной системы «личность-в-ситуации». В этой конфигурации осмысляются потребности клиента и возникающие проблемы, исходя либо из неадекватного функционирования самого клиента, либо из проблемного функционирования окружающей среды, либо из взаимодействия этих систем [61, p. 57].

Таким образом, в XX веке медицинская модель М. Ричмонд эволюционировала до моделей психосоциальной работы, которые, в свою очередь, оказали влияние на оформление подходов к теории и практике социальной работы на этапе развития постмодернизма рубежа XX–XXI веков.

Вместо эпилога. На пути к салютогенной платформе 2.0.

Процессы глобализации изменили векторы социальной политики отдельных национальных государств в конце XX начале XXI века. Сегодня Человечество все больше входит в измерение глобального «Большого общества», несмотря на то, что одни страны находятся на стадии аграрной либо индустриальной его версии, а другие приближаются к обществу 5.0, искусственного интеллекта, как, например, японское, которое вот уже десятилетие живет за пределами цифрового общества, к которому только приближаются ведущие мировые державы [62].

Классификация М. Фуко, Г. Эспинг-Андерсена относительных режимов социальных государств начинает пробуксовывать, поскольку в Большом обществе растворяются различные образы глобализации, они причудливо форматируют пространство на уровне экономик, политик, культур, и классификация и анализ «образов реального мира» во многом определяется точкой отсчета исследователей.

Можно отметить, что современное постмодернистское мышление раскрывает новую логику понимания социальной реальности, пределы которой не ограничены отдельной территорией или континентом, сложившейся политической системой или радикальными реформами младоевропейских государств, покинувших лоно социалистической интеграции.

В этой связи описание современности в принципах теории неопределенности Гейзенберга имеет сегодня не меньшее значение для понимания глобальной социальной действительности, чем теологические дискурсы Василия Великого или Иоанна Златоуста для осмысления принципов мирового порядка в начале прошлого тысячелетия.

Социолог П. Штомка, солидаризируясь с концептами многообразия существования миров, признает реалии многомерных образов глобализации, поддерживая концепты Р. Робертсона, который предлагал четыре типа мирового порядка в контексте «общественного измерения»:

- «Глобальный Gemeinshaft I» – закрытые, ограниченные сообщества, «равноправных и уникальных в своей институциональной и культурной упорядоченности…»
- «Глобальный Gemeinshaft II» – олицетворение глобального сообщества, «всемирной деревни».
- «Глобальный Gesellshaft I» – суверенные государства «включены в процесс интенсивного экономического, политического, культурного обмена».
- «Глобальный Gesellshaft II» – предполагающий «унификацию национальных государств под эгидой некоего мирового правительства» [63, с. 131–132].

Многомерный взгляд на экономические мировые системы не менее причудлив и разнообразен, как и научные школы, их определяющие. Так, шведские экономисты А Кьелл Нордстрем и Йонас Риддерстрале уверенно доказывают отсутствие единого образа мира капитала. Они считают, что капитализм представлен, несмотря на общность рыночных установок, отношению к прибавочной стоимости, эксплуатации наемного труда, различными его типами, в частности, они выделяют следующие модели:

- Европейскую модель капитализма, социально-либеральной, с сильным госаппаратом, который «может осуществлять регулирование рынка».
- Северо-американский капитализм, с минимальной ролью государства.
- Азиатский коллективистский капитализм, построенный на взаимодоверии и сильном госаппарате [64, с. 51].

Глобальные трансформации не только переформатировали вековые сложившиеся связи, традиционную систему управления и контроля, но и сами общественные институты изменили функциональные дискурсы взаимодействия с государством.

Правящие элиты, наделяя государственными полномочиями «контроля-исправления» негосударственные институты и конфессиональные организа-

ции, дают возможность последним использовать бюджетные и частные средства для реализации данных функций. Через инструменты «аутсорсинга» решаются не только локальные задачи рынка социальных услуг, не только функции оптимального управления социальными группами, но и системы контроля над ними через явные и латентные формы воздействия.

Получив государственный мандат на право реализации всего спектра помогающих практик, институты гражданского общества, являясь инструментом «косвенного управления», осуществляют полицейские функции над социальными группами и общностями, включаясь в превентивные программы противодействия «потенциальным асоциальным протестным акциям».

И если на предшествующем этапе, в «обществе терапии», архетипические страхи правящих элит, связанные с потерей власти, регулировались через деятельность государственных институтов и индивидуальные формы поведенческой терапии профессионалов этих институтов, то в новое время акторами терапии становятся институты гражданского общества на равных правах, а в отдельных случаях являясь более радикальными в своих инициативах, осуществляя «заботу о правах человека» в отдельно взятых учреждениях.

Глобальные трансформации изменили не только сущность государственных и общественных институтов, но и принципы мышления, определяя новые векторы рациональности, которые больше соотносятся с парадигмой постмодернизма, чем модернизма, что не могло не отразиться на понимании места теорий и практик социальной работы в системе глобальных координат, в системе глобальной социальной политики «всемирной деревни».

Парадигма постмодернизма позволила выявить такие системные характеристики современной социальной работы, как:

- широкий спектр подходов к пониманию ее предметных границ,
- принятие существования «многомерности изучаемых реалий»,
- рефлексирование многогранности ее явлений и феноменов и других особенностей как практики, так и познавательных дискурсов, которые, с точки зрения британской исследовательницы Ф. Уильямс, и составляет сущность постмодернистских подходов [65, pp. 61–76].

В контексте глобальных социальных перемен и нового глобального парадигмального мышления не могло не произойти изменений не только в понимании профессиональным сообществом новой миссии социальной работы в мировом пространстве, но и принципов как ее познания, так и практической деятельности в национальном и глобальном, территориальном общественном и всемирном измерениях.

Так, в 2014 г. Международной федерацией социальной работы (МФЦР) было дано определение стратегии и миссия социальной работы, реализации ее в глобальном мире: «Социальная работа является практической профессией и академической дисциплиной, которая способствует общественным изменениям и развитию, содействует социальной сплоченности и укреплению способностей к самостоятельному функционированию людей в обществе, их освобождению.

Принципы социальной справедливости, прав человека и уважения многообразия являются центральными в социальной работе.

Опираясь на теории социальной работы, общественные и гуманитарные науки, специализированные знания, социальная работа вовлекает людей и структуры в решение жизненно важных проблем и повышение благополучия» [66, с. 24].

Направленность подходов к миссии, практикам, к обществу и месту человека в системе социальных координат в новом столетии существенно отличается от представлений отцов и матерей основателей социальной работы начала прошлого века.

С. Паттен, который стоял на социалфабианистских позициях постепенного реформирования общества, видел перспективы деятельности социальных работников в XX веке в «обучении умеренного потребления низших классов» и совместной деятельности социальных работников и «низших классов» в отстаивании своих прав «в повышении заработной платы и сокращении рабочего дня» [67, с. 1032].

Сегодня эти требования не только архаичны, но и не отражают сущность интенций обездоленного большинства, которые изменились не только социально, демографически, политически, но и сами ценностные ориентации «нуждающихся» связаны не только с материальными потребностями, но не в меньшей степени с экзистенциальными и трансцендентными ощущениями нуждающегося человека, которые требуют своего удовлетворения.

Список литературы

1. Keith-Lucas A. The poor you have with you always. North American Association of Christians in Social Work, 1989. 173 p.

2. Мосс М. Опыт о даре. Форма и основание обмена в архаических обществах // Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии / Сост., пер. с фр., предисловие, вступит. статья, комментарии А.Б. Гофмана. М.: КДУ, 2011. С. 134–285.

3. Лосев А.Ф., Тахо-Годи А.А. Боги и герои Древней Греции. М.: Слово/Slovo, 2002. 280 с.

4. Бурдье П. Формы капитала // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 5. С. 60–74.

5. Фирсов М.В. История социальной работы. М.: Кнорус, 2019. 396 с.

6. Guntis Dišlers The long-forgotten relations between social practice and religion // Tiltai. 2013. № 2. P. 13–30.

7. Иоанн Златоуст, свт. Полное собрание творений. Том 2. Беседы о дьяволе. СПб.: Санкт-Петербургская Духовная Академия, 1896. С. 271–304.

8. Бондарь Л.Д. Афинские литургии V–IV вв. до н. э. СПб.: Нестор-История, 2009. 204 с.

9. Аман А-Г. Повседневная жизнь первых христиан. 95-197 / Пер. с фр. и предисловие В.Д. Балкина. М.: Мол. гвардия, 2003. 322 с.

10. Galen of Pergamon // The Encyclopedia of Ancient Natural Scientists. The Greek tradition and its many heirs / P.T. Keyser, G.L. Irby-Massie. London and New York: Routledge, 2008. 1072 p.

11. Болотов В.В. Лекции по истории Древней Церкви. Том II. История Церкви в период до Константина В. СПб.: Типография М. Меркушева, 1910. 474 с. URL: http://www.odinblago.ru/bolotov_2/.

12. Фуко М. Безопасность, территория, население. Курс лекций. СПб.: Наука, 2011. 544 с.

13. Болотов В.В. Лекции по истории Древней Церкви. Том III. История церкви в период вселенских соборов. СПб.: Типография М. Меркушева, 1913. 340 с. URL: http://www.odinblago.ru/bolotov_3/.

14. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 307 с.

15. Катехизические поучения. О блаженствах. URL: https://azbyka.ru/otechnik/Grigorij_Djachenko/katekhizicheskie-pouchenija-o-blazhenstvakh/.

16. Coady N., Lehmann P. The Problem – Solving Model: A Framework for Integrating the Science and Art of Practice // Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice. New York: Springer, 2008. 556 p.

17. Coady N., Lehmann P. The Science and Art of Direct Practice: An Overview of Theory and an Intuitive-Inductive Approach to Practice // Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice. New York: Springer, 2008. 556 p.

18. Mark R. Cohen Poverty and Charity in the Jewish Community of Medieval Egypt. N.J.: Princeton University Press, 2005. 312 p.

19. Беседы на второе послание к Коринфянам. Беседа 17. https://azbyka.ru/otechnik/Ioann_Zlatoust/tolk_65/17.

20. Ле Гофф Ж. Цивилизация средневекового Запада. Екатеринбург: У-Фактория, 2005. 560 с.

21. Дэвис Н. История Европы. М.: Изд-во АСТ, 2004. 943 с.

22. Делюмо Ж. Цивилизация Возрождения. Екатеринбург: У-Фактория, 2006. 715 с.

23. Beier A.L., Ocobock P. Vagrancy and Homelessness in Global and Historical Perspective. Athens: Ohio University Press, 2008. 396 p.

24. Наказ ее императорского величества Екатерины Второй самодержицы всероссийской, данный Комиссии о сочинении проекта нового Уложения. СПб.: Л.Ф. Пантелеева, 1893. 201 с.

25. Müller C.W. Wie Helfen zum Beruf wurde: Eine Methodengeschichte der Sozialen Arbeit. Juventa Verlag Weinheim und München, 2006. 336 p.

26. Compton B.R. Introduction to Social Welfare and Social Work: Structure, Function, and Process. Dorsey Press, 1980. 598 p.

27. Beier A.L., Ocobock P. Vagrancy and Homelessness in Global and Historical Perspective. Athens: Ohio University Press, 2008. 396 p.

28. Фирсов М.В. Социальная работа в России: теория, история, общественная практика. М.: Союз, 1996. 448 с.

29. Социальные науки: Реферативный сборник: Alice Salomon. Education for Social Work. Перевод с англ. Сухова Е.Н. / Составитель и научный редактор З.Х. Саралиева. Вып. 8. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2013. 430 с.

30. Schachter H.L. The Two Faces of Progressive-Era Professions // Administrative Theory & Praxis. 2014. Vol. 36. № 4. 489–509 p.

31. Winkelman J. A Working Democracy: Jane Addams on the Meaning of Work // The Review of Politics. 2013. Vol. 75. Iss. 3. 357–382 p.

32. Фуко М. Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью. Часть 2. М.: Праксис, 2005. 320 с.

33. Наторп П. Избранные работы. М.: Издательский дом «Территория будущего», 2006. 384 с.

34. Esping-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton (N.J.): Princeton University Press, 1997. 248 p.

35. Powell Jason L. and Khan Hafiz T.A. Foucault, social theory and social work // Romanian Journal of Sociology. 2011. IX (1). 131–147 p.

36. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2006. 873 с.

37. Монсон П. Современная западная социология: теория, традиции, перспективы. СПб.: Изд-во «Нотабене», 1992. 445 с.

38. Большой толковый социологический словарь (Collins). Том 2 (П – Я): Пер. с англ. М.: Вече, АСТ, 1999. 528 с.

39. Аммон Г. Динамическая психиатрия в ракурсах времени. К столетию со дня рождения. Сб. М.: ИД «Городец», 2018. 568 с.

40. Фирсов М.В. История социальной работы. М.: Академический проект, 2007. 608 с.

41. Wright G.N. Total rehabilitation. Boston: Little, Brown and Company, 1980. 830 p.

42. Cristina de Robertis Metodologie de l’intervention en travail social. Bayard, 2010. 399 p.

43. Fayet-Scribe S. La Résidence sociale de Levallois-Perret (1896-1936). Toulouse: Erès, 1990. 188 p.

44. Wieler J. Alice Salomon // Journal of Teaching in Social Work. Vol. 2(2). 1988. 165–171 p.

45. Younghusband E. The Newest Profession. A short history of social work. Community care/IPC Business Press, 1981. 46 p.

46. Романов П., Ярская-Смирнова Е. История социальной работы: методологические аспекты // Нужда и порядок: история социальной работы в России, XX в.: Сб. науч. ст. Саратов: Научная книга, 2005. С. 11–28.

47. Вержбиловский П. В помощь низовому работнику социального обеспечения // Антология социальной работы: [В 5 т.]. Т.3: Социальная политика и законодательство в социальной работе. Сост. М.В. Фирсов. М.: Сварог, НВФ-СПТ, 1995. 543 с.

48. Социальное обеспечение в РСФСР к десятой годовщине Октября // Антология социальной работы: [В 5 т.]. Т.1: История социальной помощи в России. Сост. М.В. Фирсов. М.: Сварог, НВФ-СПТ, 1994. 278 с.

49. Carlton T.O. Clinical Social Work in Health Settings: A Guide to Professional Practice With Exemplars (Springer Series on Social Work). New York: Springer, 1984. 280 p.

50. David G. Phillips Clinical Social Work and Psychoanalysis: Introduction to the Special Issue // Clinical Social Work Journal. 2009. Vol. 37. Iss. 1. P. 1–6.

51. Trattner W.I. From Poor Law to Welfare State: A History of Social Welfare in America. New York: The Free Press, 1974. 276 p.

52. Kane R., Ouslander J. Essentials of clinical geriatrics. New York: McGraw-Hill, 1989. 542 p.

53. Wittman M. Preventive Social Work: A Goal for Practice and Education // Social Work. 1961. Vol. 6. № 1, P. 19–28.

54. Малькольм П. Социальная работа: современная теория / Под ред. Дж. Камплинга. Пер. с англ. О.В. Бойко и Б.Н. Мотенко. М: Академия, 2007. 390 с.

55. Richmond M. Friendly visiting among the poor. A Handbook for Charity Workers. New York: The MacMillan Company, London: MacMillan & Co. Ltd., 1903. 230 p.

56. Социальные науки. Реферативный сборник: Mary Ellen Richmond. Social diagnosis. Перевод с англ. Сухова Е.Н. Составитель и научный редактор З.Х Саралиева. Вып. 7. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2012. 495 с.

57. Richmond M.E. What is social casework? An introductory description. New York: Russell Sage Foundation, 1922. 269 p.

58. Mehmet Zafer Dan and Amra Kirbaç The Historical Development of Social Work Practice With Individual // Middle-East Journal of Scientific Research Vol. 14. Iss. 5. 2013. 703–711 p.

59. Hamilton G. Theory and Practice of Social Case Work. New York: Columbia University Press, 1940. 388 p.

60. Perlman H.H. Social Case Work: A Problem Solving Process. Chicago: University of Chicago Press, 1957. 268 p.
61. Hollis F., Woods M. Casework a psychosocial therapy. New York: Random House, 1981. 534 p.
62. From Industry 4.0 to Society 5.0: the big societal transformation plan of Japan. URL: http: www.i-scoop.eu/industry-4-0/society-5-0/.
63. Штомка П. Социология социальных изменений. М.: Аспект Пресс, 1996. 414 с.
64. Кьелл А. Нордстрем, Йонас Риддерстрале. Бизнес в стиле фанк. Капитал пляшет под дудку таланта. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 284 с.
65. Williams F. Postmodernism, Feminism and the Question of Difference // Social Theory, Social Change and Social Work / N. Parton. London: Routledge, 1996. P. 61-76.
66. Фирсов М.В., Шимановская Я.В., Черникова А.А. Теория и методика социальной работы. М.: Кнорус, 2020. 290 с.
67. LaJeunesse R. Simon Patten's Contributions to the Institutionalist View of Abundance // Journal of Economic Issues. 2010. Vol. 44. Iss. 4. P. 1029–1044.

FROM A SOCIOPATHOGENIC HELP SPACE TO A SELF-CARE SPACE: GENESIS AND TRANSFORMATION OF PLATFORM 1.0.

M.V. Firsov[1], A.A. Chernikova[2]
[1] Doctor of Sociological Sciences, Professor, Professor, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University
[2] Junior researcher, the Institute of Demographic Studies, a separate subdivision of the Federal Research Sociological Center, Russian Academy of Sciences

This chapter describes the platforms genesis and transformation against the background of globalization, as well as the changes in the sociopathogenic space of self-care. Depending on the socio-economic and sociocultural conditions, the evolution of the sociopathogenic platform 1.0 transformations is shown, starting from early Christian help to the 1980s. Platform 1.0 was implemented in the context of manifestations variety of forms, methods, assistance institutions in national historical development. The general trends in the formation of this platform are described, referring to its individual manifestations in different countries and in the context of correctional institutions practice in the 16th-19th centuries. The politics of philoptochia in the discourses of the medical model of care, as well as the causes and conditions of its destruction, deserved a special attention. Since the traditional institutions of assistance could not cope with the growth of unemployment and disability, in this regard, it can be argued that the paradigm of philoptochia – love for the poor, was replaced by the police model of "public health", which is based on control over the growing layers of professional poverty. This concept was realized at the level of public administration, practice, in the development of the education system, and in the design of scientific approaches to the theory of social work until the end of the 20th century.

Keywords: social work, platform 1.0, sociopathogenic space, self-care space, philoptochia model, police "public health" model, salutogenic platform 2.0.

НЕМЕЦКАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОСТОЯНИЯ COVID-19: УРОВЕНЬ ГОТОВНОСТИ И ВЫВОДЫ НА БУДУЩЕЕ

Д.А. Шпилев
Доктор социологических наук, доцент, профессор кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского; профессор кафедры криминологии Нижегородской академии Министерства внутренних дел России

Рассматриваются положительные и отрицательные особенности немецкой системы здравоохранения, ее влияние на высокую продолжительность жизни в Германии; анализируется реакция немецкой системы здравоохранения на пандемию COVID-19, успешность оказания помощи различным социальным группам; законодательные изменения, регулирующие оказание медицинской помощи, действия региональных и федеральных политиков.

Ключевые слова: система здравоохранения, Германия, продолжительность жизни, COVID-19, пандемия, демографические изменения, медицинские услуги, ренессанс государства.

Немецкая система здравоохранения традиционно считается одной из лучших в мире. Средняя продолжительность жизни в Германии тоже достаточно высока и составляет 81,1 года (в среднем в странах ЕС – 80,9 года). При этом разница между полами около 4,7 лет. Это означает, что женщины живут в среднем 83,3 года, а мужчины – 78,7 [1]. Немцев обгоняют испанцы (83,4), итальянцы (83,1), французы (82,7), а также греки и португальцы. Но если представители средиземноморских стран своею долгой жизнью, в общем и целом, обязаны сокращенному рабочему дню и системе питания (морепродукты, овощи и т.д.), немцы, в первую очередь, должны быть благодарны своей системе здравоохранения и высокому уровню пенсионного дохода. Отметим, что Россия в рейтинге стран по продолжительности жизни занимает лишь 123-е место и имеет показатель в 70,5 лет [2].

Если оценивать ситуацию более детально, ожидаемая продолжительность жизни в Германии в 2015 г. увеличилась до 80,7 лет. Это на 2 года ниже, чем в Испании и Италии – странах-лидерах ЕС по продолжительности жизни. Ожидаемая продолжительность жизни женщин на 5 лет выше, чем мужчин, хотя с 2000 г. эта разница уменьшается. С 2000 г. увеличение продолжительности жизни в значительной степени связано с увеличением возраста дожития после 65 лет. Немцы могут рассчитывать на то, что после 65

лет около 60% пожилых людей доживут свою жизнь без инвалидности и других серьезных нарушений здоровья, ограничивающих свободу и снижающих качество жизни. Таким образом, после 65 лет для женщин, в среднем, остаются 12,3 года здоровой жизни, для мужчин – 11,4 лет. Еще раз обратим внимание, что под термином «годы здоровой жизни» немецкие специалисты понимают количество лет, которые проживет человек без ограничения физических и духовных возможностей, вызванного состоянием здоровья [3].

Двумя основными причинами смерти в Германии (42% и 23% всех смертей у женщин и 35% и 29% всех смертей у мужчин) являются сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Однако в последние годы фиксируется значительный рост количества смертей от слабоумия (старческой деменции).

Действительно, болезни сердца и инсульт остаются сегодня наиболее распространенными причинами смерти, хотя с 2000 г. их число значительно сократилось. За этот же период смертность от болезни Альцгеймера и других деменций увеличилась почти в шесть раз, с примерно 6000 до почти 35000 случаев. Деменция (включая болезнь Альцгеймера) в настоящий момент является причиной более 4% всех смертей в Германии по сравнению с менее чем 1% в 2000 г. Характеризуя данные изменения, немецкие специалисты говорят о двух причинах. Во-первых, это старение населения. Во-вторых, значительное улучшение диагностики болезни Альцгеймера и других деменций [3].

Хронические заболевания являются основной причиной сокращения продолжительности жизни. Согласно результатам европейского исследования состояния здоровья (EHIS), каждый шестнадцатый человек в Германии живет с астмой, а более одной десятой части – с хронической депрессией. Люди с самым низким уровнем образования в два раза чаще страдают диабетом и на 30% чаще болеют астмой, чем люди с самым высоким уровнем образования [4].

Необходимо признать, что существует большой разрыв в оценке собственного здоровья между группами населения с низким и высоким уровнем дохода: 78% немцев с самым высоким уровнем доходов характеризуют свое здоровье как хорошее, только 51% людей с самым низким уровнем дают такие же характеристики [5].

Важно отметить, что неравенство в состоянии здоровья обусловлено рядом поведенческих детерминант. Так, до 28% заболеваний немецкие специалисты (врачи и социологи) напрямую связывают с поведенческими факторам

риска – неправильное питание, курение, употребление алкоголя и низкая физическая активность, приводящая к высокому индексу массы тела. При этом питание и курение являются основными причинами плохого состояния здоровья в Германии [4].

Что касается потребления алкоголя, в Германии оно, в целом, снижается, хотя пьянство до сих пор остается серьезной проблемой. Потребление алкоголя на взрослого человека в Германии составляет в настоящее время 11 литров в год, что на 1 литр выше среднего показателя по ЕС, но почти на 2 литра ниже уровня 2000 г. В России этот показатель тоже составляет от 10 до 12 литров на взрослого человека в год [6].

Уровень образования, вредные привычки и поведенческие факторы риска являются не единственной причиной различий, существующих в оценке здоровья у разных групп населения. В реальности существует еще несколько объяснений того, почему пациенты не всегда получают оптимальное медицинское обслуживание. В частности, немецкие социологи называют следующие проблемы, наиболее обсуждаемые в связи с работой системы здравоохранения в Германии: 1) фактическое сохранение медицины для двух классов, то есть, для богатых и бедных (которую в последние десятилетие пытались реформировать с помощью внедрения системы гражданского страхования [7]), результатом чего является переизбыток медицинской помощи для пациентов с частной страховкой и недостаток помощи для пациентов, входящих в систему обязательного медицинского страхования; 2) слишком интенсивная неконтролируемая медикаментозная терапия для стариков (особенно, находящихся в домах для престарелых), так называемые коктейли из таблеток; 3) пациентов, находящихся на лечении в маленьких больницах, долго не отправляют в палаты интенсивной терапии в больших клиниках (что крайне необходимо, например, при лечении инсультов); 4) острая нехватка высококвалифицированного младшего медперсонала (который крайне необходим, например, для успешной работы станций скорой помощи); 5) ранняя выписка домой больных с инфекционными заболеваниями (полученными, в том числе, при лечении в клиниках из-за плохой дезинфекции помещений); 6) сильное фармацевтическое лобби; 7) лазейки в законодательстве, позволяющие зарегистрированным врачам принимать подарки; 8) проблема защиты и страхования врачей, совершивших врачебные ошибки [8].

По мнению других ученых, нормальному функционированию немецкой системы здравоохранения угрожают три фактора: продолжающийся рост расходов, демографические изменения (старение населения) и сужение базы

взносов, на которой зиждется финансирование системы обязательного медицинского страхования [9].

Рост расходов во многом обусловлен изменениями в методах лечения, вызванных техническим прогрессом. На самом деле, фактически речь идет не столько об увеличении расходов, сколько об увеличении объема услуг. Технический прогресс дал такие методы лечения, которые раньше были невозможны. Это расширяет объем услуг, а значит, и расходы на здравоохранение. С экономической точки зрения, технологическое развитие системы здравоохранения привело к появлению на рынке новых продуктов, например, трансплантатов органов и цитостатиков, на которые тратятся большие денежные средства.

Реальной угрозой для базы финансирования является старение населения. Интересно, что увеличение продолжительности жизни не имеет непосредственных негативных финансовых последствий, поскольку расходы просто переносятся на более поздний возраст.

Однако демографические изменения означают, что возрастная структура населения Германии меняется: на каждого молодого гражданина будет приходиться все большее количество пожилых граждан. А поскольку расходы на болезнь пожилых граждан значительно выше, чем у молодых, доля национального дохода, расходуемая на здоровье, будет возрастать. Пока это обстоятельство не является угрозой для национальной экономики. Структура спроса прежней экономики, естественно, будет отличаться от структуры экономики будущего. Говоря иначе: меньше детских качелей, но больше инвалидных кресел. Структурные изменения приведут к тому, что в одних отраслях будет наблюдаться снижение спроса на товары, а в других – его рост. При таком подходе сектор здравоохранения – это растущая отрасль, весьма привлекательная с экономической точки зрения. Структурные изменения, безусловно, коснуться рабочих мест и рынка труда, но поскольку демографические изменения не являются неожиданностью, изменения будут предсказуемы и планомерны.

Реальная угроза старения общества влияет на финансирование медицинских услуг. Поскольку обязательное медицинское страхование финансируется, в основном, за счет взносов работающего населения, финансовое бремя в расчете на одного работающего будет резко возрастать, даже если расходы в расчете на одного пожилого человека останутся такими же, как и в настоящее время. Но из-за старения населения в ближайшем будущем произойдет удвоение доли пожилых граждан, что увеличит финансовую нагрузку на работающее население.

Третья проблема заключается в том, что в системе обязательного медицинского страхования взносы и пособия не находятся в эквивалентном соотношении. Взносы в обязательное медицинское страхование в Германии зависят от дохода, в то время как пособия зависят от размера семьи. Семьи с более высоким уровнем дохода и небольшим количеством детей субсидируют многодетные семьи с низкими доходами. Однако привязка обязательного медицинского страхования к доходам от трудовой деятельности может привести к искаженному перераспределению. Например, относительно бедная семья с несколькими источниками дохода будет платить более высокие взносы, чем относительно богатая семья с одним источником дохода, взносы которой ограничиваются верхним пределом начисления взносов.

Подобные нестыковки приводят к тому, что официальная система медицинского страхования привлекает (и даже аккумулирует) так называемые плохие риски, то есть, получает низкие взносы и при этом выплачивает высокие пособия. А так называемые хорошие риски – высокие взносы при небольших пособиях быстро переходят в систему частного медицинского страхования. Такая ситуация стимулирует страховщиков к тому, чтобы платить в систему как можно меньше, а получать от нее как можно больше. Старение населения и технический прогресс в медицинской сфере будут только стимулировать механизмы уклонения от уплаты взносов в систему обязательного медицинского страхования.

Как уже говорилось выше, именно три проблемные сферы мешают нормальному функционированию немецкой системы здравоохранения:

– при оказании медицинских услуг задействуется непропорционально большое количество ресурсов, что, в конечном итоге, приводит к неоправданно высоким затратам системы медицинского страхования;

– сложившаяся система финансирования медицинских услуг по принципу «оплата по факту» при существующих демографических изменениях тяжелым бременем ложится на молодое поколение;

– сложившаяся система стимулов позволяет «хорошим рискам» уйти из системы обязательного медицинского страхования в систему частного страхования, что приводит к нарушению баланса в системе социального обеспечения в целом.

Названные проблемы (решение которых к настоящему времени практически найдено, например, путем внедрения системы гражданского страхования) не отменяют того факта, что Германия стала первой страной, которая в 1883 г. ввела общенациональную систему обязательного медицинского стра-

хования. Германия имеет самую старую систему социального медицинского страхования в мире. Отличительными особенностями немецкой системы являются: наличие большого количества фондов медицинского страхования; сильная роль органов самоуправления в регулировании работы системы; сосуществование различных систем медицинского страхования. Система здравоохранения Германии относительно дорогая: подушевые расходы на здравоохранение являются вторыми по величине в ЕС – 3996 евро в 2015 году – что на 43% выше среднего показателя по ЕС. Германия расходует на здравоохранение самую большую долю своего ВВП в ЕС – 11,2%, средний показатель по ЕС: 9,9% [5].

Международные эксперты отмечают наличие хорошего доступа к медицинским услугам в Германии. Тем не менее, группы с более низким уровнем дохода, в том числе, мигранты имеют ряд проблем с реализацией своих потребностей в медицинском обслуживании. Важно отметить, что недавние реформы в сфере здравоохранения были направлены на решение проблем доступа к медицинским услугам в сельских районах страны. Немецкая система здравоохранения предлагает большое количество услуг как стационарного, так и амбулаторного лечения, тем не менее, успехи Германии при переходе от стационарного лечения к амбулаторному по сравнению с другими странами не так хороши [10].

Недавние социологические опросы населения показывают [11], что с точки зрения населения, нехватка кадров является самой большой проблемой немецкой системы здравоохранения. Шесть из десяти немцев (61%) считают, что нехватка медицинских работников является одним из трех основных дефицитов в немецкой системе здравоохранения. Кроме того, в Германии почти две трети (65%) всех респондентов согласны с утверждением, что медицинские работники всегда относились к ним с достоинством и уважением в прошлом или в настоящем. При этом трое из десяти немцев ожидают отрицательного развития в здравоохранении. Несмотря на то, что немецкая система здравоохранения занимает первое место в мире по уровню удовлетворенности медицинским обслуживанием, Германия находится в нижней части лиги, когда речь идет о вере в положительные изменения в ближайшие десять лет по сравнению с 27 странами, участвовавшими в опросе. Что касается оценки респондентами предполагаемых затрат на систему здравоохранения, Германия находится в черном списке – более четырех из десяти респондентов (41%) опасаются увеличения расходов.

Кроме того, почти каждый третий немец считает, что в ближайшие десять лет ухудшится качество медицинской помощи (30%), доступность медицинских учреждений (31%), доступность лечения (29%). Однако около половины населения ожидают сохранения нынешнего состояния системы здравоохранения. Качество (54%) и стоимость (48%) медицинской помощи, а также доступность поставщиков медицинских услуг (56%) и лечения (54%), по их мнению, останутся более или менее неизменными.

Известно, что надежность любой системы проверяется в экстремальной ситуации. Такой ситуаций для систем здравоохранения различных стран стала пандемия коронавируса. Не секрет, что жители многих стран считали свои системы здравоохранения лучшими в мире. Немецкие политики и чиновники от медицины тоже неоднократно подчеркивали, что Германия имеет одну из лучших систем здравоохранения в мире. Важно отметить, что до последнего времени так делали и итальянцы. В противостоянии с пандемией у Германии по сравнению с Италией было одно преимущество – немецкие врачи смогли выявить масштабы угрозы на более ранней стадии и заранее подготовить палаты интенсивной терапии и аппараты ИВЛ. Кроме того, по мнению экспертов, большую положительную роль сыграла профессиональная этика и упорство медперсонала, который в Германии уже давно не является высокооплачиваемым. Отрицательную – существование уже ставшего традиционным недоверия между политиками, больницами, медицинскими страховыми компаниями и ассоциациями [12].

Ситуация с COVID-19 проверила систему здравоохранения Германии на прочность. Прежде всего, необходимо отметить быструю реакцию немецких законодательных органов. В связи угрозой пандемии коронавируса в Германии к 31 марта 2020 г. были приняты девять нормативно-правовых актов, из которых, как минимум, пять напрямую затрагивали деятельность системы здравоохранения [13]. Назовем их. Во-первых, это Закон о добросовестной конкуренции больничных касс (GKV-FKG) (BT-Drs. 19/15662), предусматривающий реформирование структуры рисков стать жертвой того или иного заболевания. Прежний список из 80 заболеваний был существенно дополнен, теперь в него входят практически все заболевания, которые могут быть вызваны последствиями коронавирусной инфекции (в том числе, возможные осложнения). Далее следует закон об адаптации медицинского оборудования к требованиям актуальных предписаний ЕС (BT-Drs. 19/15620), согласно которому Федеральный институт лекарственных средств Германии получает расширенные полномочия и может сам оценивать риски, связанные с приме-

нением различных медикаментов и медицинского оснащения, а также требовать, определять и контролировать введение различных мер по противодействию распространению COVID-19. Третьим НПА является Закон о защите от традиционных способов лечения в период пандемии (BR-Drs. 5/20), в соответствии с которым применение стандартных терапевтических практик для детей, не достигших 18-летнего возраста, без полного обследования пациента (на наличие коронавирусной инфекции) строго запрещено. Кроме того, на период пандемии запрещается реклама традиционных препаратов и способов лечения. Четвертый – Закон о защите населения в условиях эпидемических ситуаций национального масштаба (BT-Drs. 19/18111). В соответствии с данным законом при выявлении эпидемической ситуации общегосударственного масштаба Федеральное министерство здравоохранения Германии без согласования с Федеральным советом (Бундесратом) уполномочено принимать меры по обеспечению населения базовой медицинской помощью, в частности, по снабжению медицинских учреждений необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими приборами и средствами индивидуальной защиты для врачей. Пятым является Закон о компенсации финансовых затрат, связанных с COVID-19, больницам и другим медицинским учреждениям (BT-Drs. 19/18112). Прежде всего, речь идет о компенсации потери дохода в результате отсрочки или приостановки запланированных лечений, процедур и операций. Кроме того, медицинские учреждения получат фиксированные суммы компенсаций за установку и обслуживание дополнительных кроватей. Врачи и младший медперсонал получат выплаты и премии за дополнительное время, потраченное на уход за больными. Таким образом, законодательные органы Германии со своей стороны обеспечили рамочные условия для работы медиков в экстремальной ситуации противодействия пандемии COVID-19.

Немецкие эксперты уверены, что все эпидемии оказывают существенное влияние на формирование политики в сфере здравоохранения [13]. В частности, благодаря исследованию причин возникновения эпидемии тифа в XX веке медицина была признана социальной наукой [14]. А исследования Р. Коха о возбудителях холеры привели к появлению закона о профилактике инфекционных заболеваний, на основании которого позже будет разработан закон о защите от инфекций. Р. Эванс объяснил, почему причинами возникновения эпидемий являются, в первую очередь, социальное неравенство, антисанитарные жилищные условия у определенных групп населения, в том числе, проблемы водоснабжения и канализации, а также недостатки политики в сфере здравоохранения [15]. Основатель немецкого социального государства Л. фон

Штейн считал, что для предотвращения распространения эпидемий необходимо основное внимание уделять не процессу лечения уже заболевших, а профилактике заболеваний [16]. Это были важнейшие этапы общественной дискуссии и постепенного изменения менталитета как у политиков, так и у большинства населения, которые привели к созданию современной эффективной системы здравоохранения в Германии.

Что касается актуальной ситуации с распространением коронавируса, делать выводы и вносить существенные изменения в социальную политику и в политику в сфере здравоохранения немецкие специалисты будут, скорее всего, по окончании пандемии, а не во время нее. Борьба с распространением COVID-19 в Германии показала, что профилактические мероприятия – это только часть предоставляемых медицинских услуг, влияющих, в первую очередь, на поведение людей и их отношение друг к другу (пример: соблюдение социальной дистанции). Важно, чтобы существующий правопорядок и принципы социального устройства не препятствовали принятию быстрых и обязательных для всех граждан решений, с одной стороны, а с другой стороны, не позволяли доминировать экономическим и политическим интересам отдельных групп, что в условиях кризиса, вызванного пандемией, может, в конечном счете, привести к произволу и авторитаризму.

Задача социального государства заключается в том, чтобы возможность остаться здоровым и/или сохранить здоровье (а здоровье относится к социальным правам человека) была у каждого. Поэтому главной целью политики в сфере здравоохранения в условиях пандемии является поиск наилучших вариантов борьбы с болезнью при учете неравного риска, существующего для людей с нарушениями здоровья и без них, для молодых и пожилых, проживающих в достатке и в стесненных условиях, имеющих возможность оставаться дома и вынужденных приходить на работу.

Профилактика заболеваний на государственном уровне подразумевает создание системы здравоохранения и социальной защиты, способной эффективно справиться с внезапными, но предсказуемыми событиями, например, с такими, как пандемия. При этом рыночная экономика, основанная на спросе и предложении, не в состоянии решить вопрос оптимального оснащения для борьбы с заболеваниями, удовлетворить внезапный высокий спрос на медицинские услуги и социальную поддержку. Подготовка к возможным пандемиям должна проводиться только на уровне государственного планирования. Факт использования рядом стран в борьбе с пандемией вооруженных сил и сил гражданской обороны только подтверждает данный тезис.

Безусловно, в ходе борьбы с распространением коронавируса в разных странах по-разному распределялись и обязанности между сферами социальной политики и здравоохранения, однако, при этом, как показала практика, самым важным было сохранение внутренней согласованности действий различных государственных инстанций. Исторический опыт говорит о том, что борьба с эпидемиями всегда происходит в условиях отсутствия достоверной информации об эффективных методах лечения болезни. Важно, чтобы представители науки, практической медицины и политики могли координировать свои действия и принимать правильные решения. Именно в этой сфере нынешняя ситуация позволила выявить ряд существенных проблем и недостатков. В первую очередь, это потеря части доверия к ВОЗ (у ВОЗ нет политических полномочий, поэтому главным ее инструментом является доверие и авторитет) в результате ее тесных контактов с мировой фармацевтической промышленностью и наличия источников частного финансирования. Стало ясно, что Европейский Союз нуждается в сильных медицинских учреждениях, а Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC) в Стокгольме не имеет достаточного оснащения для эффективного выполнения задач по мониторингу, раннему оповещению и борьбе с серьезными эпидемиями. В самой Германии работники федеральных и муниципальных медицинских учреждений, помимо выполнения своих прямых профессиональных обязанностей, отвечали за реализацию политических решений в сфере здравоохранения, что негативным образом сказалось на качестве оказания медицинских услуг, в том числе, из-за недостаточного финансирования медицинской инфраструктуры (оборудования) и нехватки врачей и медсестер. В любом случае, требования коммунального, федерального и международного законодательства (ЕС) к медицинским учреждениям часто противоречивы, а источники финансирования (национальные и международные), позволяющие выполнить эти требования, в большинстве случаев четко не определены. Отсутствие ясности по этим вопросам создает основу для паники и принятия неверных решений.

Пандемия COVID-19 напомнила людям о существовании национальных государств и региональных властей. В то же время стало ясно, что односторонее закрытие национальных границ в глобальном мире совершенно не эффективно, так как вирусы легко преодолевают пограничные посты. Речь, скорее, должна идти не о местных ограничениях на свободу передвижения, а о дополнении законодательства ЕС соответствующими нормами для ограничения поездок, которые должны быть согласованы государствами. Тем не ме-

нее, по этому вопросу в Германии существует и другая точка зрения. Принятие муниципалитетами локальных ограничительных мер и их реализация означает, что все больше людей (и мнений) активно участвуют в общественной жизни, обеспечивая, тем самым, существование федерализма. Подобное «лоскутное одеяло» в условиях пандемии может быть менее опасным, чем единое неправильное решение. Однако открытым остался следующий вопрос: как должен реагировать федеральный центр на ситуации, когда, например, муниципалитеты соседних территорий избирают взаимоисключающие стратегии по борьбе с распространением инфекции?

Важно отметить, что если плюрализм на политическом уровне еще возможен, то отсутствие конкретной медицинской службы, полностью отвечающей за действия всей системы здравоохранения страны в условиях пандемии, по мнению немецких специалистов, совершенно недопустимо. Несогласованные действия федеральных и региональных отделов здравоохранения, семейных врачей, центров амбулаторной помощи, службы скорой помощи и больниц, отсутствие распределения между ними зон ответственности привели к тому, что люди, желающие пройти тестирование на коронавирус, а также люди, имеющие симптомы заболевания, часто обращались не по адресу, в результате чего врачи, не имеющие средств тестирования и индивидуальной защиты, контактировали с заболевшими. Кроме того, широкая зона ответственности больничных касс вынудила их быстрыми темпами построить большое количество своих пунктов тестирования, а обслуживание пациентов осуществлять через телефон горячей линии с длительным временем ожидания [13].

Еще одной существенной проблемой, на которую в результате пандемии пришлось обратить внимание, является обеспечение функционирования инфраструктуры медицинского обслуживания в нетипичных ситуациях, в частности, контактной медицинской помощи (в том числе, запланированных операций, реабилитационных и профилактических мероприятий), а также финансирования закупок дополнительных защитных масок и респираторов врачами-контрактниками и больницами. Речь также идет о быстрой поставке необходимых фармацевтических препаратов и медицинских изделий, предотвращении резкого роста цен на них, обеспечении достаточного количества медицинского и сестринского персонала с помощью создания соответствующих условий труда и вознаграждения. Важно, чтобы меры по оказанию неотложной помощи не приводили к нехватке амбулаторной и долгосрочной помощи.

Еще одной важной задачей федерального и местного самоуправления в условиях кризиса является преодоление пробелов, существующих в правовых базах. При планировании работы системы здравоохранения и ее финансировании основное внимание уделяется вопросу ее долгосрочного функционирования – потребность в медицинских услугах в будущем определяется, главным образом, на основе анализа объема потребностей в прошлом и актуальных демографических данных. Финансирование амбулаторного и стационарного сектора основано главным образом на предоставляемых услугах. Как важнейшая социальная инфраструктура общества система здравоохранения нуждается в правильном планировании, предусматривающем случаи пандемии и стихийные бедствия. Это подразумевает ответственность государства за финансирование необходимых «избыточных мощностей» в материальном и кадровом плане. Важной частью работы системы здравоохранения является обеспечение прогресса. Конечно, нельзя заранее подготовить вакцину и лекарство для каждого нового заболевания. Что касается структуры, то клинические исследования в Германии, как правило, проводятся в университетах и их больницах и, в основном, финансируются государством (при наличии разовых исключений). Фармацевтические исследования финансируются, в основном, за счет частных средств и поэтому должны рефинансироваться (окупаться) через рынок. Это означает, что фармацевтические исследования сосредоточены на распространенных заболеваниях, которые происходят в платежеспособных странах. Их общедоступность часто ограничивается патентными правами, возможностью частного софинансирования от различных фондов, от наличия партнерства с частными компаниями.

Немецкие специалисты отмечают, что эпидемии могут стать движущей силой социального прогресса, если на политическом уровне будет признано, что их вредное воздействие затрагивает все социальные классы без исключения. В средние века жертвами эпидемий в первую очередь становились люди, находящиеся в социально неблагоприятном положении. Международные исследования по COVID-19 покажут его распространение среди различных слоев населения, эффективность лечебных мероприятий, их зависимость от качества ухода за пациентами. Пока известно, этот вирус наиболее сильно поражает пожилых людей и тех, у кого проблемы со здоровьем, например, хронические заболевания. Следует обратить внимание на роль, которую играют структурные недостатки в жилых и медицинских учреждениях, повреждение легких в результате промышленных работ, загрязнение воздуха и курения. Важно, что в условиях кризиса возникнут дополнительные расходы, особенно

на объекты для инвалидов. В условиях эпидемии врачи склонны к рационализации медицинских услуг, в результате которого воспроизводится и закрепляется социальное неравенство, так как даже вне кризиса медицинское обслуживание в интернатах и амбулаторная поддержка хронических больных бывают затруднены. Немецкое законодательство категорически запрещает снижать медицинскую помощь по причине старости, наличия хронических заболеваний или инвалидности. Необходимость защиты от смертельной инфекции четко показала, что система здравоохранения в целом, а также службы, учреждения, специалисты и органы власти должны уделять внимание группам людей, нуждающимся в уходе и имеющим ограниченный доступ к медицинским услугам и медицинской информации, будь то люди с умственными недостатками, душевнобольные, люди с ограниченными возможностями передвижения или нарушениями чувствительности. К этим же группам относятся неграмотные, бездомные, так как если они не имеют беспрепятственного доступа к информации, тестам и лечению, они подвергаются риску и, следовательно, также подвергают опасности другие категории населения. COVID-19 должен стать еще одним стимулом к улучшению положения различных социальных слоев в области здравоохранения. Во время пандемии важно уделять особое внимание уязвимым группам и поддерживать их, необходимо существенно укрепить и международное сотрудничество для реализации права человека на здоровье.

Следует отметить, что борьба с распространением COVID-19 в Германии проверила не только крепость немецкой системы здравоохранения, традиционно считающейся одной из лучших в мире, но и готовность политиков и законодателей оперативно принимать необходимые рамочные решения, а также показала эффективность федеральной организации государственного устройства и готовность граждан придерживаться принципов солидарности и взаимопомощи. Отметим, что одним из самых важных выводов, который будет сделан по окончании пандемии (скорее всего, не только в Германии), является осознание необходимости государственного обеспечения достаточного количества младшего и среднего медицинского персонала, а также высокого уровня его квалификации и оплаты труда. Именно этот персонал напрямую контактирует с больными и нуждающимися в помощи гражданами и способен даже в тяжелых условия обеспечить достойный уход и лечение самых социально уязвимых категорий населения – пожилых людей, людей с ограниченными возможностями, социально обездоленных и мигрантов. В противном случае именно эти категории станут первыми и неизбежными жертвами

любой эпидемии. Это означает, что рыночные принципы организации медицинского обслуживания и социальной работы не всегда эффективны, а в отдельных случаях могут принести и большой вред. Во всяком случае, так называемый ренессанс государства (возвращение государственного регулирования в отдельные сферы социальной защиты, медицинского обслуживания и образования), который проходил в Германии в последние несколько лет, в условиях пандемии оказался полностью оправданным, так как только государство способно в условиях «мирного времени» финансировать «избыточные мощности» (то есть, затраты, с точки зрения рынка, абсолютно не эффективные), которые крайне необходимы в возможных экстремальных ситуациях. Но разве именно это не является задачей социального государства? То же относится и к законодательному регулированию оказания отдельных видов социальных и медицинских услуг, в противном случае их резкое удорожание, например, в условиях пандемии сделает эти услуги абсолютно недоступными для многих групп и слоев населения. Именно поэтому крайне важным для российских законодателей, социальных работников и врачей по окончании пандемии будет подробный анализ и оценка действий различных государств в условиях борьбы с распространением COVID-19. У немцев есть поговорка «Der kluge Mann baut vor», которая по своему смыслу полностью эквивалента нашей поговорке про подготовку саней летом. Сейчас самое время воспользоваться народной мудростью, чтобы быть готовым к опасным, но неизбежным и предсказуемым ситуациям, одной из которых может явиться очередная пандемия.

Список литературы

1. Продолжительность жизни в Германии выше, чем в среднем по ЕС. URL: https://aussiedlerbote.de/2019/07/prodolzhitelnost-zhizni-v-germanii-vyshe-chem-v-srednem-po-es/.

2. Средняя продолжительность жизни по странам мира: мужчины, женщины и оба пола. URL: https://www.sites.google.com/site/ruregdatav1/ prodolzhitelnost-zhizni-v-stranah-mira.

3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. S. 2–3.

4. IHME (2016), Global Health Data Exchange“, Institute for Health Metrics and Evaluation. URL: http://ghdx.healthdata.org/gbdresults-tool.

5. Eurostat-Datenbank auf der Grundlage der EU-SILC. URL: https:// ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/t2020_51/default/table?lang=de.

6. Лебедева-Несевря Н.А., Жданова-Заплесвичко И.Г., Рерке В.И., Барг А.О. Потребление алкоголя как фактор риска здоровью населения: обзор российских исследований (рус.) // Федеральное бюджетное учреждение науки "Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Роспотребнадзора. Анализ риска здоровью. – Пермь, 2017. Октябрь-декабрь (№ 4). С. 147–160.

7. Шпилев Д.А. Система гражданского страхования в Германии: возвращение к справедливому обществу? // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки, 2011. № 2 (22). С. 66–73.

8. Warum Patienten nicht immer optimal versorgt werden? URL: https://www.swr.de/report/dossiers/teure-medizin/-/id=8246696/did= 101006 06/nid=8246696/1ck6y1/index.html.

9. Börsch-Supan A. Vom Schnupfen zur Grippe: Der Patient und sein Gesundheitswesen. URL: http://mea.mpisoc.mpg.de/uploads/user_mea_ discussionpapers/chvs3n008ht4j94w_dp27.pdf.

10. Klein J. und O. von dem Knesebeck (2016), „Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung“, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Band 59(2), S. 238–244.

11. Globale Umfrage zur Gesundheitsversorgung, 2018 // https://www. ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-08/ipsos-pi_globalhealthcare_bedenken_und_probleme_juli2018.pdf.

12. Corona offenbart Schwächen der Gesundheitspolitik // https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/Corona-offenbart-Schwaechen-der-Gesundheitspolitik-id57114926.html.

13. Welti F. Sozial-und Gesundheitspolitik: Lernen aus Erfahrungen // Soziale Sicherheit 4/2020. S. 123–128.

14. Virchow R. Die Noth im Spessart – eine medicinisch-geographischhistorische Skizze, 1852.

15. Evans R. Tod in Hamburg – Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910, Reinbek 1990.

16. Stein L. Handbuch der Verwaltungslehre und des Verwaltungsrechts, 1. Aufl. 1870/2010, 82/72.

GERMAN HEALTH SYSTEM IN THE FACE OF COVID-19: READINESS AND CONCLUSIONS FOR THE FUTURE

D.A. Shpilev
Doctor of Sociological Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University;
Professor of the Department of Criminology,
Nizhny Novgorod Academy of the Russian Ministry of Internal Affairs

Positive and negative features of German health care system, its influence on high life expectancy in Germany are considered; the reaction of German health care system to COVID-19 pandemic, success of assistance to different social groups, legislative changes regulating medical care, actions by regional and federal politicians are analyzed.

Keywords: health system, Germany, life expectancy, COVID-19, pandemic, demographic changes, medical services, state renaissance.

АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ ВОСТРЕБОВАННОСТИ И НАПРАВЛЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ*

А.В. Ермилова
Кандидат социологических наук, доцент, доцент кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Рассматривается вопрос специфики реабилитационного обслуживания детей с ограниченными возможностями здоровья в г. Н. Новгород. Актуализируется проблема востребованности и направленности реабилитационных услуг для детей с ОВЗ, предоставляемых государственным, некоммерческим и коммерческим секторами. Для выявления особенностей реабилитационного сервиса было проведено социологическое исследование, в ходе которого использованы: анкетный опрос родителей, имеющих детей с ОВЗ и пользующихся реабилитационными услугами в ЦДРД «Добрый сад», НРООПДиМ «Верас», Фонде помощи детям «Обнажённые сердца», Детском развивающем центре «Росток», Общественной благотворительной организации инвалидов с детства «НИВА» (N=70 чел.); контент-анализ Интернет-блогов родителей, воспитывающих детей с ОВЗ (N=50 чел.). Сравнительная характеристика востребованности трех секторов позволила зафиксировать разный уровень спроса на реабилитационные услуги. Спрос на услуги системы реабилитации в основном определяется типом семьи (полная/неполная), а также наличием близких родственников, способных помочь семье с ребенком-инвалидом. Выявляются негативные аспекты деятельности реабилитационных секторов с помощью критериев качества оказания восстановительных услуг.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, система реабилитации, государственный сектор, НКО, коммерческий сектор, востребованность и направленность реабилитации.

Проблема инвалидизации населения как в мировом масштабе, так и у нас в стране остается одной из самых острых, о чем свидетельствуют статистические данные: 15% населения мира (около 1 миллиарда) осуществляет жизнедеятельность с той или иной формой инвалидности. В государствах Евросоюза численность людей с ограниченными возможностями здоровья достигает 125 миллионов человек, т.е. от 6 до 10 из каждых 100 человек [1] испытывают те или иные трудности функционирования в современном обществе. В Российской Федерации зарегистрировано 11 266 803 человек, что составляет

* Выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Нижегородской области в рамках научного проекта №18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной нижегородской семьи».

9,64% от общей численности населения. Причем, количество инвалидов по субъектам Российской Федерации вариативно. Стоит заметить, что Приволжский Федеральный Округ (ПФО), в состав которого входит Нижегородская область, занимает второе место по численности лиц с ограниченными возможностями здоровья. Уровень распространенности инвалидизации в Нижегородском регионе самый высокий в данном округе, что может быть вызвано несколькими обстоятельствами:

– экономической спецификой развития региона. Доминирование оборонно-промышленного комплекса, металлургической и деревообрабатывающих сфер, химической и строительной промышленности в Нижегородской области повышает риск производственного травматизма, который приводит к инвалидизации наемных работников. По данным Федеральной государственной информационной системы, 4 669 человек, проживающих в Нижегородской области, получили трудовые увечья [2];

– рост заболеваемости населения, приводящей к ограниченным условиям существования. Несмотря на то, что в Поволжском регионе, в том числе и в Нижегородской области, смертность населения от онкологических заболеваний уменьшилась, тем не менее заболеваемость раком не снижается (за 10 лет с 2007 г. по 2017 г. значительно выросли показатели данного вида заболеваемости на 16,8% [3]). В 2018 г. в Нижегородской области число состоящих на учете онкобольных выросло почти на 3% по сравнению с 2017 г. и составило 99,76 тыс. человек. Показатель заболеваемости раком в регионе один из самых высоких в Приволжском федеральном округе: в расчете на 100 тыс. населения – 3077 человек [4]. В связи с нарастанием тенденции омоложения болеющих раком, распространение онкологических заболеваний у детей является одной из самых острых проблем современного человечества. По статистике, например, в Германии в Детском Раковом Регистре (г. Майнц) ежегодно регистрируется около 500 детей и подростков в возрасте от 0 до 14 лет с диагнозом острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) [5], который является типичным онкологическим заболеванием у несовершеннолетних, приводящем к инвалидизации. Значимость проблемы распространения онкологических заболеваний высока и в Нижегородской области, в которой уровень заболевших раком несовершеннолетних не снижается (в конце 2018 г. в Нижегородском регионе на учете стояли 530 детей до 14 лет (502 – в 2017 г.) больных раком, в том числе более пяти лет состояли на учете 254 ребенка (232 – в 2017 г.)) [6].

Еще одной проблемой, провоцирующей инвалидизацию населения, в том числе и ампутацию конечностей, является сахарный диабет. По мнению док-

тора медицинских наук, заведующего отделением гнойной хирургии клинической больницы №5 Нижнего Новгорода, профессора Н.Г. Степанова, следует обратить внимание на возросшую динамику ампутаций в Нижегородской области с 1994 г. до 2018 г. [7]. Сегодня специалисты, представляющие систему здравоохранения, бьют тревогу в связи с тенденцией роста заболевших сахарным диабетом в несовершеннолетнем возрасте. Как отмечают специалисты, диабет стал «моложе»: за последние пять лет случаи детского диабета возросли в три раза. Более 60% несовершеннолетних диабетиков – дети до 9 лет [8].

Перечень причин увеличения численности лиц с ограниченными возможностями можно было бы продолжить, однако очевидно, что заболевания, вызывающие инвалидизацию населения, сходны по типам, независимо от возрастной категории населения. В Российской Федерации дети-инвалиды составляют 5,4% от общей численности лиц с ограниченными возможностями здоровья, среди которых 12213 детей-инвалидов проживают в Нижегородской области (3,9% от общей численности инвалидов в Нижегородской области) [9]. Высокий уровень детской инвалидизации требует пересмотра проблемы их интеграции в современный социум, в том числе и вовлечения данной возрастной группы в основные направления жизнедеятельности, чему может способствовать система инклюзивного образования.

Включенность в общественную жизнь детей-инвалидов, а в дальнейшем и взрослых, трудоспособных/нетрудоспособных, во многом зависит от системы реабилитации, которая сегодня существует и развивается в трех направлениях предоставления реабилитационных услуг: государственный, коммерческий, некоммерческий (НКО) секторы. Появление в российской системе реабилитации НКО и реабилитационного бизнеса связано с тем, что государственная система реабилитации не может в полной мере справиться с реальными запросами лиц, нуждающихся в различных видах реабилитации, несмотря на ее попытки традиционно доминировать. По мнению основателя «Надо-фитнеса» А. Кузнецова, государство фактически ушло из реабилитационной медицины в 2004 г., кардинально сократив дотации на санаторно-курортную и профилакторную деятельность, и количество проектов, появившихся с тех пор в этой сфере, не покрывает спроса даже на треть [10].

Тем не менее, по оценкам экспертов НИУ ВШЭ, в России в ближайшие время объём рынка реабилитационной индустрии может удвоиться: с 41,5 млрд рублей (по состоянию на 2015 г.) до 84 млрд рублей в 2030 г. Основные причины его роста обычно связывают с такими факторами, как старе-

ние населения, сохранение на высоком уровне производственного и бытового травматизма, увеличение распространенности ряда хронических инвалидизирующих состояний [11].

Следует иметь в виду, что эффективность реабилитации инвалида во многом зависит от возможности расширения рынка реабилитационных услуг. По мнению руководителя программы «МВА – Управление медицинским бизнесом» Института МИРБИС Д. Пискунова [См.: 12], отмечается высокий спрос на коммерческие реабилитационные услуги, связанные с лечением последствий инсультов и травм, онкологических и кардиологических заболеваний. Подтверждают востребованность коммерческой направленности реабилитации данные Аналитического центра Vademecum, которые также выявляют самые актуальные профили сегмента – нейрореабилитация (восстановление после инсультов, черепно-мозговых и спинальных травм), травматологическая и ортопедическая реабилитация (после сложных переломов и эндопротезирования) [13].

Современный рынок реабилитационного сервиса находится на стадии становления, основной задачей является повышение уровня его управляемости для обеспечения широкого спектра реабилитационных услуг в соответствии с потребностями клиентов. По-прежнему на рынке реабилитационных услуг доминирует государственная система реабилитации инвалидов, которая базируется преимущественно на концепции медицинской реабилитации, несмотря на актуализацию системы комплексного восстановления лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации, включающей в себя социально-правовую, социально-средовую, социокультурную, социально-трудовую, социально-бытовую, социально-медицинскую и иные виды реабилитации. Барьерами, затрудняющими развитие комплексной системы реабилитации у нас в стране, являются:

– низкий уровень межведомственного взаимодействия субъектов системы реабилитации;

– дефицит специалистов, осуществляющих деятельность реабилитационной направленности;

– проблемы правового регулирования различных аспектов института реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Отсутствие комплексной системы реабилитации инвалидов в РФ, а также сосредоточенность специалистов, работающих в государственной системе реабилитации, на концепции медицинского восстановления провоцирует клиен-

тов либо их родственников обращаться за помощью в организации негосударственного типа.

Проблема реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья является предметом научно-исследовательских работ многих отечественных и зарубежных авторов. Изучением вопроса инвалидизации населения и выявлением проблем реабилитационного характера в зарубежных странах занимались P. Russeel [14], G. Stucki, A. Cieza, J. Melvin [15]. Значимую исследовательскую работу по выявлению социального положения инвалидов, провел авторский коллектив под руководством директора Институт социального анализа и прогнозирования Т.М. Малевой [16]. Различные направления реабилитации детей с ОВЗ актуализированы в научно-исследовательских работах Н.Ф. Басова, Н.Ф. Веричевой и Е.Е. Смирновой [17], В.Г. Петровой и Л.И. Афанасьевой [18]. Проблемой ювенальной инвалидности в России, с точки зрения теоретического и эмпирического анализа институциональной организации и социальных практик, занималась д.соц.н. Г.В. Жигунова [19].

За последние три года в Российской Федерации наблюдается рост численности детей-инвалидов: 2016 г. – 616905 чел., 2017 г. – 636024 чел., 2018 г. – 651043 чел., 2019 г. – 670006 чел. [20], что подчеркивает значимость изучения проблемы реабилитации данной категории населения, в том числе и в Нижегородской области в связи с высоким уровнем инвалидизации детского населения. По результатам 2017 г., в структуре детской инвалидности в Нижегородском регионе около 70% приходится на три класса заболеваний: психические расстройства, болезни нервной системы, врождённые аномалии развития [21], что должно учитываться при предоставлении услуг реабилитационного характера в различных типах учреждений.

Именно актуализации проблемы востребованности и направленности реабилитационных услуг детьми с ОВЗ в г. Нижнем Новгороде было посвящено в 2018 г. социологическое исследование «Востребованность реабилитационных услуг для детей с ОВЗ в Нижегородской области», осуществленное в соавторстве с магистрантской Е.В. Барсуковой (специальность «Социальная работа» Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского), в ходе которого были использованы:

– анкетный опрос родителей, имеющих детей с ОВЗ и пользующихся реабилитационными услугами в ЦДРД «Добрый сад», НРООПДиМ «Верас», Фонд помощи детям «Обнажённые сердца», Детский развивающий центр «Росток», Общественная благотворительная организация инвалидов с детства «НИВА» (N=70 чел., выборка осуществлена методом «снежного кома»);

– контент-анализ Интернет-блогов родителей, воспитывающих детей с ОВЗ (N=50 чел.). Обработка полученной информации была осуществлена с помощью компьютерной программы «Лекта».

Объект исследования – система реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. *Предмет исследования* – востребованность реабилитационных услуг и их направленность. Цель исследования – выявить востребованность реабилитационных услуг для детей с ОВЗ и их направленность в зависимости от типа заболевания ребенка.

Анализ социально-демографического портрета участников опроса, а именно семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, позволил выявить следующие характеристики:

- в выборке превалируют представители женского пола (70%), что связано с их большей включенностью в процесс реабилитации детей, так как функционирование отцов в значительной степени направлено на поддержание материального благополучия семьи;
- выборка представлена следующими типами семей: полная – 84,3%, неполная – 15,7%, в которых чаще всего проживает один ребенок (50%), реже два – 37,1% и три – 12,9%.
- большинство родителей, находящихся еще в достаточно молодом возрасте, имеют высшее образование (68,7%). Несмотря на то, что главным образом женщины вынуждены заниматься воспитанием и уходом за ребенком с особенностями, большинство женщин интегрированы в сферу трудовой деятельности: во-первых, имеют высшее образование; во-вторых, как правило, являются представителями неполной семьи, и особо рассчитывать им не на кого, в лучшем случае на помощь приходят старшие родственники-прародители. Именно одинокие женщины, воспитывающие ребенка-инвалида преимущественно самостоятельно, указывают на не совсем благоприятное материальное положение в их семьях (см. табл. 1).

Таблица 1

Оценка уровня благосостояния семьи с ребенком-инвалидом в зависимости от её типа, в % (n=70 чел.)

Тип семьи	Оценка материального благосостояния семьи			
	денег хватает только на питание и товары первой необходимости	денег хватает на покупку товаров длительного пользования	материальных затруднений не испытываем	затрудняюсь ответить
полная	35,6%	47,5%	15,3%	1,7%
неполная	90,9%	0%	0%	9,1%

Низкий уровень достатка в неполных семьях, где мать может воспитывать не только одного ребенка с ограниченными возможностями здоровья, но и второго/третьего актуализирует вопрос волонтерской помощи, так как не все пожилые родственники в силу плохого состояния здоровья могут помогать семьям с особыми потребностями. Именно неполные семьи с несколькими детьми, среди которых есть ребенок-инвалид, мы можем отнести к особым группам риска.

В структуре детской инвалидности в значительной степени доминируют определенные классы болезней, связанных с психическими расстройствами и болезнями нервной системы детей, что нашло свое отражение в выборке авторского исследования (см. рис. 1).

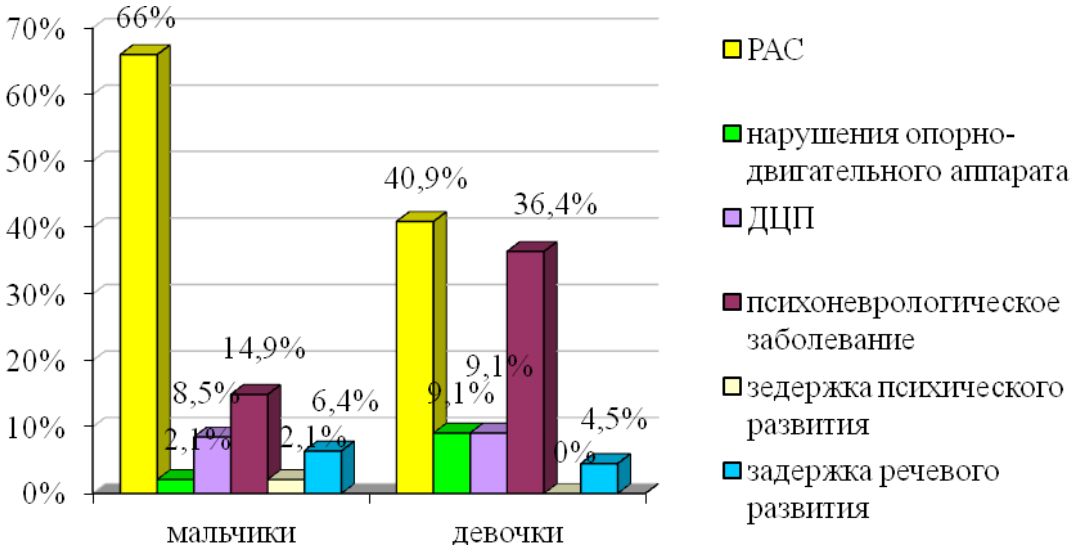


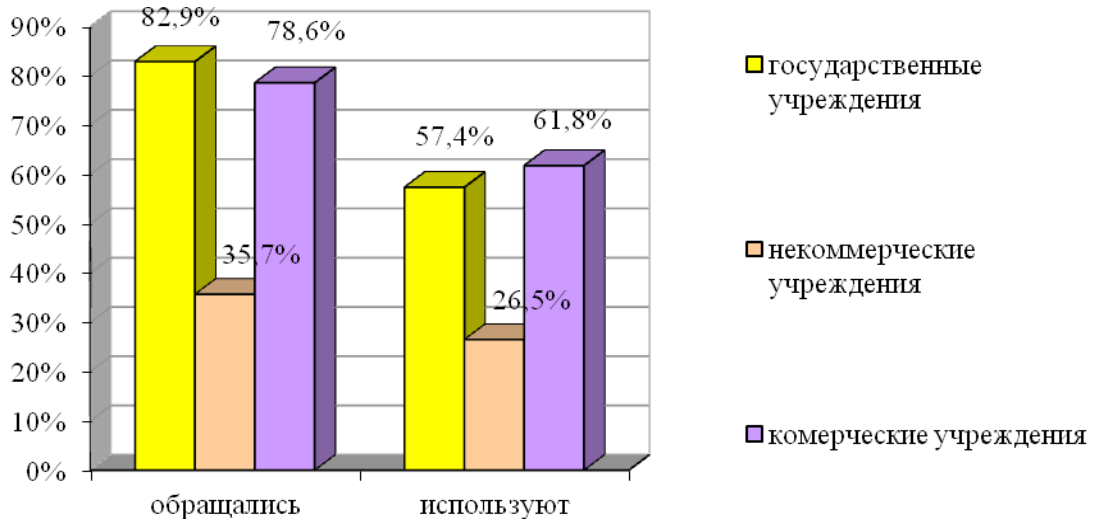
Рис.1. Распределение детей с ОВЗ по полу и нарушениям развития, в % (n=70 чел.)

Большинство детей с ОВЗ, независимо от пола, имеют такие нарушения, как расстройство аутистического спектра (РАС) и психоневрологическое заболевание. Следует обратить внимание на гендерную диспропорцию относительно типов заболеваний детей. Для представителей мужского пола в большей мере типично РАС, для девочек психоневрологические заболевания, что обязательно нужно учитывать при управлении реабилитационным сервисом.

Исследовательский интерес направлен на выявление, во-первых, спектра реабилитационных услуг, которым чаще всего пользуется семья с ребенком инвалидом; во-вторых, востребованности направленности реабилитационного сектора (государственный, коммерческий, некоммерческий (НКО)), в-третьих, качества оказания реабилитационных услуг в зависимости от типа реабилитационного сектора.

Иерархия наиболее востребованных реабилитационных услуг детьми с особыми проблемами развития в Нижегородском регионе выглядит следующим образом: социально-психологическая и социокультурная реабилитация (65,7%), социально-педагогическая реабилитация (59%), социально-бытовая адаптация – (50%), социально-оздоровительные услуги, спорт (47,1%), медицинская реабилитация (38,6%) и социально-средовая реабилитация (32,9%). Востребованность реабилитационных услуг тесно сопряжена с типом заболеваний у детей. Так, дети с РАС и с задержкой психического и речевого развития чаще всего пользуются социально-педагогическими (70%; 100%), и социально-психологическими реабилитационными услугами (70%; 100%), также имеет особую значимость социально-бытовая адаптация (57,5%) для детей с расстройством аутистического спектра. С дисфункциями опорно-двигательного аппарата ребятам в первую очередь необходима социально-средовая, медицинская, социально-оздоровительная реабилитации и социально-бытовая адаптация.

Следует указать, что за данными видами реабилитационных услуг клиенты обращаются в первую очередь в государственную систему реабилитации либо в коммерческие учреждения (см. рис. 2).



(*итоговый процент превышает 100%, т.к. вопрос предполагал несколько вариантов ответа)

Рис. 2. Оценка обращаемости и использования реабилитационных услуг в различных секторах, в % (n=70 чел.)

Тем не менее, картина пользования реабилитационным сервисом более длительное время выглядит немного иначе, что отражается в доминирование, прежде всего, реабилитационных услуг, предоставляемых семьям с ребенком-инвалидом на коммерческой основе. К коммерческим реабилитационным

услугам в большей мере прибегают представители полных семей, воспитывающих ребенка с задержкой психического и речевого развития (100%; 100%). Обращаются время от времени за помощью к специалистам, работающим в коммерческой реабилитационной индустрии, родители детей и с иными проблемами здоровья: РАС – 55%; нарушение опорно-двигательного аппарата – 66,7%; ДЦП – 66,6%; психические заболевания – 60%. Подчеркивает значимость проблемы наиболее тяжелого положения неполных семей, социализирующих ребенка-инвалида, тенденция более низкой обращаемости и использования услуг, предоставляемых реабилитационной бизнес-структурой. Если представители полных семей интегрируются в коммерческий сектор реабилитационных услуг в 70,2% случаев, то неполный семьи – 18,2%. Причем, частота использования платных восстановительных услуг находится на достаточно высоком уровне, особенно в полных семьях (см. рис. 3), в связи, прежде всего, со следующими причинами:

- хорошие рекомендации родителей, ранее обращавшихся в коммерческие реабилитационные центры (53%);
- наличие компетентных специалистов (50%);
- наличие широкого спектра предоставления услуг и их уникальность (48%, 37%).

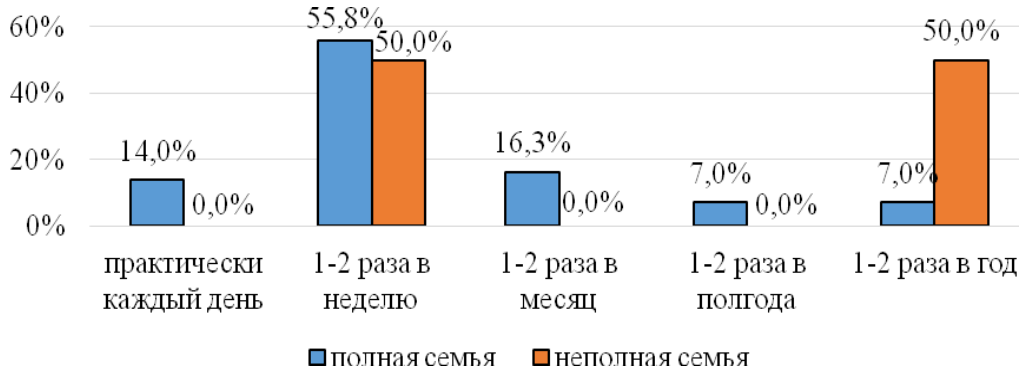


Рис. 3. Частота использования коммерческих реабилитационных услуг в зависимости от типа семьи, в % (n=51 чел.)

Обстоятельства, подталкивающие родителей детей с ОВЗ приобретать статус «постоянного клиента государственной системы реабилитации» немного иные в отличие от системы бизнес-реабилитации:

- прежде всего, это доступность государственных услуг (64%);
- наличие компетентных специалистов (50%);
- аккумулированный богатый опыт и традиции в деятельности государственных реабилитационных учреждений (48%).

Среди наиболее популярных некоммерческих реабилитационных центров в Нижегородской области респонденты отметили Центр длительной реабилитации детей «Добрый сад», Региональный консультативный центр медико-психологического сопровождения «Росток», Центр реабилитации и психологической помощи «Жемчужина», Частное дошкольное образовательное учреждение «Центр «Диво», Центр особенного детства «#НЕМОЛЧИ», Семейный многопрофильный центр «Мамочка моя», Детский реабилитационный центр «Я смогу». Мотивы использования реабилитационных услуг НКО следующие: наличие компетентных сотрудников (66,7%), уникальность реабилитационных услуг (58,3%) и наличие широкого спектра предоставления услуг (54,2%).

Сравнительная характеристика причин, подталкивающих клиентов обращаться в различные секторы реабилитационной системы, выявляет значимый аспект реабилитационной деятельности каждого подразделения. Несмотря на то, что все подразделения реабилитации в Нижегородской области наполнены специалистами высокой квалификации – и этот факт не вызывает ни малейшего сомнения у участников опроса, тем не менее, к заслугам государственного сектора родители детей с ОВЗ относят доступность предоставляемых услуг; коммерческого сектора – высокий уровень удовлетворенности спектром зарекомендовавших себя услуг; некоммерческих организаций – наличие профессионалов, знающих свое дело, что связано с наличием в штате НКО специалистов, ставшими таковыми в результате рекрутирования родителя ребенка с ОВЗ в специалиста-реабилитолога.

Зачастую некоммерческие организации открываются силами самих родителей, которые имеют детей с различными нарушениями здоровья, таким образом ежегодно увеличивая количество таких НКО.

«Мы с супругом основали благотворительный фонд «Мы другие». Пока только мы его полностью финансируем. Сделали страницу в Facebook. Там мы выкладываем ролики, чтобы все могли смотреть и следить, как меняются эти дети. У нас несколько проектов, один из них был по альтернативным коммуникациям, чтобы неговорящие дети, как наш сын, могли общаться. Мой сын не говорит, но он общается с помощью карточек. У него специальная книжка, где он клеит и показывает, он хочет» (Мария, Калининград).

По мнению участников опроса, самыми востребованными НКО в Нижегородском регионе являются НРООПДиМ «Верас» и Центр поддержки семьи «Обнажённые сердца». Однако родители, имеющие детей с ОВЗ, указали на недостаточный уровень информированности о деятельности таких типов

учреждений. Это приводить к тому, что многие находятся в заблуждении, думая, что обратиться за помощью возможно только в государственную структуру реабилитации либо в коммерческую организацию, работающую за деньги. Следовательно, как указывают участники опроса, необходимо повышать уровень значимости деятельности НКО в связи с тем, что государственная реабилитационная система не всегда справляется с возложенной на нее ответственностью, а получать услуги на коммерческой основе у значительной доли родителей нет возможности.

«Я чётко понимала, что пройдут десятилетия, прежде чем в России будет выстроена истинная социальная система для лиц с глубокой инвалидностью» (Светлана, Санкт-Петербург).

«В нашем городе есть центры, куда могут обращаться дети с такими диагнозами, но они не полностью укомплектованы, и лечение там не всегда обеспечивает сильное улучшение здоровья детей» (Таисия, Мурманск).

«На языке государства я называюсь «лицо, осуществляющее уход». Я получаю пособие, пенсию по инвалидности для Гоши, на Мишу ничего не получаю, потому что никак не могу оформить инвалидность. У нас с мужем бесплатный проезд. Еще у нас есть какая-то социальная служба в районе, иногда они звонят и предлагают шоколадные конфеты» (Александра, Воронеж).

Следует заметить, что самый высокий уровень неудовлетворенности предоставленными в Нижегородской области реабилитационными услугами характерен для государственной системы восстановления лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации, тогда как наивысшая степень удовлетворения прослеживается у клиентов, пользующихся услугами на коммерческой основе. Для более глубокого понимания специфики удовлетворенности / неудовлетворенности реабилитационными услугами, обеспечением которых занимаются различные секторы реабилитационной системы для детей с ОВЗ, необходимо выявить критерии качества оказания услуг и произвести их оценку (см. рис. 4).

Следует подчеркнуть высокий уровень удовлетворенности деятельностью коммерческого сектора реабилитации: использование современных методик, повышающих эффективность реабилитации детей с ОВЗ. Стоимость зарекомендовавших себя реабилитационных услуг – важный критерий, отражающий доступность данного сектора. Однако, по мнению значительной доли родителей, предлагая свои услуги за достаточно высокую стоимость, представители бизнес-реабилитации оказывают качественную помощь. Тем не

менее, бизнес-структуре реабилитационной направленности стоило бы обратить внимание на снижение стоимости или увеличение процента скидки в отношении, прежде всего, неполных семей, имеющих очень тяжело болеющего ребенка, необходимо учитывать и частоту обращаемости в учреждение, которая должна тоже отражаться на снижении стоимости. По мнению родителей, коммерческой реабилитационной индустрии следует первое посещение социального учреждения сделать бесплатным, что могло бы привлечь новых клиентов в данный сектор реабилитационных услуг.

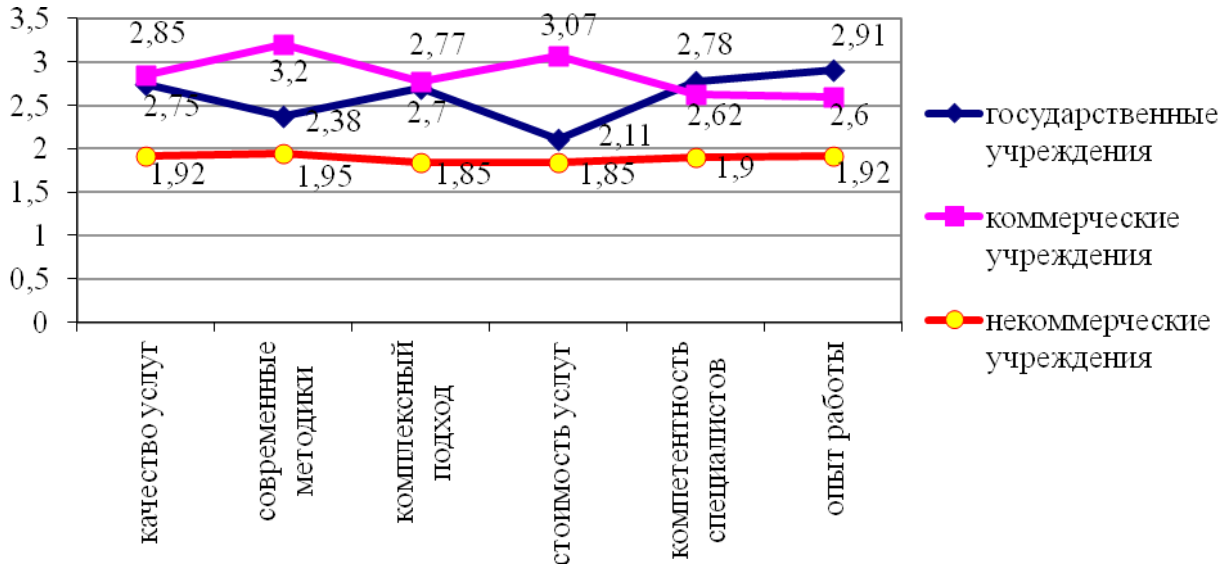


Рис. 4. Оценка критериев качества оказания реабилитационных услуг различными секторами, в % (n=70 чел.)

Наличие комплексного подхода к реабилитационной деятельности, специалистов высокого уровня и достаточно высокого уровня качества предоставляемых услуг в коммерческом и государственном секторах реабилитации подчеркивает значимость данных систем. Самую низкую оценку качества реабилитационной помощи получил некоммерческий сектор реабилитации, что подчеркивает актуальность наращивания ресурсных возможностей данной структурой.

В целом 54% участников опроса удовлетворены представленными реабилитационными услугами в Нижегородском регионе. Однако сохраняется значительная часть клиентов, выступающих за расширение реабилитационного сервиса, в том числе и за счет наращивания ресурсной базы коммерческого сектора восстановления детей-инвалидов. Наиболее актуальным направлением, возможности которого необходимо расширять, является психолого-педагогическая реабилитация. По мнению 78,9% родителей, дети испытыва-

ют определенные сложности в ходе осуществления данного вида реабилитации, которая напрямую связана с особенностями инклюзивного образования, находящегося на стадии становления.

«Школа обычная, а вот программа обучения – индивидуальная, адаптированная для детей с задержкой развития. Сначала нам в школе были не очень рады, но после консультации с юристами в Центре лечебной педагогики ситуация разрешилась: я написала в Департамент образования, мне перезвонили и извинились. И оказалось, что пойти учиться в школу — это прекрасная идея: теперь на каждой перемене Сашу облепляют второклассники, расспрашивают, как дела, и водят с ним хоровод» (Анна, 34 года).

«Детям с аутичным спектром домашнее обучение вредит, они должны обучаться в коллективе, как можно больше общаться со сверстниками, чтобы формировать коммуникативные навыки. Безусловно, ребёнку с аутизмом общение дается непросто, а при некоторых формах оказывается очень серьезным стрессом, но задача школы, задача реабилитации – найти какие-то формы, чтобы ребенка не изолировать» (Юлия, 29 лет).

Большинство родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, заинтересованы в получении детьми не только общего образования, но и дополнительного. Включение детей-инвалидов в сферу дополнительного образования способствует их более быстрой и эффективной интеграции в социум, человек становится активным участником общественной жизни.

«Андрюша с раннего возраста испытывал большой интерес к музыке и музыкальным инструментам. Он часто напевал, запоминал большие и достаточно сложные музыкальные произведения, с удовольствием извлекал звуки из гитары и синтезатора, которые есть у нас дома. Мне очень хотелось обучить его нотной грамоте и возможности играть на фортепиано. Учитывая неусидчивость и моторную неловкость Андрюшки, задача оказалась достаточно сложной. Мне, по счастью, удалось найти педагога, с которым Андрюшка смог с удовольствием начать постигать азы игры на пианино» (Наталья, 27 лет).

По мнению участников опроса, необходимо обратить внимание и на расширение базы медицинских услуг (50%), социально-бытового обслуживания на дому (42,1%), технических средств реабилитации (21,1%), не исключая возможности предоставления услуг коммерческим сектором.

Подводя итог сравнительной характеристики востребованности деятельности трёх секторов – государственного, некоммерческого и коммерческого,

можно сказать, что каждый из них пользуется спросом семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Однако спрос на услуги системы реабилитации в основном определяется типом семьи – полная/неполная, а также наличием близких родственников, способных помочь семье с ребенком-инвалидом. Государственные учреждения, осуществляющие реабилитацию данной категории населения, по мнению клиентов, не эффективны в полной мере, так как они в меньшей степени используют инновационные методики реабилитации и не полностью укомплектованы всем спектром необходимых услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья, что может негативно влиять на их статус в отличие от коммерческого сектора реабилитационной направленности.

Проблемное поле некоммерческих организаций связано с отсутствием комплексного подхода к осуществлению реабилитационных мероприятий и недостаточно высоким качеством предоставляемых услуг, что может быть связано с тенденцией организации НКО самими родителями, имеющими детей с ОВЗ. Данные обстоятельства могут снижать их востребованность на рынке реабилитационных услуг.

Выявленные проблемы и недостаточно высокий уровень удовлетворённости предоставленными услугами в двух предыдущих секторах подталкивает родителей обращаться в коммерческие реабилитационные центры, основными клиентами которых являются представители полных семей, имеющих средний и выше среднего материальный достаток. Однако именно достаточно высокая стоимость реабилитационных услуг в коммерческом секторе является весомым недостатком, отрицательно сказывающимся на их востребованности и в целом на продуктивности всей системы реабилитации в Российской Федерации.

Список литературы

1. Факты об инвалидности. Европейское региональное бюро. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/en/ health-topics/Life-stages/disability-and-rehabilitation/data-and-statistics/facts-on-disability (Дата обращения: 10.11.2019).

2. Численность инвалидов по причинам инвалидности в разрезе субъектов РФ (2019 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://sfri.ru/ analitika/chislennost/chislennost/chislennost-po prichinam?territory=1 (Дата обращения: 10.11.2019).

3. «Число онкобольных будет расти». Но борьба с раком не безнадежна. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.svoboda.org/a/29721991.html (Дата обращения: 10.11.2019).

4. Региону расставили онкомаркеры. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.kommersant.ru/doc/4004803 (Дата обращения: 10.11.2019).

5. Формы рака у детей и подростков. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.kinderkrebsinfo.de/zabolevanija/index_rus.html (Дата обращения: 10.11.2019).

6. Региону расставили онкомаркеры. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.kommersant.ru/doc/4004803 (Дата обращения: 10.11.2019).

7. Потеря конечности – не приговор [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://rg.ru/2020/01/17/reg-pfo/v-nizhnem-novgorode-obsudili-reabilitaciiu-liudej-perenesshih-amputaciiu.html (Дата обращения: 10.01.2020).

8. Диабет стал моложе. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.belnovosti.ru/nb/diabet-stal-molozhe#hcq=xRxNQGr (Дата обращения: 10.11.2019).

9. Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://sfri.ru (Дата обращения: 10.11.2019).

10. Посттравматический доход. Сколько зарабатывают на реабилитационной медицине. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.kommersant.ru/doc/2967698 (Дата обращения: 17.11.2019).

11. Гутарук Е. Стратегический подъем реабилитационной индустрии // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://issek.hse.ru/news/198683197.html (Дата обращения: 17.11.2019).

12. См.: Дашковский И. Посттравматический доход: сколько зарабатывают на реабилитационной медицине // Коммерсантъ. №18 от 09.05.2016. С. 27.

13. Шубина Д. С каким расчётом ставят на медицинскую реабилитацию // Vademecum [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://vademec.ru/article/s_kakim_raschetom_investory_stavyat_na_meditsinskuyu_reabilitatsiyu/ (Дата обращения: 16.11.2019).

14. Russeel P. Children Act. In: Social work and disability. Editor: M. Oliver. Oxford: Butter worth – Heinemann, 1991.

15. Stucki G., Cieza A., Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. Journal of Rehabilitation Medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, 2007,39:279-285. doi:10.2340/16501977-0041 PMID:17468799.

16. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / Под ред. Т.М. Малевой. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. 256 с.

17. Басов Н.Ф., Веричева Н.Ф., Смирнова Е.Е. Содержание социально-педагогической поддержки маломобильных категорий детей и молодёжи // Успехи современной науки и образования. 2017. Т. 2 №5. С. 81–86.

18. Петрова В.Г., Афанасьева Л.И. Социально-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. 2017. С. 128–132.

19. Жигунова В.Г. Ювенальная инвалидность в России: теоретический и эмпирический анализ институциональной организации и социальных практик: Диссертация док.соц.наук: 22.00.04. – Кубанский государственный университет, Краснодар, 2011. 499 с.

20. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru (Дата обращения: 17.11.2019).

21. Доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Нижегородской области в 2017 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://docs.cntd.ru/document/944960443 (Дата обращения: 16.11.2019).

HOW ACTUAL IS THE DEMAND FOR AND ORIENTATION OF REHABILITATION SERVICES FOR DISABLED CHILDREN IN NIZHNY NOVGOROD REGION

A.V. Ermilova

Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, Associate Professor, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

The issue of specifics of rehabilitation services for children with disabilities in Novgorod is under consideration. The problem of demand and orientation of rehabilitation services for children with disabilities provided by state, non-profit and commercial sectors is updated. In order to identify the specifics of rehabilitation services, a sociological survey was carried out, using: a questionnaire survey of parents who have children with disabilities and use rehabilitation services at the "Dobry Sad" Children's Democratic Centre, the "Veras" non-profit organization, the "Naked Heart" Children's Aid Fund, the "Rostok" Children's Development Centre, the "NIVA" Public Charity Organization for Children with Disabilities (N=70 people), the "Naked Heart" Children's Aid Fund, the "Naked Heart" Children's Development Centre and the "Niva" Public Charity Organization for Children with Disabilities (N=70 people). Content analysis of Internet blogs of parents raising children with disabilities (N=50 people). Comparative characteristics of the demand for rehabilitation services in the three sectors made it possible to record the different level of demand for rehabilitation services. Demand for rehabilitation services is mainly determined by the type of family (complete/incomplete) and the availability of close relatives able to help a family with a disabled child. The negative aspects of the rehabilitation sectors' activities are identified through quality criteria for the provision of rehabilitation services.

Keywords: children with special needs, the rehabilitation system, the public sector, NGOs, the commercial sector, the need for and focus of rehabilitation.

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СЕМЬИ В ЦИФРОВОМ ОБЩЕСТВЕ*

И.А. Исакова[1], А.Л. Янак[2]

[1] Кандидат социологических наук, доцент кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

[2] Кандидат социологических наук, старший преподаватель кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Рассматриваются риски и негативное влияние цифровизации на индивидуальное здоровье и семейный микроклимат. На основе исследований, в том числе авторских, выявлены проблемы и стратегии здоровьесберегающего поведения семьи в контексте пользования техникой и Интернетом: ориентация на самосохранительное поведение; развитие возможностей цифровой медицины, включая мобильные приложения, позволяющие контролировать образ жизни, режим питания, физическую форму; стили семейного воспитания, опосредованные гаджетизацией и информатизацией; совершенствование законодательства в области обеспечения информационной безопасности. Сделан вывод: пока российские семьи демонстрируют довольно низкий уровень культуры медиапотребления и медиасубъектности, а значит, самосохранения в цифровом пространстве.

Ключевые слова: информационные риски, информационная безопасность, здоровьесбережение, самосохранительное поведение семьи, культура медиапотребления, гаджетизация, Интернет.

Жизнь современных людей пронизана цифровыми технологиями: электронные устройства осуществляют множество разнообразных функций, включая коммуникативную, информационную, образовательную, экономическую. Особенно явно значимость медиаграмотности показала ситуация, возникшая в связи с пандемией COVID-19, когда живое социальное взаимодействие (будь то внутрисемейное межпоколенное общение в рамках нуклеарной семьи или работа, обучение и даже медицина) оказалось буквально парализованным и вынужденным массово перейти в дистанционный формат. В создавшихся условиях необходимо учитывать риски пользования гаджетами и Интернетом, осмысливать и вырабатывать механизмы самосохранения, в том числе семейной культуры обеспечения киберзащиты и безопасности здоровья.

Как показывают исследования в области здоровья и гигиены, чрезмерное использование цифровых устройств в совокупности с другими факторами

*Выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Нижегородской области в рамках научного проекта №18-411-520002 «Здоровьесбережение в практиках современной нижегородской семьи».

может оказывать негативное воздействие на физическое и психическое здоровье, особенно детей. В первую очередь это связано с особенностями вырабатываемого ими электромагнитного излучения. Ещё в 2011 г. Международное агентство по исследованию рака[1] опубликовало результаты своих обследований: «высокочастотные электромагнитные поля являются потенциально канцерогенными для людей» [1], то есть излучение от смартфонов и прочих гаджетов, имеющих возможность выхода в Интернет, сотовых вышек, wi-fi, в случаях их неадекватного применения повышает риск формирования раковых заболеваний.

Российскими исследователями выявлено влияние излучения мобильных устройств на нервную систему человека (Н.К. Горшунова, А.Н. Тарасов [2], В.В. Пасько, П.П. Шевченко, С.М. Карпов, И.А. Ященко [3]), образование раковых опухолей (В.И. Сусляев, Г.Е. Кулешов [4]), значительное повышение риска заболевания лейкемией, катарактой, нарушений функций щитовидной железы, болезни Альцгеймера, заболеваний сердечно-сосудистой системы (С.М. Чайковская, С.П. Смолякова, Д.Д. Костина, В.С. Князев, О.С. Булычева [5], О.А. Пчёльник, П.В. Нефёдов [6]), органов зрения, (С.Г. Ященко, С.Ю. Рыбалко, О.А. Пилунская, С.Э. Шибанов [7]), нарушений сна (Е. Рассказова [8]).

Материалы авторских исследований[2], проведенных в рамках проекта №18-311-00348 «Трансформация детско-родительских отношений в эпоху информатизации общества», поддержанного рантом РФФИ, демонстрируют тревогу родителей за здоровье детей в связи с чрезмерным использованием гаджетов [9]. Среди рисков физиологических ограничений названы гиподинамия и изменения осанки вплоть до сколиоза или хондроза в перспективе (в связи с малоподвижным образом жизни, длительной фиксацией тела в пассивном и/ или неудобном положении), ухудшение зрения, развитие синдрома сухого глаза (вследствие близкого расположения монитора, низких возможностей расширения экрана); когнитивных – нарушение памяти, дезориентация в пространстве и времени (путаница между реальностью и виртуальностью); психологических – замкнутость, зацикленность, агрессивность, конфликтность, эмоциональное отчуждение, снижение степени выраженности отвращения к сценам насилия, свободно циркулирующим онлайн [10]; поведенческих – непослушание, синдром дефицита внимания и гиперактивности как неврологическо-поведенческое расстройство развития [11], гаджет- и Интернет-зависимость, формирование и репрезентация некорректной, фейковой идентичности [12].

Согласно результатам проведенного авторами опроса, родители отмечают следующие значимые негативные изменения в реакциях и поведении ребёнка после длительного использования цифровых устройств и Интернета: усталость/ утомляемость (30,7%), возбудимость (30%), не мотивированные истерики, плач (23,9%), перепады настроения (21,5%) (Рис. 1).

Рис. 1. Замечали ли Вы следующие изменения в поведении ребенка после длительного пользования гаджетами и Интернетом?

Современные родители (71,2%) и дети (71,6%) уверены в распространении новой социальной болезни – гаджет- и Интернет-зависимостей, которые квалифицируются как нехимическая поведенческая аддикция, детерминированная влечением к взаимодействию с Сетью и/ или электронными устройствами, обеспечивающими выход в нее, и характеризующаяся некоторыми закономерностями: пристрастие может проявляться как периодически, так и постоянно, быть непреодолимым, отчетливо осознаваемым или выражаться в форме легкого беспокойства, тревоги, возбуждения, нарастать по мере предвкушения и в начале игры/ коммуникации и постепенно снижаться в процессе длительной онлайн-активности [13, с. 53–54]. 38,6% родителей 18,4% детей выявляют наличие данной зависимости у представителей ближайшего окружения (родственников, друзей, знакомых).

Каждая среднестатистическая российская семья обеспечена от 1 до 10 электронными устройствами с выходом в Интернет. Наиболее «популярными» способами выхода в Сеть являются смартфоны, под остальными подра-

зумеваются компьютеры, ноутбуки, планшеты, умные часы, игровые приставки, фитнес-трекеры, портативные музыкальные колонки и наушники, то есть всё, что попадает под определение «гаджет». 42,6% школьников отметили, что им доступны два гаджета, 27,1% – три, остальным – от четырех и более. При этом 59,4% детей регулярно или периодически пользуются родительской техникой.

69% детей и 53,3% взрослых буквально не упускают возможности воспользоваться гаджетом с выходом в Интернет для развлечения и разрядки, чтобы скоротать время в очередях, поездках или в свободные вечера. В пользу подобного досуга 70,3% детей и 44,8% родителей часто или изредка пренебрегают своими делами (домашними обязанностями, подготовкой к урокам). 57,9% опрошенных подростков часто или иногда испытывают беспокойство, если долго не проверяют свою страницу в социальной сети, у взрослых этот показатель составляет 42,9%. Кроме того, 40,9% детей и 30,7% родителей отметили, что порой окружающие жалуются на их длительное времяпрепровождение у компьютера или в смартфоне. В частности, 1–2 часа в день проводят в Интернете только 2,6% школьников, 3–4 часа – 41,3%, 5–6 часов – 26,4%, более 6 часов – 29,7%; 40% родителей используют гаджеты не для работы – 1–2 часа в день, 32,4% – 3-4 часа, 4,7% –5–6 часов, 7,4% – более 6 часов. Очевидно, дети являются более активными медиапользователями, чем взрослые. В большинстве случаев школьники, по их мнению, сами учатся пользоваться мобильными телефонами (77,6%), компьютерами (59,4%), выходить в Интернет (69%), регистрироваться на специализированных ресурсах и даже осуществлять покупки в онлайн-магазинах. Цифровой дебют у шестой части опрошенных детей приходится на 3-5 лет, примерно у половины – на 6-8 лет. Все это свидетельствует о том, что, к сожалению, не всегда и не все родители осознают наличие медиаугроз и стараются продуктивно контролировать гаджет- и Интернет-активность детей, интерпретировать получаемую информацию, обучать их правильному взаимодействию с техникой, нередко потворствуя информационному разгильдяйству и, безусловно, мешая формированию у детей культуры «здорового пользователя».

Навыки ведения здорового образа жизни ребенок усваивает преимущественно благодаря родителям, ориентируясь на их пример, субъектность и компетентность в этом вопросе: адекватное отношение родителей к цифровым средствам, выработка правил и самоконтроль за их использованием способствуют развитию позитивных привычек у ребенка и, напротив, отсутствие должного примера может привести к разрушительным последствиям для здо-

ровья ребенка. Сами родители признают отсутствие в семье здоровьесберегающих практик обращения с мобильной техникой: например, 30,2% супругов скорее не одобряют манеру использования гаджетов своим партнером (то, что он читает, сколько времени проводит в Сети), еще 21% – затрудняются ответить; 41,4% взрослых испытывают беспокойство, долго не имея возможности проверить свою страницу в социальной сети или обновить электронную почту, 63,3% – иногда проводят в Интернете гораздо больше времени, чем планируют. Можно констатировать отсутствие у старшего поколения родителей сложившихся положительных паттернов заботы о собственном здоровье при использовании электронных устройств.

Образование и воспроизводство практик индивидуального и семейного здоровьесберегающего поведения в контексте гаджетизации и информатизации может рассматриваться в нескольких проекциях:

1. Ориентация на самосохранение как инструмент здоровьесбережения, культура которого конструируется на признании высокой ценности здоровья [14], исключении из жизни факторов риска нарушения экосистемы (на индивидуальном уровне – организма, психики, на семейном – «суверенитета», стабильности и благоприятного климата внутрисемейных отношений), формировании навыков профилактики, обеспечения собственной безопасности, адаптационных механизмов и копинг-стратегий.

2. Развитие цифровой медицины – системы научных знаний и практической деятельности по диагностике, лечению и профилактике физических и психических заболеваний, сохранению и укреплению здоровья, трудоспособности и продлению жизни людей, осуществляемых на основе цифровой платформы здравоохранения при помощи информационно-коммуникационных технологий, мобильных устройств, портативных персонализированных медицинских приборов [15]. Развитие цифровой медицины напрямую зависит от соответствующей технической инфраструктуры, цифровой грамотности и вовлеченности семьи.

Разработчики гаджетов предлагают множество приложений, позволяющих заботиться о здоровье, например, «Medisafe», «Мои Таблетки Light» (напоминающее выпить таблетку), MedMДиабет, Diametr (для больных диабетом), «КардиоЖурнал», «Pulse» (для контроля за изменением артериального давления и пульса), WomanLog, Flo (для женщин), «Не курю», «Последняя сигарета» (для тех, кто хочет бросить курить), «FatSecret», «MyFitnessPal» (для контроля за питанием, подсчета калорий), «Seven», «Nike Training Club» (для контроля за тренировками), «Зожник» (о правилах ЗОЖ), «Plant Nanny»,

«Water Balance» (для контроля за потреблением воды), «Noom Walk», «Moves» (для контроля двигательной активности), «Sleep Cycle» (для контроля режима сна). Эти технологии содействуют нормализации образа жизни, режима и распорядка дня, профилактике заболеваний. Кроме того, при помощи электронных устройств сегодня можно прикрепиться к той или иной поликлинике, записаться на прием ко врачу, вести электронную медицинскую карту, получать онлайн-консультации от специалистов, оплачивать медицинские услуги, заказывать медикаменты, читать отзывы о качестве предоставляемых медицинских услуг и лекарств.

3. Формирование и трансформация стилей родительского воспитания и внутрисемейного взаимодействия. По результатам проведенной авторами фокус-группы с родителями выделены три типа детско-родительских отношений, опосредованных использованием гаджетов: нарциссизм (гаджет как инструмент эгоизма, отвлекающее средство для освобождения родителями времени на себя, саморазвитие и заполнение внутренней пустоты, связанной с жизненными, психологическими и профессиональными фрустрациями); гиперопека (гаджет как дополнительная площадка для воспитания, баловства или родительского сопровождения, контроля); симбиоз (гаджет как средство сближения, совместного досуга или проводник для имитации паттернов поведения взрослых) [9]. Так, наилучшим вариантом владения и распоряжения гаджетами является тот, при котором дети и родители обговаривают правила применения техники и выхода в Интернет. Значимый момент – обоюдное и честное соблюдение установленных норм. Согласно проведенному авторами анкетированию, 42% родителей говорят ребенку об опасностях, с которыми он может столкнуться в Интернете.

Поведение родителей, связанное с воспитанием у детей здорового использования цифровых устройств, можно типологизировать на авторитарный, лояльный, пренебрежительный и авторитетный стили.

Суть авторитарного стиля состоит в том, что для защиты психического и физического здоровья ребенка родители используют медиацию ограничения: запрещают использование гаджетов до определенного возраста (чаще до 7 лет, то есть до начала учебы в школе) или строго контролируют проведенное у монитора время, потребляемый контент. По данным опроса, 58,7% родителей так или иначе стараются контролировать время, проводимое ребенком в сети; 32,1% относятся положительно к программам контроля телефона ребенка с возможностью просматривать маршруты его перемещения, запросы в Интернете, считая их полезными для родителей, 24,5% гипотетически отно-

сятся к ним благосклонно, но сами применять их пока не стремятся; 29,4% взрослых пользуются программами родительского контроля; 80,3% родителей детей, зарегистрированных в социальных сетях, периодически просматривают их личные странички, 35,2% – читают их переписки, 14,1% – знают всех их «сетевых» друзей (35,2% знают большинство, 26,8% – лишь некоторых); 67,7% респондентов-подростков отметили, что «дружат» со своими родителями в социальных сетях; 17,2% подростков отметили, что родители знают пароли от их аккаунтов в социальных сетях, специализированных форумах, сайтах. В семьях с авторитарным стилем цифровому здоровьесбережению уделяется значительное внимание, однако главным его компонентом являются нормы поведения родителей, которые ребенок должен принять, а не вырабатывает самостоятельно, то есть формируется внешний локус контроля, а не внутренняя мотивация ребенка. К тому же, кто сможет оценить правильность родительских паттернов? Электроника и виртуальное пространство легко могут восприниматься в качестве эффективного средства манипулирования. Недоступная техника становится более желанной, школьник может воспользоваться гаджетами одноклассников, развлекаться в Сети, пока родитель не видит (в гостях у друзей, бабушки с дедушкой, ночью, под одеялом), чистить журнал истории запросов: 32,8% семей сталкиваются с межличностными, в том числе межсиблинговыми, конфликтами из-за гаджетов и Интернета.

Лояльный тип воспитания заключается в том, что родители устанавливают правила использования электронный девайсов и доверяют ребенку, осуществляя при этом скрытый контроль или совместные виды деятельности в Сети (чтение книг, прослушивание музыки/ аудиосказок, просмотр фильмов, влогов, лайфхаков, игры, обучение, поиск интересной информации). Такую форму семейного досуга ситуативно практикуют 69,3% родителей. Активное вмешательство в виде запретительных или ограничительных мер начинается только в экстренных случаях, при возникновении проблем у ребенка (44,4% родителей отнимали у ребенка компьютер и (или) гаджет в наказание за совершенные проступки, плохую успеваемость), например, снижение успеваемости, столкновение с негативным контентом, трудности в общении со сверстниками, самопрезентацией и самооценкой, игнорирование домашних обязанностей, девиантное поведение. Достоинством такого стиля воспитания является эгалитарное распределение ответственности за выработку здоровьесберегающего поведения в отношении гаджетов между родителя-

ми и ребенком, при этом взрослым отводится роль не надзирателя или арбитра, а скорее старшего товарища, которому можно довериться.

Пренебрежительный стиль отличают невысокие требования к гаджет- и Интернет активности детей в сочетании с низкий вовлеченностью родителей в процесс формирования культуры и грамоты медиапотребления. Родители приобретают ребенку мобильную технику и разрешают пользоваться ею по своему усмотрению, не давая указаний и не осуществляя контроля, считая, что «нынешние дети настолько продвинутые, что всё знают лучше нас»: 24,7% – разрешают играть ребенку с мобильными гаджетами до 3-х лет; 21,6% – родителей использовали Интернет, чтобы отвлечь и переключить внимание ребенка, пока занимаются домашними делами, работой или собой. Пренебрежительный стиль довольно распространён в российских семьях, что связано с сильно отличающимся уровнем цифровой грамотности у детей и родителей, особенно если последние относятся к старшим возрастным группам. С одной стороны, являясь более технически подкованным, ребенок может легко уничтожить следы своего пребывания в глобальной Сети, и родитель не сможет его проверить. С другой стороны, в силу своей неопытности родители сами не знают, какие опасности поджидают ребенка на просторах Интернета, а значит, не могут оказать ему экстренную и компетентную помощь при возникновении трудностей и, как следствие, не пользуются авторитетом и доверием детей. Взрослые практически безоговорочно принимают манеру использования гаджетов их ребенка и сами оказываются в позиции детей, которые порой даже не осознают своего невежества и необходимости ликбеза.

Авторитетный стиль базируется на том, что родители не устанавливают жестких правил использования гаджетов, но собственным примером демонстрируют рациональное отношение к пользованию техникой (по назначению и по мере необходимости), по сути, сочетая это с заботой о собственном здоровье. При данном стиле ребенок способен самостоятельно и успешно вырабатывать границы пользования девайсами, однако, чтобы это произошло, родители должны проявлять и демонстрировать высокий уровень самодисциплины: 24,7% считают, что лучше доверительный разговор с ребенком на тему здоровья и электронного общения, чем жесткий контроль за ним; 21,9% не контролируют время ребенка в сети, поскольку ему доверяют; 42% проводят предупредительные, профилактические беседы о потенциальных угрозах, ожидающих ребенка в «глобальной паутине». Это свидетельствует о заинтересованности родителей в проблеме и ее минимизации для развития детей и

семьи. Предполагается, что при авторитетном стиле родители и дети выступают в качестве партнеров, формирующих единую самосохранительную среду и доверяющих друг другу. Данный стиль является самым сложно реализуемым, поскольку требует от родителей высокого уровня ответственности и медиаграмотности, что, по результатам исследований, в семьях наблюдается редко. В большинстве случаев у взрослых не складываются адекватные представления и навыки здоровьесберегающего поведения в отношении разнообразной компьютероподобной техники, поэтому демонстрировать его достаточно сложно.

Выделенные типы редко встречаются в чистом виде: например, родители, предпочитающие авторитетный стиль воспитания культуры здорового использования гаджетов, в критических ситуациях могут запрещать ребенку пользоваться компьютером/ смартфоном.

4. Совершенствование законодательства в сфере обеспечения информационной безопасности и институциональные (государственные, региональные, локальные) программы повышения медиграмотности населения (проекты, типа «Безопасный интернет для детей»): ФЗ от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и защите информации», ФЗ от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»; Указ Президента РФ от 05.12.2016 г. № 646 «Об утверждении Доктрины информационной безопасности Российской Федерации»; Распоряжение Правительства РФ от 02.12.2015 г. № 2471-р «Об утверждении Концепции информационной безопасности детей»; Указ Президента РФ от 29.05.2017 г. № 240 «Об утверждении в Российской Федерации Десятилетия детства»; паспорт национального проекта «Цифровая экономика РФ».

Формирование здоровьесберегающих семейных традиций не подразумевает отказа от гаджетов и Интернета, а ориентацию на уменьшение зависимости и правильную информационную «диету», систему фильтров. Примером может служить отказ от использования цифровых девайсов во время еды, и не только в период совместных трапез, но и при индивидуальном приеме пищи как детей, так и родителей, без исключений.

Можно сказать, что в российских семьях не сформировалась здоровая культура использования гаджетов: отсутствие здоровьесберегающих традиций поведения у родителей позволяет предположить, что у детей их тоже не будет. Для изменения сложившейся ситуации необходимы специализированные программы формирования в семье социально одобряемых и социально

значимых для здорового образа жизни ценностей, норм и практик использования современных информационных технологий и техники. Дальнейших исследований требуют индивидуальные и межиндивидуальные (между сверстниками) копинг-стратегии детей обеспечения собственной информационной безопасности.

Примечания

1. lnternational Agency for Research on Cancer – IARC, входит во Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ).

2. Фокус-группа, проведенная в ноябре 2018 г. с родителями детей-пользователей гаджетов и Интернета (n=6) как пилотное исследование; социологический опрос «Информатизация детско-родительских отношений: фактор и риски», организованный с сентября 2019 г. по январь 2020 г. методом «снежного кома». В анкетировании приняли участие дети-подростки в возрасте от 14 до 18 лет (n=303, из них 206 девочек и 97 мальчиков) и родители (n=326, из них 244 женщины и 82 мужчины) в возрасте от 21 до 48 лет. Основной критерий отбора респондентов – активное использование электронных девайсов с выходом в Интернет.

Список литературы

1. Майорова А., Коляда В. Всемирная организация здравоохранения признала сотовые телефоны потенциально канцерогенными // Коммерсантъ Наука. 2011. №3. С. 26.

2. Горшунова Н.К., Тарасов А.Н. Влияние электромагнитного поля и электромагнитных излучений мобильных телефонов на процессы старения и вегетативную нервную систему // Фундаментальные исследования. 2005. № 7. С. 84–85.

3. Пасько В.В., Шевченко П.П., Карпов С.М., Ященко И.А. Воздействие электромагнитного излучения мобильного телефона на нервную систему человека // Успехи современного естествознания. 2014. №6. С. 54–55.

4. Сусляев В.И., Кулешов Г.Е. Поглощающие электромагнитное излучение материалы для защиты от вредного влияния мобильных телефонов // Известия высших учебных заведений. Физика. 2010. Т.53. №9-2. С. 215–216.

5. Чайковская С.М., Смолякова С.П., Костина Д.Д., Князев В.С., Булычева О.С. Воздействие электромагнитного излучения мобильного телефона на важнейшие функциональные системы организма // Успехи современного естествознания. 2013. №9. С. 106.

6. Пчёльник О.А., Нефёдов П.В. Электромагнитное излучение мобильных телефонов и риск для здоровья пользователей // Фундаментальные исследования. 2014. № 10–10. С. 1971–1975.

7. Ященко С.Г., Рыбалко С.Ю., Пилунская О.А., Шибанов С.Э. Гигиеническая оценка влияния электромагнитных факторов коммуникационных устройств на состояние здоровья студентов // Гигиена и санитария. 2017. Т.96. №10. С. 1001–1003.

8. Рассказова Е. Выключи смартфон – и спи спокойно // Дети в информационном обществе. 2019. №2(31). С. 10–17.

9. Янак А.Л., Шорыгин Е.А. Траектории гаджетизации детско-родительских отношений: основные модели // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2019. №3(55). С. 141–148.

10. Раздел 2. Анализ потребления детьми и подростками информационной продукции, распространяемой в теле- и радиопередачах, теле- и радиопрограммах, сетевых средствах массовой коммуникации, печатных средствах массовой информации, информационной продукции, распространяемой посредством сети Интернет // Концепция информационной безопасности детей [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://rkn.gov.ru/docs/Razdel_2.pdf. (Дата обращения: 26.03.2020).

11. Захаркина Т.Н., Исакова И.А. Цифровая зависимость как фактор развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей // Участие детей в решении вопросов, затрагивающих их интересы: современное состояние, проблемы и перспективы: материалы международной научной конференции, Владивосток, 9-11 октября 2019 г. / отв. ред. А.Г. Филипова. – СПб.: Астерион, 2019. С. 87–90.

12. Исакова И.А., Янак А.Л. Информатизация и гаджетизация современного общества и детства // The Digital Scholar: лаборатория философа. 2019. Т.2. №1. С. 131–145.

13. Пережогин Л. Осторожно: интернет-зависимость // Дети в информационном обществе. 2018. №1(29). С. 52–59.

14. Шилова Л.С. Самосохранительное поведение пациентов в условиях модернизации российской первичной медицинской помощи: автореф. дисс. … к.соц.н.: 22.00.04 / Институт социологии РАН, 2012. – 26 с.

15. Карпов О.Э., Субботин С.А., Шишканов Д.В., Замятин М.Н. Цифровое здравоохранение. Необходимость и предпосылки // Врач и информационные технологии. 2017. №3. С. 6–22.

FAMILY SELF-SAFETY BEHAVIOR IN DIGITAL SOCIETY

I.A. Isakova[1], A.L. Yanak[2]

[1] Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

[2] Candidate of Sociological Sciences, Senior Lecturer, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

The paper considers risks and negative effects of digitalization on individual health and family microclimate. Based on the research, including the author's research, the authors identified problems and strategies of health-saving family behavior in the context of using technology and the Internet: orientation towards self-preserving behavior; development of digital medicine capabilities, including mobile applications to control lifestyle, diet, physical fitness; family education styles, mediated by gadgets and informatization; improvement of legislation in the field of information security. The conclusion: Russian families demonstrate a low level of media consumption culture and media personality, which means self-saving in the digital space.

Keywords: information risks, information security, health saving, safety family behavior, media consumption culture, gadgetization, the Internet.

ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

М.В. Курникова
Кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой адаптивной физической культуры Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Рассматривается понятие здоровье ребенка с позиции биопсихосоциальной модели как фактора влияния на некоторые критерии социального самочувствия членов семьи. Методом анкетирования и тестирования определен уровень социального самочувствия родителей и сиблингов двух групп семей – с ребенком-инвалидом и с ребенком без нарушений здоровья. Определена значимость состояния здоровья ребенка как одного из доминирующих факторов формирования субъективного социального самочувствия семей с детьми.

Ключевые слова: здоровье детей, биопсихосоциальная модель, социальное самочувствие, семья с ребенком-инвалидом.

Здоровье человека является наивысшим интегральным показателем функционирования целостного организма, активной деятельности, самосохранения и продления жизни. Понятие «болезнь» претерпело за историю человечества понятийную эволюцию от «кары божественных сил», сугубо анатомических отклонений от нормы до современных генетических и психосоматических причин развития той или иной патологии. Излечение от болезни предполагало восстановление только функции и структуры организма и игнорировало иные, немедицинские проблемы человека. Современное научное знание о человеке и его здоровье междисциплинарно. Исследователи все чаще формулируют определение «болезни» с точки зрения биопсихосоциальной модели здоровья [1; 2]. Биопсихосоциальная модель болезни возникла в конце 70-х гг. XX в. Она основывается на системной теории, согласно которой любая болезнь есть иерархическая совокупность составляющих элементов физического тела до социального пространства, в котором каждый нижележащий уровень выступает компонентом вышележащего, включает его характеристики и испытывает на себе его влияние. В центре этого континуума находится личность с ее индивидуальными физическими, психическими, интеллектуальными характеристиками, особенностями поведения и социального окружения от микро- до макроуровня. Ответственность за выздоровление в биопсихосоциальной модели болезни полностью или частично возлагается на самих больных людей. В оценке состояния здоровья значительную роль играют психологические и средовые факторы. Субъективно здоровье проявля-

ется в чувстве оптимизма, соматического и психологического благополучия, радости жизни. Болезнь рассматривается как такое расстройство, которое угрожает дисфункцией – неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве. При этом действительно болезнью считается такое состояние, которое становится причиной значимой для личности угрозы существованию в конкретных условиях среды. Потребность в лечении необходима только тогда, когда расстройство здоровья наносит ущерб профессиональной работоспособности, повседневной деятельности, привычным социальным отношениям либо причиняет значительное страдание [3; 4]. Примером использования биопсихосоциальной модели является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Данная классификация определяет стандарт ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности на уровне индивида, и на уровне населения в целом. МКФ была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г. (резолюция WHA 54,21) для применения в странах-членах ВОЗ в качестве международного стандарта описания и измерения степени нарушений здоровья. Состояние индивидуума оценивается не только с точки зрения «Функционирования», то есть наличия болезни и нарушения анатомической и физиологической нормы, но и по критериям «Активность» и «Участие», а именно – способности к обучению и применению знаний, мобильности, самообслуживанию, бытовой жизни, межличностным взаимоотношениям, жизни в обществах и гражданской активности. Классификации подлежат и «Факторы окружающей среды», которые создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Окружающая среда оценивается в категориях материально-технических средств, элементах природной среды, животных, которые обеспечивают практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или в других аспектах повседневной деятельности.

МКФ обязательно учитывает такой значимый фактор, как семья и ближайшие родственники, окружение индивидуума от друзей, знакомых, коллег, обслуживающего персонала до чиновников местных органов исполнительной власти. Классификации и оценке подлежат службы, предлагающие услуги, в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида; ад-

министративные системы, которые включают административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной властью; политика, которая включает правила, инструкции, стандарты. Таким образом, человек рассматривается с трех биопсихосоциальных позиций – как биологический объект, как часть общества, как индивид и личность со своими установками, характером, опытом и виденьем мира.

На основе этой модели функционирование на уровне физических возможностей тела, активности и участия в жизни сообщества рассматривается в связи с нарушением здоровья, с личными факторами и с условиями жизни. «Функционирование» является более позитивным термином, чем «инвалидность» при описании взаимодействия между нарушением здоровья человека и ситуативными факторами (факторы окружающей среды и личностные факторы) индивидуума. Личностные факторы – это особенности человека, которые не являются частью здоровья, то есть пол, возраст, раса, физическая подготовка, привычки. Факторы окружающей среды в полном объеме отражают жизненный уклад и жизненную ситуацию (например, архитектурные и структурные барьеры, условия жизни и работы). В их рамках составляется физическая, социальная и поведенческая среда, в которой семья проводит свою жизнь. Эти факторы могут иметь позитивное или негативное воздействие, то есть могут выполнять роль помощника или барьера. Участие относится к вовлечению индивида в жизненную ситуацию и является социальной перспективой функционирования [5].

В современном социально-гуманитарном знании определение «здоровье» довольно часто употребляется как тождественное понятиям «благополучие», «качество жизни», «счастье», «успешность», «удовлетворенность». Как таковые, они не являются абсолютно аналогичными, но пересекаются в понимании социального самочувствия и субъективного социального благополучия. Предпосылки понятия «социальное самочувствие» вошли в научный оборот в первой половине XX века благодаря работам ученых, изучающих социально-психологические феномены −В.М. Бехтерева, П.П. Викторова, У. Липпмана, Г. Тарда [6]. Возникают понятия «социальное настроение», «общественное настроение», «групповое настроение», «индивидуальное настроение», которые все больше по своей сущности приближаются к категории «социальное самочувствие». С 1960-х годов изучаются вопросы природы социального самочувствия, детерминирующие факторы, причины различного поведения социальных групп, выявления его источника, структуры, уровней. Отбор крите-

риев социального самочувствия, варианты его проявления у различных социальных и возрастных групп в условиях преобразования современного российского общества отражен в трудах Е.И. Головахи, В.Н. Аргуновой, М.В. Корниловой, Н.А. Овчар, И.И. Осинского, А.В. Кученковой [7].

Ориентация на эту проблему возрастает в зарубежной и в отечественной науке в связи с изучением и выявлением не только относительно объективных, но и субъективных маркеров и детерминант социального благополучия. Наряду с наличием материальных благ, безопасностью, условиями для развития способностей человека и получения образования, стабильными социальными отношениями в обществе качество жизни напрямую зависит от состояния здоровья. Здоровье человека зависит от наследственности, образа жизни, условий труда, домашнего обихода и рекреации, экологии окружающей среды.

Социальное благополучие зависит также от таких факторов, как ценности и потребности индивида, культура и традиции самого общества. Исследуя понятие «социальное самочувствие», социологи дают различные характеристики данного состояния, основанные на объективных и субъективных критериях. Социальное самочувствие выступает одним из ключевых маркеров настроения общества, его различных социальных групп и отдельных людей. Оно отображает эмоциональный уровень взаимоотношений индивидуумов, групп и сообщества в целом, их позицию в социальной структуре, субъективные отношения и эмоции человека, степень включенности в систему общественных отношений, влияющих на социальное самоопределение, самореализацию, социальную активность в разных сферах социальной жизни, степень уверенности в своем будущем и будущем своей семьи. В эмпирических исследованиях социального самочувствия одним из подходов является измерение показателей довольства различными аспектами жизни и психологического комфорта (безопасность, состояние здоровья, отношения в семье, благоустроенная среда обитания, возможность творческой самореализации). Если медицина и общая психология трактуют «самочувствие» преимущественно с позиций физиологии, как «органическое» состояние человека, то в социологии «самочувствие» выступает как совокупная характеристика, предопределенная социальными факторами. Ведущими маркерами данного понятия являются три основных компонента: внутреннее состояние человека (здоровье, душевное состояние, испытываемые положительные эмоции, оптимизм), анализ внешних условий (восприятие ситуации в стране, семье) и понимание собственного положения в будущем (цель в жизни, претворение планов, индивидуальный успех) [8].

С 2000-х гг. усиливается интерес социологов к двум важным составляющим качества детства – здоровью и образованию детей, и двум наиболее уязвимым группам детей: сиротам и инвалидам. Внимание общественности к проблемам и тех, и других способствует внедрению новых технологий социальной адаптации и реабилитации – появляются инклюзивные и интегрированные школы, приемные семьи, детские деревни, обсуждаются вопросы безбарьерной доступной среды, преодоления дефектов воспитания «государственных» детей. Несмотря на мнения ученых, что благополучие детей – понятие мультипликативное, не существует ни общепринятой системы его различных компонентов, ни стандартного набора согласованных на международном уровне показателей для их количественной оценки. Фонд детского развития (США) в 2004 г. впервые в мире разработал и опубликовал Индекс детского благополучия (Child Well-being Index), включающий семь основных показателей: материальное благополучие семьи; состояние здоровья ребенка; образовательные достижения; взаимоотношения ребенка с семьей и сверстниками; эмоциональное благополучие; поведение ребенка; вовлеченность ребенка в жизнь сообщества. Детский фонд ООН ЮНИСЕФ в 2007 г. для мониторинга благополучия детей учитывал шесть параметров: материальное благополучие; состояние здоровья и неприкосновенность; образование; отношения в семье и со сверстниками; поведение и риски; субъективное восприятие благополучия самими детьми. В 2013 г. принимались во внимание уже только пять параметров: материальное благополучие; здоровье и безопасность; образование; поведение и риски; условия жизни и среда. Для оценки благополучия детей предлагается рассматривать четыре области: физическое здоровье и безопасность; познавательное развитие и образование; психологическое и эмоциональное развитие; социальное развитие и поведение. На уровне отношений индикаторы сгруппированы в следующих областях: семья, школа, сверстники, общество, макросистемы. Благополучие может диагностироваться с помощью как объективных показателей (состояние здоровья, академическая успеваемость), так и субъективных (удовлетворенность различными сторонами жизни, успешность, навыки) [9].

Здоровье детей является «базисом» формирования человеческого потенциала населения, социальным потенциалом, его трудового, интеллектуального и репродуктивного компонента [10]. Период детства служит стартовым этапом для всей последующей жизни человека. Качества, которые он приобретает в это время, оказываются самыми прочными и сохраняются в течение всей его жизни. Именно в детстве закладываются основы здоровья и здоро-

вьесберегающего поведения индивида. В настоящее время становятся привычными тревожные данные о систематическом ухудшении состояния здоровья, снижении уровня физической подготовленности и физического развития детей, подростков и учащейся молодежи. Проблема здоровья подрастающего поколения как одна из основных социальных проблем активно обсуждается на протяжении последних десятилетий не только медицинскими работниками, но и психологами, педагогами и социологами [11; 12].

Все факторы, негативно влияющие на здоровье детей, можно разделить на три группы и они в полной мере отражают биопсихосоциальную модель здоровья человека:

– социальные – плохие материально-бытовые условия; низкий уровень общей и санитарной культуры семьи; тяжелые и вредные условия труда родителей;

– медицинские: многодетность; неполные семьи; низкий уровень здоровья родителей;

– психологические: зависимость родителей от токсических веществ; неблагополучный психологический климат семьи; жестокое обращение с детьми [13; 14; 15; 16; 17].

Динамика детской заболеваемости в Российской Федерации отражает неуклонный рост в общей структуре детского населения увеличение доли детей с нарушением здоровья, в том числе со стойкими нарушениями функций, то есть инвалидов. Численность детей-инвалидов в РФ, по данным Федеральной службы государственной статистики за 2019 год, составляет 671 000 человек (2.2% от общей численности российских детей до 18 лет). За период с 2008 по 2018 гг. инвалидность детей в Российской Федерации увеличилась на 16%. Основные причины прироста инвалидности детей в России – психические расстройства, болезни нервной системы и врожденные пороки развития [18; 19].

Согласно принципам построения биопсихосоциальной модели здоровья человека семья и ближайшее окружение являются наиболее значимым критерием и выступают определенной базой стабильности и успешности при оценке благополучия детей, в том числе имеющих инвалидность. Дети и подростки, несмотря на инвалидность и стойкие, подчас необратимые нарушения, могут обладать выраженными компенсаторными возможностями, что способствует их лучшей адаптации. Важной характеристикой качества жизни ребенка-инвалида является его благополучие в семье, доступ к услугам воспитания и образования. Большинство детей-инвалидов в России проживают в семьях

(98.4%). В семье ребенок с первых лет своей жизни усваивает нормы социально одобряемых паттернов поведения, правил коммуникации, отношения к окружающему, здоровьесберегающих семейных традиций. Семья – это главный фактор формирования здоровья ребенка [20]. Здоровые и успешные дети традиционно считаются критерием качества жизни семьи. Инвалидность ребенка, с одной стороны, может являться следствием неблагополучия в различных уровнях функционирования семьи (физическом, психическом, социальном), а с другой стороны, установление у ребенка глубоких и стойких нарушений функций является сильным стрессом для родителей и снижает уровень социального самочувствия всех членов семьи.

В российской социологии семьи разработкой социальных показателей и индикаторов занимались Т.А. Гурко, М.С. Мацковский, А.Г. Харчев [21]. При исследовании семьи социологи выделяют следующие индикаторы микросреды, в которой проживают семьи: степень урбанизированности среды расселения; демографическая структура; характеристики возможной занятости населения; этнические характеристики; количественные и качественные характеристики сферы обслуживания; доступность детских дошкольных учреждений; характеристики культурных учреждений, спортивных и физкультурных сооружений; учреждений здравоохранения; социальное самочувствие или субъективное восприятие человеком своей роли в семье.

В целом, к показателям благополучной семьи относят: стабильный социальный статус семьи, экономическую независимость, здоровье членов семьи и образ жизни, сплоченность и единство семьи, хорошее социальное самочувствие, наличие положительных семейных традиций. Здоровье членов семьи при этом рассматривается в целом как некий фон, влияющий на все критерии социального самочувствия [22]. В качестве необходимых и достаточных для оценки выделяют четыре группы социологических показателей: 1) материально-бытовые (уровень жизни, обеспеченность атрибутами цивилизации); 2) социально-институциональные (полнота семьи, то есть наличие детей и обоих родителей); 3) социального самочувствия (здоровье, мотивация, оптимизм); 4) социально-групповые (удовлетворенность семейной жизнью, интимными и другими межличностными отношениями в семье). Предлагаются следующие индикаторы оценки: «Здоровье родителей», «Здоровье детей», «Питание», «Оптимизм», «Мотивация». Здоровье ребенка как отдельный фактор, влияющий на уровень социального самочувствия семьи, рассматривается в трудах Т.Н. Константиновой, Ф.А. Мустаевой, А.И. Пьянова, И.В. Щекиной [23, 24, 25, 26]. Ф.А. Мустаева с соавторами выделяет негативные факторы, которые

могут привести к деформации социального самочувствия семьи с ребенком-инвалидом на всех уровнях: на макроуровне – неэффективные законы, на мезоуровне – дефекты социальной коммуникации с окружением семьи, на микроуровне – физические дефекты ребенка и ограничения в его жизнедеятельности, психологический стресс родителей.

Мы предполагаем, что здоровье ребенка является доминирующим фактором, влияющим на социальное самочувствие всех членов семьи, родителей и сиблингов, в критериях внутреннего состояния человека, эмоционального фона, субъективного восприятия внешних условий жизни.

Цель исследования – сравнительная характеристика социального самочувствия членов семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, и членов семьи с ребенком без нарушений здоровья в части критериев внутреннего состояния индивидуума.

Материалы и методы. Исследование «Социальное самочувствие семьи с ребёнком» проводилось при содействии администрации города Нижнего Новгорода, государственных образовательных учреждений, общественных организаций родителей детей-инвалидов Нижнего Новгорода и Нижегородской области в период с января по октябрь 2019 г. Состав участников исследования представлен в таблице 1.

Таблица 1

№ пп	Состав групп исследования	Группа 1. Семьи с ребенком-инвалидом	Группа 2. Семьи со здоровым ребенком
1	Мать, чел.	216	236
2	Отец, чел.	106	86
3	Сиблинги, чел.	30	52
4	Средний возраст детей, лет	9,26±5,2	10,0±2,9

Опрос осуществлялся методом анкетирования и тестирования. Для определения уровня социального самочувствия каждому члену семьи был предложен тест «Интегральный индекс социального самочувствия (ИИСС – 20)», авторы Е.И. Головаха, Н.В. Панина, А.П. Горбачик [27]. В основе способа лежит субъективная оценка индивидуумом степени удовлетворения социальных потребностей, которые являются производными от существующей в обществе системы социальных благ. Таким образом, чем больше человек испытывает дефицит социальных благ, тем хуже его социальное самочувствие.

Тест состоит из 20 индикаторов с последующим присвоением баллов по градациям ответов. Значение суммы баллов интерпретируется как положительное или отрицательное социальное самочувствие с той или иной степенью выраженности (табл. 2).

Таблица 2

Нормативные границы уровней социального самочувствия по ИИСС-20

№ пп	Наименование уровня социального самочувствия	Значение ИИСС-20 (сумма баллов)
1	Низкий	20–27
2	Пониженный	28–29
3	Средний	30–40
4	Повышенный	41–42
5	Высокий	43–60

Для определения дефицита факторов, способствующих улучшению социального самочувствия, был задан вопрос: «Что важно для улучшения Вашего социального самочувствия?» с предложенными вариантами ответов: материальное благополучие семьи; свое здоровье; здоровье ребенка (брата, сестры); уверенность в благополучном будущем; душевный и эмоциональный покой. Варианты ответов подбирались исходя из наиболее часто встречающихся индикаторов оценки основных критериев социального самочувствия по данным анализа научных работ по теме исследования. Для выявления доминирующего влияния социально-психологических, физиологических, материальных и нематериальных факторов на субъективное восприятие уровня социального самочувствия был задан вопрос: «Что влияет на Ваши настроение и эмоции?». За индикаторы были взяты – свое самочувствие; самочувствие ребенка (брата, сестры); материальные выгоды, деньги, покупки; музыка, природные явления, художественные произведения; характер личности (неисправимый оптимизм или пессимизм).

Результаты ответов сравнивались с использованием критерия χ^2, статистически значимыми принимали отличия при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Большинство респондентов в группах исследования составили матери, и их результаты ИИСС распределились следующим образом (рис. 1).

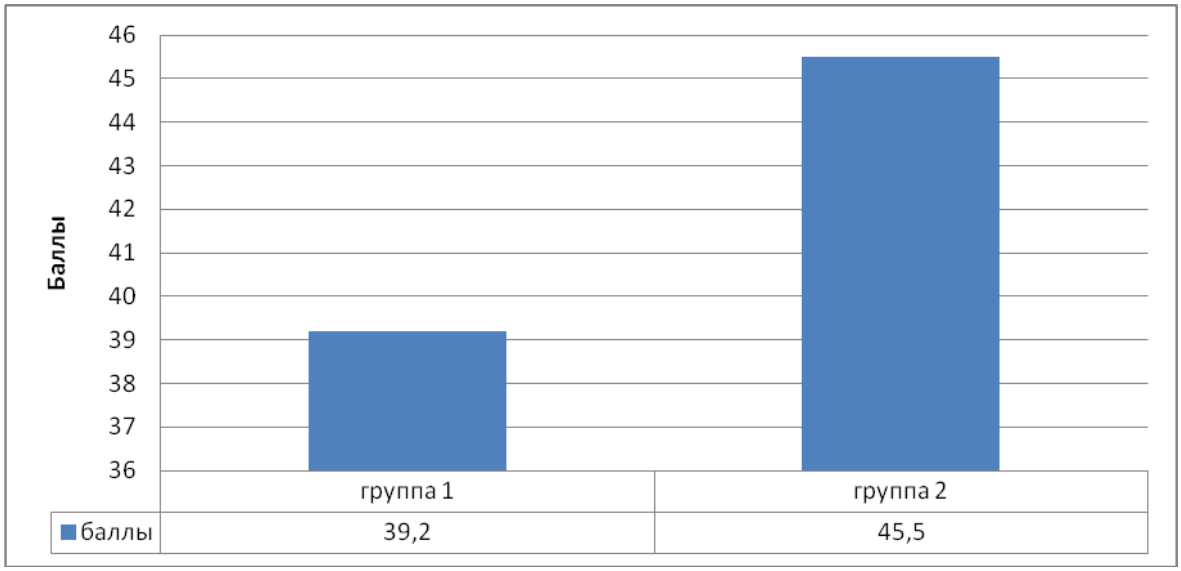


Рис. 1. Среднегрупповые значения ИИСС-20 матерей

Согласно нормативным границам теста ИИСС-20, социальное самочувствие матерей детей-инвалидов 39,2±7,1 балла попадает в зону средних величин и его можно оценить как удовлетворительное, индифферентное. Наиболее низкие величины набранных баллов показали матери, у которых дети имеют наиболее тяжелые уровни нарушений движения и не способны к самообслуживанию.

Матери здоровых детей оценили свое социальное самочувствие в среднем намного выше по набранным баллам (45,5±13,5) и попали в категорию «высокого уровня».

Сходные результаты по тесту ИИСС-20 выявлены у отцов групп исследования. Отцы детей-инвалидов по среднегрупповым значениям набрали 42,0±7,8 балла, что соответствует повышенному уровню социального самочувствия. Самое малое количество баллов в этой группе набрали отцы детей с тяжелыми двигательными ограничениями здоровья, и их социальное самочувствие оценивается на среднем, индифферентном уровне. Отцы детей без нарушений здоровья продемонстрировали наиболее высокий уровень удовлетворенности жизнью (47,2±8,4 балла) из всех родителей групп исследования (рис. 2).

Уровень социального самочувствия сиблингов первой группы исследования попал в категорию высокой степени удовлетворенности и варьировался в диапазоне 45,8±5,2 баллов. При этом следует отметить, что, несмотря на демонстрацию достаточно высокого уровня социального самочувствия, прослеживалась ожидаемая тенденция снижения количества набранных баллов у сиблингов в зависимости от степени тяжести инвалидности: чем менее само-

стоятелен в физической активности ребенок, тем менее удовлетворены в социальных потребностях его сиблинги. Уровень социального самочувствия сиблингов здоровых детей неожиданно оказался на среднем, индифферентном уровне 40,4±5,6 баллов. Этот результат требует дальнейшего исследования для выявления причин субъективной депривации социальных потребностей братьев и сестер детей без нарушений здоровья, так как взятые нами ограничения по возрасту выборки (старше 14 лет), не позволили сформировать однозначного и статистически значимого результата из-за малого количества респондентов (n=30 в первой группе и n=52 во второй группе).

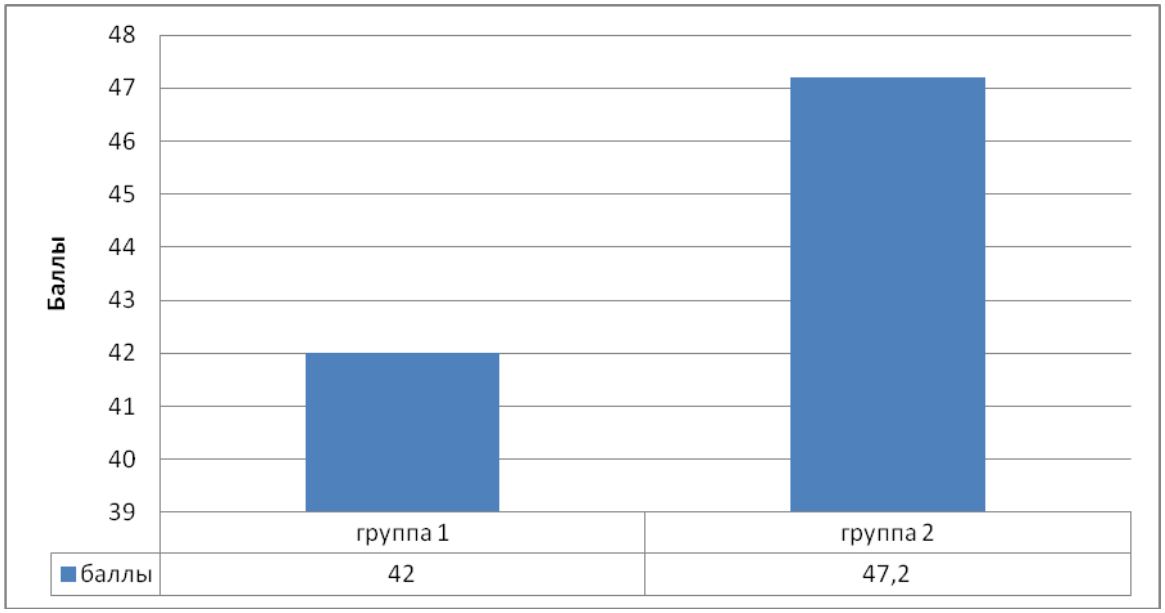


Рис. 2. Среднегрупповые значения ИИСС-20 отцов детей-инвалидов

Таким образом, тест ИИСС-20 наглядно продемонстрировал зависимость социального самочувствия членов семьи от уровня нарушений здоровья ребенка. Матери детей-инвалидов, не способных к самостоятельному самообслуживанию по состоянию здоровья, имеют наименьший индекс социального самочувствия, но в целом его уровень находится в категории средних индифферентных оценок и не опускается ниже нормативных границ. Социальное самочувствие отцов тоже отрицательно реагирует на ситуацию наличия ребенка-инвалида в семье, хотя отцы более оптимистичны в оценках своих социальных потребностей, чем матери. Наименее подвержены влиянию дефекта ребенка его братья и сестры, и их субъективное восприятие своей жизни характеризуется высокой степенью удовлетворенности.

Родители здорового ребенка имеют высокий уровень социального самочувствия, но сиблинги здоровых детей проявили тенденцию повышенных

требований к качеству удовлетворения своих социальных потребностей по сравнению с сиблингами ребенка с инвалидностью.

Для оценки достаточности материальных ресурсов нами проанализированы ответы на вопрос о материальном положении семьи («Есть ли у Вас реальная возможность изменить какие-либо материальные условия жизни (сменить квартиру, купить дачу, дом, сменить машину)?» По уровню материального положения считают свою семью обеспеченной и имеют ресурсы для повышения уровня материального комфорта не более 20% всех опрошенных родителей первой группы, во второй группе положительно ответили на этот вопрос 41.6%. ($p<0.001$). Подавляющее большинство семей с ребенком-инвалидом (80%) живут в условиях поддержания существующего материального положения и тратят все имеющиеся средства только на обеспечение насущных потребностей. Ответы на вопрос, «Что важно для улучшения Вашего социального самочувствия?», распределились следующим образом (табл. 3).

Таблица 3

Факторы, положительно влияющие на социальное самочувствие

Фактор	Группа 1 %	Группа 2 %	Значение p
Ответы матерей			
материальное благополучие семьи	7.3	3.4	0.058
свое здоровье	21.3	8.5	<0.001*
здоровье ребенка	63.8	75.4	0.007*
уверенность в благополучном будущем	1.0	1.7	0.476
душевный и эмоциональный покой	6.6	3.4	0.128
затруднились ответить	0	7.6	<0.001*
Ответы отцов			
материальное благополучие семьи	28.3	14.0	0.017*
свое здоровье	13.2	30.2	0.004*
здоровье ребенка	49.1	46.5	0.726
уверенность в благополучном будущем	3.7	7.0	0.321
душевный и эмоциональный покой	5.7	2.3	0.251
затруднились ответить	0	0	
Ответы сиблингов			
материальное благополучие семьи	23.3	30.8	0.471
свое здоровье	56.7	26.9	0.008*
здоровье брата, сестры	10.0	7.7	0.719
уверенность в благополучном будущем	6.7	23.1	0.044*
душевный и эмоциональный покой	3.3	11.5	0.201
затруднились ответить	0	0	

**результат статистически значим*

Для матерей обеих групп «здоровье ребенка» является наиболее значимым фактором для повышения уровня социального самочувствия, причем в группе семей со здоровым ребенком этот фактор влияет на большую долю респонденток ($p<0.05$) . Мы предполагаем, что причиной доминирование этого фактора в составляющей социального самочувствия матерей здоровых детей является осознание ценности здоровья ребенка как наиболее уязвимого и ресурсозатратного члена семьи.

Второй фактор по силе влияния на социальной самочувствие матерей – это их собственное здоровье. Матери детей-инвалидов в большей степени, чем матери здоровых детей, испытывают дефицит этого фактора ($p<0.05$). Возможно это связано с более плохим состоянием здоровья матерей детей-инвалидов в общей популяции либо с их опасениями за будущее своего ребенка при условии ухудшения здоровья матери. Так или иначе, состояние здоровья матерей детей-инвалидов требует отдельного глубокого социологического исследования в контексте биопсихосоциальной модели здоровья человека.

Фактор «материальное благополучие» не набрал существенной силы в процентном соотношении ответов у матерей обеих групп, несмотря на выявленную нами разницу в материальном обеспечении семей в группах исследования. Если в семьях со здоровым ребенком такое спокойное отношение к финансовому благосостоянию семьи можно объяснить достаточным уровнем достатка, то в семьях с ребенком-инвалидом у матерей финансовое благополучие перестает быть синонимом субъективного благополучия из-за наличия проблем со здоровьем ребенка как более сильного негативного фактора.

Фактор «здоровье ребенка» является наиболее значимым для коррекции социального самочувствия и для отцов, так считают около половины респондентов в обеих группах, вне зависимости от наличия в семье ребенка с нарушениями функций. Вторым по значимости фактором влияния на свое социальное самочувствие 30% отцов здоровых детей отметили собственное здоровье, а у отцов детей-инвалидов на втором месте «материальное благополучие», что является ожидаемым результатом опроса, исходя из низкого уровня материальных возможностей большинства семей данной группы.

Психологические и эмоциональные факторы «уверенность в будущем» и «душевный покой» не являются значимыми для коррекции социального самочувствия подавляющего большинства родителей в группах исследования.

Социальное самочувствие братьев и сестер детей-инвалидов в первую очередь зависит от состояния собственного здоровья (56.7%, $p<0.05$). Это яв-

ляется серьезным сигналом, подтверждающим, что состояние здоровья детей зависит от благополучия и образа жизни семьи. Наличие в семье ребенка-инвалида и выявленный дефицит фактора «собственное здоровье» у остальных детей в семье позволяют сделать вывод об отсутствии в данной категории семей здоровьесберегающих технологий на всех уровнях функционирования семьи – физическом, психологическом и социальном. В семьях со здоровым ребенком социальное самочувствие подростков несколько в большей степени зависит от «материального благополучия семьи» (30.8%) и только потом от «собственного здоровья» (26,9%). Сиблинги в 23.1% семей со здоровым ребенком продемонстрировали тенденцию повышенной тревожности за свое благополучное будущее, что говорит о необходимости более глубокого исследования факторов влияния на благополучие российских подростков и молодежи, проживающих в семьях.

В последние годы новым методологическим и теоретическим подходом к коррекции социального самочувствия стала позитивная психология. Это тенденция преимущественного внимания к позитивным эмоциональным состояниям, позитивным чертам личности и позитивным социальным институтам в противовес материальным и психологическим проблемам, физическим недостаткам [28]. Оценка происходящих событий и уровня недостаточности удовлетворения социальных потребностей зависит от состояния субъективной эмоциональной сферы и настроения человека. Существуют объективные события, которые влияют на мироощущение и могут «окрасить жизнь» в негативные или позитивные эмоции, и их роль в оценке удовлетворения социальных потребностей индивидуума велика. От этих факторов зависит внутреннее самочувствие, психологический настрой, ощущение здоровья и благополучия. В нашем исследовании мы задали всем респондентам вопрос, «Что влияет на Ваше настроение и эмоции?», в качестве попытки выявить структуру объективных внешних и внутренних условий, которые могут повлиять на оценку социального самочувствия (табл. 4).

Настроение и эмоции матерей в большинстве своем зависят от самочувствия ребенка, причем в семьях со здоровым ребенком матери эмоционально более зависимы от данного фактора, чем в семьях с ребенком-инвалидом ($p<0.05$). Около 30% матерей детей-инвалидов в первую очередь испытывают зависимость своего настроения от состояния собственного здоровья. Этот факт подтверждает обозначенную выше необходимость детального исследования влияния особенностей образа жизни на состояние здоровья и структуру заболеваемости матерей детей-инвалидов. Позитивное влияние материальных

благ, покупок указали незначительный процент матерей детей-инвалидов (4.6%), а в группе семей со здоровым ребенком матери совсем не отметили этот фактор. Интересно, что матери обеих групп исследования оказались совсем равнодушны к влиянию художественных произведений, музыки и явлений природы.

Таблица 4

Факторы, влияющие на субъективную оценку социального самочувствия

Фактор	Группа 1 %	Группа 2 %	Значение p
Ответы матерей			
свое самочувствие	38.9	25.4	0.003*
самочувствие ребенка	49.1	61.9	0.028*
материальные выгоды, деньги, покупки	4.6	0	<0.001*
музыка, природные явления, художественные произведения	0	0	0
неисправимый оптимизм или пессимизм	2.8	6.8	0.049
затруднились ответить	4.6	5.9	0.538
Ответы отцов			
свое самочувствие	26.4	51.2	<0.001*
самочувствие ребенка	60.4	32.6	<0.001*
материальные выгоды, деньги, покупки	11.3	7.0	0.305
музыка, природные явления, художественные произведения	0	4.7	0.025*
неисправимый оптимизм или пессимизм	1.9	4.7	0.274
затруднились ответить	1.9	0	0.201
Ответы сиблингов			
свое самочувствие	80.0	46.2	0.003*
самочувствие брата, сестры	13.3	3.8	0.113
материальные выгоды, деньги, покупки	0	19.2	0.011*
музыка, природные явления, художественные произведения	6.7	7.7	0.864
неисправимый оптимизм или пессимизм	0	23.1	0.005*
затруднились ответить	0	0	0

**результат статистически значим*

На настроение отцов инвалидность ребенка и его самочувствие оказывает доминирующее влияние (60.4%), на втором месте по количеству ответов собственное здоровье. Отцы здоровых детей в половине случаев эмоционально зависимы от собственного здоровья, и только треть отцов данной группы семей признались, что самочувствие ребенка оказывает влияние на их мироощущение. Видимо, хорошее здоровье ребенка воспринимается как некая данность и константа, поэтому на эмоциональный фон отцов этой группы

влияют и такие факторы активной жизни, как музыка, художественные произведения, черты характера.

Ответы сиблингов оказались более полярны в зависимости от наличия инвалидности у брата или сестры. Подавляющее большинство сиблингов в семьях с ребенком-инвалидом (80%) испытывают зависимость настроения и эмоционально реагируют на состояние своего здоровья. Такая доля ответов в группе не может не настораживать и косвенно указывает на доминирование семейных социальных (образ жизни) и родственных (наследственность) факторов на здоровье детей.

Репертуар причин, которые могут влиять на настроение и эмоциональный фон подростков в семьях со здоровым ребенком достаточно равномерно распределяется по всем предложенным вариантам ответов. Несмотря на то, что фактор «собственное здоровье» имеет определенный вес у 46.2% подростков в этой группе семей, остальные ведут более разнообразную социальную жизнь и подвержены влиянию всей ее палитры от материальных приобретений до художественных произведений и собственных внутренних личностных особенностей.

Выводы. Здоровье детей является многокомпонентным понятием и зависит от множества факторов, одним из основных является семейное окружение. В свою очередь, здоровье ребенка оказывает влияние на социальное самочувствие всех членов семьи. У родителей, воспитывающих ребенка-инвалида, социальное самочувствие находится в диапазоне удовлетворительных величин и опускается в зону низких значений прямо пропорционально от степени тяжести физического состояния ребенка. Отцы и матери таких детей указывают фактор «здоровье ребенка» как наиболее значимый по влиянию на уровень их социального самочувствия. Подавляющее большинство данных семей не имеют излишков финансовых ресурсов, которые позволили бы им улучшить свое материальное положение, но при этом финансовое благополучие перестает быть критерием качества жизни из-за наличия проблем со здоровьем ребенка как более сильного негативного фактора. Значительная доля матерей и сиблингов в семьях с ребенком-инвалидом испытывают дефицит собственного здоровья и эмоционально зависят от своего физического самочувствия. Причины этого явления требуют отдельного глубокого социологического исследования.

Родители здорового ребенка имеют высокий уровень социального самочувствия. Для матерей здоровых детей отсутствие болезней у ребенка является главным фактором влияния на социальное самочувствие и эмоциональный

фон. Отцы здоровых детей более сконцентрированы на собственном здоровье, хотя самочувствие ребенка тоже является для них важной составляющей жизни.

Наименее подвержены зависимости своего социального самочувствия от состояния здоровья ребенка его сиблинги, их субъективное восприятие своей жизни характеризуется высокой степенью удовлетворенности. Братья и сестры здоровых детей имеют несколько сниженный уровень удовлетворения своих социальных потребностей по сравнению с сиблингами ребенка с инвалидностью, возможно, из-за более высокой степени требований к уровню комфортности своей жизни, свойственной современным подросткам.

Таким образом, здоровье ребенка является одним из основных факторов влияния на социальное самочувствие всех членов семьи на уровне эмоционального и социального функционирования индивидуума и его субъективном восприятии окружающих жизненных условий.

Список литературы

1. Сийидмагомедова Г.Д. Здоровье как основополагающая ценность современного общества / Г.Д. Сийидмагомедова, Т.А. Магомедмирзоева, Е.В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций, 2016. Т. 6, № 1. С. 100.

2. Мельникова Е.В., Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов / Е.В. Мельникова, Т.В. Буйлова, Р.А. Бодрова и др. // Вестник Восстановительной медицины, 2017. № 6 (82). С. 1–26.

3. Engel, G.L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G.L. Engel // Science. 1977. Vol. 196. No. 4286, pp. 129–136.

4. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // American Journal of Psychiatry. May 1980. Vol. 137, pp. 535–544.

5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO, 2001. pp. 3–29.

6. Бехтерев В. М. Проблемы развития и воспитания человека (Психологи отечества: Избранные психологические труды: в 70 т. / Гл. ред. Д.И. Фельдштейн), 1997; Викторов П.П. Учение о личности и настроениях, М., 1904; Липпман У. Общественное мнение, пер. с англ. Т.В. Барчуновой, 2004; Тард, Г. Социальная логика, 1996.

7. Головаха Е.И. Измерение социального самочувствия: тест ИИСС / Е.И. Головаха, Н.В. Панина, А.П. Горбачик // Социология. 1998. №10. С. 45–66.; Аргунова В.Н., Кодина И.Н. Методика изучения социального самочувствия населения малого города // Вестник Нижегородского государственного

университета им. Н.И. Лобачевского. 2013. № 1(29). С. 7-11.; Корнилова М.В. Социальное самочувствие: понятие и основные показатели // Евразийское Научное Объединение, 2015, Т.2. № 3(3). С. 135–137.; Овчар Н.А. Социальное самочувствие как показатель социокультурной трансформации региона // Известия ВолгГТУ. Сер. Проблемы социально-гуманитарного знания. 2015. Т. 23, № 9 (172). С. 37–41.; Осинский И.И., Бутуева З.А. Социальное самочувствие: понятие, факторы формирования и показатели измерения // Вестник Бурятского государственного университета. 2015. №14. С. 38–40.; Кученкова А.В. Социальное самочувствие и субъективное благополучие: соотношение понятий и способов измерения // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. 2016. № 2(4) С. 118–127.

8. Курникова М.В. Социальное самочувствие семьи с ребенком-инвалидом: определение, критерии и индикаторы оценки (теоретическое обоснование проблемы) Вестник Пермского национального исследовательского университета. Социально-экономические науки. 2018. №4. С. 120–131.

9. Курникова М.В. Социальное самочувствие членов семьи ребенка-инвалида при расширении его двигательной активности // Известия высших учебных заведений Поволжский регион. Общественные науки. 2018. №3. С. 118–127.

10. Салахутдинова Р.Х., Воспроизводство социального потенциала: перспективы развития Санкт-Петербурга / Р.Х. Салахутдинова, Л.А. Лебединцева // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». – 2015, № 3. С. 65–70.

11. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 520 с.

12. Баранов А.А. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации / А. А. Баранов [и др.] // Российский педиатрический журнал. 2012. № 6. С. 4–9.

13. Колягина В.Г. Влияние микросоциальных условий на дошкольников с недостатками речевого развития // Клиническая и специальная психология, 2014. №3. С. 10–18.

14. Чекалова Н.Г. Гигиенические основы мониторинга костно-мышечной системы школьников: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.02.01 / Чекалова Наталья Генриховна; ГОУВПО "Нижегородская государственная медицинская академия". Нижний Новгород, 2011. 338 с.

15. Кучма В.Р., Соколова С.Б. Поведенческие риски, опасные для здоровья школьников XXI века. Монография. М.: ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2017. 170 с.

16. Низамова Э.Р. Медико-социальные факторы, влияющие на возможность рождения недоношенного ребенка // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 2017, DOI: 10.21045/2071-5021-2017-53-1-9.

17. Зелинская Д.И. Социальные аспекты здоровья детей в многодетных семьях / Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая, С.А. Рожковская // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2016. С. 1–13.

18. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.gks.ru/folder/13807 (Дата обращения 03.03.2020).

19. Леушина Т.В. Тенденции в Российской статистике заболеваемости молодых когорт населения // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2019. № 5. С. 94–101.

20. Алексеев В.А. Семья как фактор здорового образа жизни личности // В.А. Алексеев В.А., В.В. Рыжов // Вестник университета. 2014. №5. С. 183–188.

21. Мацковский М.С. Социология семьи. Проблемы, теории, методологии и методики, 1989; Харчев А.Г. Социология семьи: проблемы становления науки, 2003; Гурко Т.А. Теоретические подходы к изучению семьи, 2016.

22. Бутрина В.И. Качество жизни инвалидов: анализ современной ситуации в России // Уровень жизни населения регионов России. 2014. № 4 (194). С. 129–137.

23. Константинова Т.Н. Социальные индикаторы: методология измерения семьи // Северо-Восточный гуманитарный вестник. 2016. № 3(16). С. 43–48.

24. Мустаева Ф.А. Социальное самочувствие семьи в современных условиях / Ф.А. Мустаева, О.Л. Потрикеева // Политематический журнал научных публикаций «Дискуссия». 2013. №8 (38) С. 95–102.

25. Пьянов А.И. Социальное самочувствие Российской семьи / А.И. Пьянов // Известия ВолгГТУ. №7(80), 2011. С. 81–87.

26. Щекина И.В. Система сигнальных показателей и индикаторов благополучия семей с детьми // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. 2015. №1. С. 58–64.

27. Головаха Е.И. Измерение социального самочувствия: тест ИИСС / Е.И. Головаха, Н.В. Панина, А.П. Горбачик // Социология. №10, 1998. С. 45–66.

28. Селигман М. Новая позитивная психология. М.: София, 2006. 368 с.

A CHILD'S HEALTH AS A FACTOR OF INFLUENCING THE SOCIAL WELL-BEING OF FAMILY MEMBERS

M.V. Kurnikova
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, head of the department of Adaptive Physical Culture, Lobachevsky University

The article discusses the concept of child health from the perspective of a biopsychosocial model as a factor of influencing some criteria of family members social well-being. The questionnaire and testing method determined the level of social well-being of parents and siblings of two groups of families - families with a disabled child and with a child without health problems. The significance of the child's health status as one of the dominant factors in the formation of subjective social well-being of families with children is determined.

Keywords: children's health, biopsychosocial model, social well-being, family with a disabled child.

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В КИТАЕ В КОНТЕКСТЕ ВЫЗОВОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.А. Попель
Кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского; доцент кафедры общеобразовательных и профессиональных дисциплин Самарского государственного университета путей сообщения (Нижегородский филиал)

Рассматривается история возникновения и становления системы подготовки специалистов в области социальной работы в Китае, анализируются предпосылки ее возникновения, рассмотрены основные этапы в процессе ее развития, анализируется роль социальных работников в их взаимодействии с представителями медицинского сообщества в ликвидации последствий пандемии КОВИД-19.

Ключевые слова: социальная работа, социальные услуги, социальный работник, здоровье, КОВИД-19.

История преподавания социальной работы в Китае оказалась столь же сложной и противоречивой, как и сам тысячелетний Китай, сотканный из множества противоречий. Успешно справившись со сменявшими друг друга периодами становления и забвения, в настоящее время социальная работа переживает то, что вправе охарактеризовать как период возрождения, что обусловлено, с одной стороны, феноменальным экономическим развитием Китая, а с другой – необходимостью государства оперативно решать многочисленные социальные проблемы, возникающие в результате столь стремительного развития.

Китайское экономическое чудо, вызвав к жизни, вероятно, самый крупный по численности средний класс в мире, в то же время способствовало появлению целого ряда проблем, обусловленных массовой миграцией китайцев из сельских районов в крупные города в поисках лучшей жизни, желанием иметь нескольких детей в семье.

В силу ряда причин, о которых мы расскажем ниже, развитие образования в области социальной работы в Китае началось гораздо позже, чем в европейских странах и США, что предоставило стране уникальную возможность учиться на ошибках и успехах других стран.

Историки традиционно выделяют три этапа в процессе эволюции образования в области социальной работы: становление, забвение и восстановление [1].

До основания Китайской народной республики (Новый Китай) в 1949 г. Китай являлся феодальным государством на протяжении почти трех тысяч лет. Доминирующей религией в стране было и остается конфуцианство, которое заложила основу идеологии социального благополучия в китайской культуре [2]. Основными ценностями конфуцианства являются взаимоуважение, поиск консенсуса и гармонии, взаимопомощь другому во имя общего блага [3]. По этой причине социальное обеспечение со стороны государства ограничивалось лишь эпизодическими случаями оказания помощи голодающим, основными же агентами благотворительности были буддийские храмы.

Впервые обучение социальной работе появилось в Китае незадолго до 1922 г. благодаря стараниям немногочисленных миссионеров, которые, представляя различные религиозные организации, оказывали социальные услуги наиболее нуждающимся гражданам, прежде всего, бедным, больным и инвалидам. Довольно скоро китайские социальные работники начали активно контактировать со своими западными коллегами, которые бурным потоком устремились в то время в Китай.

В 1922 г. в университете города Янцзы был создан первый в стране факультет социологии, в задачи которого входила, в том числе, и подготовка специалистов в области социальной работы.

Спустя несколько лет, в 1925 г., факультет был переименован в факультет социологии и социальной работы. С 1925 по 1949 гг. уже в восьми китайских университетах появляются специальные курсы по изучению социальной работы. В то время существенное влияние на становление молодой профессии социального работника оказали ученые, ранее обучавшиеся в европейских странах. Как следствие, существенная часть теоретических и практических основ современной социальной работы в Китае уходит корнями в западные научные школы, где социальному благополучию человека традиционно уделялось повышенное внимание.

Во времена своего становления социальная работа сосредоточилась преимущественно на проблемах сельских жителей, массово мигрирующих в крупные города в поисках лучшей доли. К 1949 г. она медленно, но верно завоевала заслуженное признание и простых людей, и ученых, однако, несмотря на достигнутые успехи, официальные власти Китая еще на протяжении нескольких последующих десятилетий продолжали отрицать наличие в стране таких социальных проблем, как безработица, бедность, старение, инвалидность, бездомность.

Внимательный читатель наверняка обратил внимание, что мы намеренно несколько раз упомянули 1949 г. как год окончания периода становления преподавания социальной работы. Дело в том, что именно в этот год произошло знаковое событие в истории Китая – обретение Коммунистической партией Китая полного политического контроля над страной, что, с одной стороны, предопределило курс ее устойчивого развития вплоть до настоящего времени и создало идеологическую базу феноменального экономического развития, а с другой – привело практически к полному забвению социальной работы на протяжении нескольких последующих десятилетий.

В результате реформ, направленных на создание национальной системы высшего образования, было принято решение об упразднении специальностей «Социология» и «Демография», а обучение по специальности «Социальная работа» в Китае было приостановлено более чем на 30 лет. Причина подобного откровенно враждебного отношения кроется в следующем: с 1949 г. вплоть до начала 1980-х гг. решение всех социальных вопросов возлагалось на правительство Китая, причем, основное внимание следовало уделять не столько оказанию социальных услуг наиболее нуждающимся в них гражданам, сколько справедливому распределению товаров и услуг в социалистическом обществе.

Более того, руководство Коммунистической партии Китая придерживалось мнения, что само наличие социальных проблем в возводимой в стране социалистическом обществе попросту невозможно, однако с конца 1980-х гг. стало очевидным, что проводимые реформы привели к появлению миллионов граждан, находившихся в крайне уязвленном положении, что могло свести на нет успехи реформ.

Обучение социальной работе было возобновлено лишь после экономической реформы 1978 г. (также известной как «политика открытых дверей»), которая сделала возможным плавный переход Китая от плановой к рыночной экономике в 1980-е гг. Нарастающая индустриализации китайской экономики, бурное строительство новых фабрик и заводов привели к появлению огромного количества проблем: трудовые конфликты, высокий травматизм на производстве, исход жителей из сельских районов в города, оставленные на попечение родственников дети – все это угрожало политической и социальной стабильности государства и требовало от последнего незамедлительного вмешательства. Стало очевидным, что без специалистов в области социальной работы решение данных проблем не представляется возможным, что ознаменовало наступление периода восстановления.

Когда китайские чиновники приступили к восстановлению системы преподавания социальной работы, они были вынуждены ориентироваться преимущественно на передовые методы и практики, применяемые в европейских странах и США. С этой целью они неоднократно посещали различные западные страны, что позволило им впоследствии использовать данный опыт в качестве ориентиров для развития университетов и колледжей по всей стране.

Наибольший интерес представлял опыт организации социальной работы в США [4], однако благодаря географической близости, схожести культуры и общему языку был интересен и опыт Гонконга и Тайваня. В частности, ученые и практикующие специалисты по социальной работе из этих двух стран регулярно приглашались в Китай для проведения семинаров и курсов по профессиональной подготовке в области социальной работы как для преподавателей и студентов, так и госслужащих.

Существовали различные мнения о том, как и в каких объемах следует копировать западный опыт. В политических дискуссиях использовался термин «социальная работа с китайской направленностью», в то время как в ученых кругах, как правило, предпочтение отдавалось концепции «индигенизации», которая противопоставлялась теории глобализации [5]. Кроме того, местные органы власти начали передавать на аутсорсинг оказание услуг неправительственным организациям (НПО), а управленческий потенциал правительственных чиновников, равно как и возможности НПО по заключению контрактов, сильно различались [6].

Еще одна проблема состояла в том, что большинство университетов и колледжей заимствовали учебные программы и профессиональные этические нормы и ценности западных стран и пытались применить их в китайской программе социальной работы без каких–либо изменений. Но западноевропейский и восточный менталитеты оказались диаметрально противоположными друг другу в некоторых аспектах, в частности, на западе особое внимание уделяется уважению индивидуальных различий людей, неприкосновенности частной жизни и примату конфиденциальности [4]. В Китае, где главенствует культура коллективизма и примата семьи, объектом приложения социальной работы выступает скорее семья, чем отдельный человек. Китайские социальные работники скорее всего предлагают решение социальных проблем с позиции коллективного подхода.

С момента начала рыночных экономических реформ в 1978 г. реформирование образования в области социальной работы в Китае опиралось на четыре фактора.

Во–первых, по мере победоносного шествия социальных и экономических преобразований по все более крепнущему Китаю стало невозможно игнорировать потребности наиболее уязвимых социальных слоев населения, в частности, крестьян, которые массово мигрировали в города в первое десятилетие XXI в.

Многие социальные проблемы, связанные с уязвимостью крестьян и их семей, были обусловлены в первую очередь особенностями китайской системы регистрации домохозяйств. Несмотря на то, что крестьянам разрешено работать и проживать в городах, регистрация их как домохозяйств в сельской местности лишает крестьян всех тех льгот, которые доступны городским жителям. Например, китайская система здравоохранения и страхования устроена таким образом, что самые «сливки» в части качества и ассортимента предоставляемых услуг достаются среднему классу и элите, проживающим в городах. В результате возникает существенная диспропорция между селом и городом, что лишает крестьян возможности получать медицинское обслуживание по доступной цене.

Данная проблема усугублялась неэффективным законодательством в области охраны труда, которое не отвечало вызовам, связанным с быстро растущим количеством работников, получивших серьезные травмы на производстве. Несмотря на определенные положительные перемены, ряд социальных проблем – низкий уровень оплаты труда в некоторых отраслях, переработки и опасные условия труда не искоренены до сих пор.

Не менее острой проблемой является колоссальное социальное неравенство, с которым вынуждены сталкиваться дети крестьян-мигрантов. Те из них, кто вынужден переехать со своими родителями в города, лишены возможности посещать бесплатные детские сады и школы по причинам, обозначенным выше; те же, кого оставили дома на попечении престарелых родственников, вынуждены влачить жалкое существование, пополняя и без того огромную армию детей, живущих в крайней нищете в сельских районах [7].

Вторым фактором явился провозглашенный Коммунистической партией Китая призыв к государственным служащим постоянно повышать уровень своей профессиональной подготовки, что стимулировало и подготовку социальных работников.

В 1983 г. правительство Китая заявило о необходимости восстановления системы подготовки кадров для государственных органов власти. В сентябре 1987 г. в Пекине была проведена конференция, посвященная социальной работе, куда были приглашены ведущие социологи и специалисты по социаль-

ной работе со всей страны. Было принято решение о важности социальной работы как профессиональной дисциплины в Китае. Решение о проведении конференции было отчасти продиктовано тем, что государственным органам власти катастрофически не хватало компетентных социальных работников, поскольку большинство из них не имело профессионального образования.

Третьим фактором стало реформирование китайской системы высшего образования, что привело к увеличения числа как высших учебных заведений, так и образовательных программ.

Переход от модели «разностороннего правительства» к формату «малое правительство – большое общество» стимулировал темпы развития и рост престижа государственной системы социального обеспечения, что также означало необходимость переформатирования системы профессиональной подготовки. С 1949 г. ответственность за решение всего комплекса социальных проблем возлагалась целиком и полностью на правительство. Начиная с 1980-х гг., оно стало постепенно делегировать полномочия местным органам власти, что привело к существенному упрочению позиций так называемого третьего сектора – местных органов самоуправления, некоммерческих и коммерческих организаций, которые разделили с государством ответственность за предоставление социальных услуг, что привело к усилению спроса на квалифицированных специалистов по социальной работе.

Четвертым фактором, существенно ускорившим подготовку профессионалов, явилось печально известное Сычуаньское землетрясение 2008 г., в результате которого погибло более 70,000 человек, около 300,000 было признано пострадавшими.

В 1987 г. Государственный комитет по образованию разрешил Пекинскому университету открыть набор студентов на специальность «Социальная работа», спустя некоторое время к ним присоединились и другие вузы Китая.

В 1993 г. в Китайском молодежном университете политических наук был создан первый в новейшей истории страны факультет социальной работы.

В апреле 1994 г. произошло еще одно, крайне важное, событие в истории развития социальной работы в Китае – создание Китайской ассоциации обучения социальной работе [CSWEA], которая занималась не только разработкой программ подготовки специалистов, удачно соединив в них национальную специфику и лучшие практики из передовых западных университетов, но организацией семинаров, конференций и иных мероприятий, направленных на популяризацию социальной работы.

В конце 1990-х гг. система высшего образования Китая переходит от парадигмы элитного образования к модели массового образования, чтобы удовлетворить постоянно растущую потребность страны в квалифицированной рабочей силе.

В 1998 г. Министерство образования Китая отказалось от практики централизованного регулирования количества студентов, обучающихся по специальности «Социальная работа», что позволило университетам и колледжам по всей стране самостоятельно открывать подобные программы в соответствии с потребностями каждой провинции.

Происходит существенное расширение географии преподавания социальной работы, что обеспечило стабильный рост количества студентов.

К концу 1999 г. в Китае насчитывалось уже 27 вузов, где велась подготовка бакалавров по специальности «Социальная работа» [4]. В среднем количество учебных заведений, вовлеченных в подготовку студентов по специальности «Социальная работа», увеличивается на 20–30 в год, причем с каждым годом рекордными темпами растет и количество студентов, изъявивших желание получить диплом по данной специальности.

Коммунистическая партия Китая в начале нового века поставила перед собой цель построить гармоничное социалистическое общество, главной целью которого явилось повышение благосостояния граждан. Действительно, четыре десятилетия экономических реформ в Китае привели к существенному улучшению условий жизни людей по всей стране.

Однако, в результате реформ прежняя система удовлетворения социальных потребностей граждан показала свою моральную отсталость, что вызвало определенные дисбалансы в уровне благосостояния, тем самым, породив социальную напряженность. Одна из причин возобновления интереса к социальной работе в Китае связана с решением данных проблем [8].

По данным Министерства образования, в период 2000–2007 гг. в Китае было открыто 211 программ бакалавриата по специальности «Социальная работа» [9]. В дополнение к университетам в подготовку специалистов также вовлечены колледжи, которые предлагают возможность получения степени младшего или старшего специалиста по социальной работе, а также профессиональные училища, где юноши и девушки могут получить степень специалиста по социальной работе.

В 2008 г. в Китае впервые было введено требование о лицензировании и тестировании социальных работников, однако оно так и не осуществилось. Более того, отсутствует единое мнение относительно набора знаний и навы-

ков, которые позволили бы студенту, изучающему социальную работу, стать лицензированным социальным работником.

Разные регионы страны предъявляют различные требования к специалистам по социальной работе, что приводит к частичной или полной девалидизации полученной лицензии при переезде в другой регион. Открытым остается и вопрос о создании унифицированной схемы заработной платы, которая могла бы в кратчайшие сроки повысить престиж профессии социального работника. Одним из возможных решений могло бы стать создание системы тестирования и лицензирования специалистов внутри региона, что позволило бы максимально учесть специфику социальных проблем, свойственных ему.

В 2010 г. увидел свет Национальный план развития талантливой молодежи (2010–2020 гг.), который предусматривал подготовку 2 миллионов социальных работников в 2015 г. и 3 миллионов к 2020 г. Правительство заявило, что качество образования в области социальной работы, наряду с созданием необходимой инфраструктуры, будет одним из приоритетных направлений работы правительства [10; 11].

Такой стремительный рост является следствием подхода, который известен как «Сначала количество, потом качество». До недавнего времени основные усилия правительства были сосредоточены на улучшении количественных характеристик, прежде всего, увеличения количества программ и студентов, ежегодно поступающих на эти программы.

Подобный подход, несомненно, способствовал быстрому восстановлению системы образования в сфере социальной работы в Китае. Однако, экстенсивное производство кадров отложило решение проблем, связанных с качеством получаемого образования, квалификацией преподавателей и профессиональных требований. Еще большее беспокойство вызывают различия в качестве и возможностях университетов и колледжей, которые стали вводить свои собственные программы социальной работы. В ряде университетов и колледжей ощутим острый дефицит квалифицированных специалистов, требует обновления материально–техническая база, не хватает учебников и учебных материалов, необходимых для получения качественного образования.

В связи с быстрым развитием образования в области социальной работы в Китае неизбежно возрос спрос на преподавателей социальной работы, которые, помимо отличной профессиональной подготовки, обладали бы богатым собственным опытом и знаниями, которые идеально подходят для решения социальных проблем в Китае. Тем не менее, в настоящее время Китай сталки-

вается ровно с теми же проблемами, что и система высшего профессионального образования: большинство преподавателей социальной работы не имеют профильного образования, что ставит под сомнение качество получаемых студентом знаний. Небольшие муниципальные колледжи зачастую практикуют преподавание по видеосвязи, поскольку не имеют надлежащим образом обученных специалистов по социальной работе.

Несмотря на то, что Китай часто приглашает ученых и практиков из Гонконга и Тайваня для проведения необходимого обучения по программе социальной работы, подобная практика не смогла удовлетворить растущий спрос на специалистов социальной работы по всей стране.

Образовательные программы по социальной работе в Китае являются унифицированными, то есть каждый университет и колледж предлагает студентам, желающим обучаться по данной специальности, единый набор дисциплин. С одной стороны, подобная унификация ставит всех студентов в равные условия, независимо от места их обучения и статуса образовательного учреждения; с другой стороны, подобный подход не позволяет учитывать специфику различных провинций Китая и потребностей людей, проживающих на их территории. Например, трудности, с которыми сталкиваются жители северных городских районов (например, мигранты–крестьяне), могут не совпадать с теми, которые вынуждены решать жители южных сельских районов (например, обнищание сельского населения и пожилые люди, живущие в нищете). Отсутствие единого мнения по поводу вопроса единообразия образовательных программ по социальной работе привела к дискуссии о том, что необходимо перейти к подготовке специалистов двух типов – по специальной и общей социальной работе.

Главной задачей государства является создание национальной системы социальной защиты, которая позволит избежать социальных волнений и в то же время ограничит рост социальных расходов, что позволило бы Китаю стать более конкурентоспособным [12]. На практике китайское правительство постепенно переходит к иному подходу в предоставлении социальных услуг: правительство перестает быть просто поставщиком социальных услуг и концентрируется на их планировании и управлении. Подобный подход стимулирует некоммерческие организации брать на себя роль непосредственных поставщиков услуг. Не последнюю роль играет и фактор самоокупаемости и экономической эффективности [13].

Смешанная экономика благосостояния подразумевает вовлечение в предоставление социальных услуг четырех секторов: государственного, ком-

мерческого, некоммерческого, или добровольного и неформального [14]. Государственный сектор представлен различными организациями, которые подчиняются центральному правительству, наиболее крупными из которых являются Министерство по гражданским делам и Министерство труда и социального обеспечения. Некоммерческий сектор представлен международными и отечественными неправительственными (НПО) и некоммерческими организациями (НКО), число которых стремительно растет. До недавнего времени китайское правительство проявляло крайне скептическое отношение к деятельности подобных организаций, однако после разрушительного Сычуаньского землетрясения в 2008 г. ситуация кардинально изменилась, чему во многом способствовал тот значимый вклад, которые внесли НКО и НПО в ликвидацию последствий стихийного бедствия. Несмотря на мнение, что в будущем эти организации полностью заменят собой государство в предоставлении социальных услуг, ситуация с ними по-прежнему далека от идеальной.

Во-первых, правительство не спешит предоставлять им какие-либо существенные привилегии, кроме налоговых льгот. Во-вторых, большинство НКО и НПО испытывают проблемы с наличием стабильных и долгосрочных источников финансирования, что затрудняет найм квалифицированных сотрудников и, как следствие, негативно сказывается на качестве предоставляемых услуг [15]. Вновь созданным некоммерческим организациям порой практически невозможно получить финансирование из–за высокой конкуренции на рынке.

Гораздо большую опасность несет стремительная урбанизация: многие сельские жители покидают насиженные места и мигрируют в города, что приводит к размыванию традиционных семейных ценностей и подрывает функции семьи как основного агента по уходу за близкими родственниками. На фоне стремительно стареющего населения Китая (предполагается, что доля пожилых людей (65 лет и выше) увеличится с 8% в 2010 г. до 16% в 2030 г. и 24% в 2050 г.) [16] и вызванной данным фактом перегрузки государственной системы социального обеспечения, все больше и больше китайских семей будет вынуждено прибегать к услугам, предоставляемым коммерческим сектором.

К сожалению, последний еще не развит в полной мере, несмотря на попытки китайского правительства с 1990-х гг. коммерциализировать его, в частности, китайское правительство обязало работодателей в городах приобретать медицинскую страховку для своих сотрудников. Для сельских жителей была разработана новая система страхования «Новая кооперативная меди-

цинская схема» (NCMS), финансирование которой складывается из нескольких источников: сами сельские жители, правительство и взносы с каждого уровня местного самоуправления. Жители сельских районов имеют возможность возместить свои расходы на стационарные и амбулаторные услуги в случае серьезных медицинских проблем. В настоящее время большинство сельских жителей Китая охвачены данной системой. В 2013 г. правительство официально разрешило предоставлять коммерческие услуги пожилым людям и людям с ограниченными возможностями, что стимулировало возникновение и распространение частных больниц и домов престарелых.

Однако самой большой и, к сожалению, не до конца решенной проблемой является низкий статус социальной работы в Китае. Более чем скромная заработная плата, большая нагрузка, слабый менеджмент, практически полное отсутствие квалифицированных кадров в профессии объясняют высокую текучесть кадров и нежелание молодежи посвящать себя этому виду деятельности [17; 18; 19].

М. Янь с коллегами опросили 31 студента, изучающего социальную работу, и только пятеро из них отметили желание найти работу по специальности [20]. В опросе профессора Фуданьского университета (г. Шанхай) В. Ша приняли участие уже более тысячи студентов, обучающихся по специальности «Социальная работа» в Пекине и Шанхае, однако, как и в предыдущем исследовании, более 60% студентов заявили о нежелании заниматься социальной работой после окончания вуза [21].

Институты социальной работы зачастую имеют плохую координацию с другими государственными агентами, что приводит к оказанию помощи ненадлежащего уровня и, как следствие, к разочарованию среди социальных работников [18].

В связи с низким статусом социальных работников населению еще только предстоит осознать всю полезность их профессии и ту роль, которую они могут играть в обществе. Многие китайцы склонны рассматривать социальную работу в качестве добровольной деятельности, которой занимаются во внерабочее время и, следовательно, она не должна оплачиваться. Другие ошибочно рассматривают социальную работу как работу, которая касается всего, что связано с «социализмом». Более того, поскольку подобная работа воспринимается как добровольная, многие, в том числе и ученые, считают, что любой желающий может выполнять ее без какой-либо подготовки. Подобные заблуждения как раз и приводят к снижению престижа данной профессии, что отражается, в том числе, и на уровне заработной платы. Так, в

Шанхае, социальные работники начального уровня зарабатывали в среднем на 1000 юаней в месяц меньше, чем аналогичные работники в других отраслях сферы услуг. Студенты вузов, как правило, выбирают социологию или государственное управление в качестве направления подготовки, социальная работа не слишком популярна среди абитуриентов.

Помимо неравенства между непосредственно университетами и колледжами, с точки зрения предоставляемых ими услуг, наблюдается крайне неравномерное распределение учебных заведений, готовящих специалистов по социальной работе, между провинциями. По состоянию на 2009 г. большинство из 237 программ социальной работы в Китае были распределены между восточными прибрежными районами или столичными регионами. Например, 23 из них были расположены в провинции Цзянсу, 17 – в Пекине, 16 – в провинции Шандун, 10 – в Шанхае, 10 – в провинции Чжэцзян, 12 – в городе Ухань. Только 54 программы были доступны во всех 12 провинциях, расположенных на западе Китая. Крайне мало программ доступно во внутренних районах Китая. Подобный дисбаланс усугубляется тем, что практически все программы социальной работы были сосредоточены на преподавании социальной работы применительно к городским жителям, проблемы же жителей сельских районов практически полностью выпадают из фокуса внимания образовательных учреждений. Несмотря на кажущуюся схожесть, проблемы, которые волнуют людей в городе и на селе, принципиально различаются: жители сел обеспокоены нехваткой рабочих мест, скудными образовательными ресурсами для детей, крайне низким качеством жилья, чистой питьевой воды и приемлемых санитарных условий, горожан же в большей степени волнуют плохие условия труда и низкая заработная плата.

Несмотря на определенные проблемы, социальная работа в Китае сейчас переживает критический этап своей эволюции, связанный с закреплением прошлых достижений и их интеграции в контекст развития профессии. Только благодаря сотрудничеству всех заинтересованных стран в распространении успешных практик адаптации существующих методов, а также в продвижении новых технологий и идей, социальная работа может стать глобальным ответом на проблемы экономического развития, окружающей среды, здравоохранения и социального обеспечения.

Следует отдельно упомянуть о поистине неоценимом вкладе, который вносят социальные работники в дело укрепления национального здоровья, особенно во время кризисных ситуаций. Наглядным доказательством является пандемия КОВИД-19, эпицентр которой, как полагают некоторые экспер-

ты, находился в провинции Ухань. Неудивительно, что именно социальные работники Китая стали одними из первых, кто оказался в буквальном смысле на передовом рубеже борьбы с этим заболеванием, оперативно приняв меры по поддержке системы здравоохранения и предоставлению услуг нуждающимся людям.

Сразу после объявления всеобщей мобилизации перед лицом угрозы Китайская ассоциация социальных работников (CASW) выпустила «Руководство для социальных работников по профилактике и борьбе с пневмонией, вызванной коронавирусной инфекцией», в которой содержались основные принципы и методы работы в условиях пандемии.

В кратчайшие сроки были разработаны и внедрены онлайн-курсы психологической поддержки социальных работников и заболевших КОВИД-19, которые испытывали чувство страха, растерянности или эмоционального выгорания.

Региональные отделения CASW выступили с различными инициативами, в частности, Гуанчжоуская ассоциация социальных работников запустила горячую телефонную линию, где специалисты по социальной работе оказывают жителям пострадавшей провинции консультационные услуги в целях профилактики коронавирусной пневмонии, а также проводят онлайн-консультации для психологической поддержки лиц с подозрением или наличием КОВИД-19. Социальные работники в провинции Чэнду обходят жильцов, чтобы узнать о состоянии их здоровья, проверить наличие медикаментов и пр.

Группа социальных работников из Университета Ухань разработала модель оказания социальных услуг, исходя из степени возможного риска для социальных работников. Все люди, нуждающиеся в социальной помощи, разделяются на три группы: здоровые, контактировавшие с заболевшими КОВИД-19 и временно находящиеся на карантине и непосредственно заболевшие. Исходя из принадлежности к конкретной группе, социальные работники сначала оценивают их потребности с помощью мобильных приложений, а затем координируют работу групп добровольцев для оказания им помощи в приобретении предметов первой необходимости с последующей доставкой их на дом, что позволит свести к минимуму любые социальные контакты.

Социальные работники активно задействованы и в мониторинге состояния здоровья людей, что помогает разгрузить больницы на этапе дифференциации пациентов. Если человек сообщает о наличии у себя симптомов КОВИД-19 или иных релевантных медицинских проблем, социальный работник

немедленно связывается с ним для уточнения жалобы и последующего направления его к профильным специалистам.

Большое внимание уделяется самым незащищенным группам населения: людям с хроническими заболеваниями, одиноким пожилым люди, тем, кто не умеет пользоваться современными техническими устройствами. Были созданы онлайн-группы для психологической поддержки беременных женщин, организованы мобильные группы по уходу за детьми-инвалидами, находящимися на карантине и лишенными возможности видеться со своими родителями, оказываются услуги по бесплатному предоставлению пульсоксиметров и иной медицинской техники [22].

Исключительно важно как можно шире привлекать социальных работников на всех уровнях, поскольку никто лучше них не знает специфику проблем, с которыми сталкиваются люди на определенной территории. Кроме того, именно социальным работникам будет доверено почетное право первым оказывать помощь людям в восстановлении их социальных связей и адаптации к жизни после окончания пандемии. Социальные работники могут выступить советниками на государственном уровне, что позволит странам лучше подготовиться к будущим кризисам в области здравоохранения. Масштаб катастрофы, с которой мировое сообщество впервые столкнулось в новом тысячелетии, подчеркивает необходимость усиления социальной работы как значимого компонента системы здравоохранения.

Список литературы

1. Xia X., Guo J. Historical development and characteristics of social work in today's China // International Journal of Social Welfare. 2002. Vol.11. Pp. 254–62.
2. Hutchings A., Taylor I. Defining the profession? Exploring an international definition of social work in the China context // International Journal of Social Welfare. 2007. Vol.16. Pp. 382–390.
3. Chan, R. Notions of the welfare state in China revisited // International Social Work. 1997. №40. Pp. 177–189.
4. Wang S.B. Progress of social professionalization and development of social work education // Journal of social work. 2006. №8. Pp. 200-212.
5. Yan M.C., Cheng Sl. Searching for Chinese characteristics: A tentative empirical examination // China Journal of Social Work. 2009. №2(1). Pp. 5–19.
6. Chan C. K., Lei J. Contracting social services in China: The case of the integrated family services centres in Guangzhou // International Social Work. 2017. №60(6). Pp. 1343–57.
7. Duan R., Zhou F. Status of children left behind in China // Population Study. 2005. № 29 (1) Pp. 29–36.

8. Leung T. T. F., Yip, N. M., Huang, R., Wu, Y. Governmentality and the politicisation of social work in China // British Journal of Social Work. 2012. №42(6). Pp. 1039–59.

9. Chang L. Exploring the development of social work profession. China social work development report (2009-2010) The Ministry of Civil Affairs Social Work Research Center. – Beijing: Social Sciences Academic Press. 2010. Pp. 138–146.

10. Guo Yu. Career barriers for social work students in China // Journal of Social work. 2017. Vol.17. Pp. 732–748

11. Mo Y.H., Tong L.L., Ming S.T. Chaos in order: The evolution of social work evolution work practice in the Chinese mainland // The Critical supervisor. 2019. Pp. 1–21.

12. Guan X.P. Social welfare reform in China // Contemporary China: The dynamics of change at the start of the new millennium. London: Routledge Curzon, 2003. Pp. 113–126.

13. Chi I. Social Work Practice with Older Adults in China // The Oxford Handbook of Social Work in Aging. New York: Oxford University Press, 2005. Pp. 238–245.

14. Gilbert N. Welfare pluralism and social policy // The handbook of social policy. Los Angeles, CA: Sage Publications, 2008. Pp. 236–246.

15. Hutchings A., Taylor I. Defining the profession? Exploring an international definition of social work in the China context // International Journal of Social Welfare. 2007. №16. Pp. 382–390.

16. Jackson R. Can an aging China be a rising China? // China Business Review. 2011. Vol.4 Pp. 32–59.

17. Gao J.G., Yan, M.C. Social work in the making: The state and social work development in China // International Journal of Social Welfare. 2015. №24(1). Pp. 93–101.

18. Liu W. A study of the brain drain of social workers in private social work organizations // Journal of Graduate School of Chinese Academy of Social Sciences. 2016. №38(1). Pp. 63–8.

19. Jiang H., Wang Y., Chui E., Xu Y. Professional identity and turnover intentions of social workers in Beijing, China // International Social Work. 2017. №3. Pp. 137–153.

20. Yan M.C., Cheng, Sl. Searching for Chinese characteristics: A tentative empirical examination // China Journal of Social Work. 2009. №2(1). Pp. 5–19.

21. Sha W., Wong Y., Lou, V.W.Q., Pearson V., Gu, D. Career preferences of social work students in Beijing and Shanghai // Social Work Education. 2012. №31(1). Pp. 4–21.

22. Petruzzi L., Milano N., Zeng W., Chen Q. Lessons from Wuhan: the role of social workers during the COVID-19 pandemic. Доступ через: https://www.socialworktoday.com/archive/exc_041620.shtml (Дата обращения: 2.06.2020).

MODERNIZATION OF SYSTEM OF TRAINING SOCIAL WORKERS IN CHINA IN THE CONTEXT OF CHALLENGES IN HEALTHCARE SYSTEM

A.A. Popel
Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Associate Professor, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University; Associate Professor, Department of General and Professional Disciplines, Samara State Transport University (Nizhny Novgorod branch)

The paper looks at how the system of social work was born and developed in China, what brought it to life, what key stages it had to go through in its development, how social workers liaised with medical staff in their battle against the COVID-19 pandemic.

Keywords: social work, social services, social worker, health, COVID-19.

ОПЫТ HEALTH MANAGEMENT: НЕОБХОДИМОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ ПЕРСОНАЛА В РОССИЙСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

А.В. Рушева
Кандидат социологических наук, доцент, доцент кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Состояние здоровья человека определяется множеством факторов, среди которых особое место занимают условия трудовой деятельности в организации. Именно здоровье как ключевой компонент трудового потенциала позволяет людям участвовать в экономической деятельности, создавать и потреблять блага. Учитывая данную взаимозависимость сторон, особыми объектами управления становятся работоспособность сотрудников и результаты их деятельности. Теоретический аспект проблемы представлен в анализе научных работ У. Петти, А. Смита, А. Маршалла, М. Гроссмана, И.В. Ильинского, М. Критского. Основной акцент в исследованиях этих и некоторых других ученых делается на необходимости инвестиций (окупающихся со временем) в здоровье людей. Практический смысл Health management обосновывается негативными последствиями технократического восприятия менеджерами нанятых работников, слабостью кадровой политики, отсутствием у руководства понимания своей социальной ответственности. Поднимается вопрос о субъектности в решении проблемы оздоровления, где активную позицию должны занимать все участники производственных и социально-экономических отношений. Особая роль при этом отводится первичным профсоюзным организациям, являющимся по праву субъектом заботы о здоровье персонала. Представленный анализ зарубежной и отечественной практики реализации программ управления корпоративным здоровьем демонстрирует множество явных преимуществ как для предприятия, так и для сотрудников (в том числе и потенциальных), что обусловливает необходимость её более широкого распространения на российских предприятиях.

Ключевые слова: здоровье, управление здоровьем персонала, факторы здорового образа жизни, работоспособность, человеческий капитал, инвестиции в здоровье людей, кадровая политика.

Вступление

Качество жизни человека зависит от состояния его здоровья. Анализируя множество его определений, отметим, что здоровье — это комплексная категория, включающая биологическую полноценность организма, его трудоспособность, гармоничное и уравновешенное состояние всех его подсистем, отсутствие симптомов болезни. Одним из ключевых показателей здоровья следует считать адаптационный потенциал, позволяющий человеку эффективно справляться с физическими и психоэмоциональными нагрузками, комфортно ощущать себя в изменяющихся условиях.

Факторы здорового образа жизни охватывают практически все жизненное пространство человека. К ним относят: питание, сон, наследственность,

профилактику вредных привычек, распорядок дня, двигательную активность, санитарно-гигиенические условия, эмоциональную реакцию и восприятие жизненных ситуаций, культуру общения, уровень дохода, разнообразные условия внешней среды.

О положительном восприятии здорового образа жизни свидетельствуют данные опроса, проведенного ВЦИОМ в 2017 г., согласно которому наиболее важной жизненной ценностью россиян остается здоровье (99%) [1]. Факт осмысленного выбора здорового образа жизни, подтверждают и другие исследования, в частности, опрос АНО «Культура здоровья» 2018 г. [2].

В 2017 г. Правительство Российской Федерации одобрило проект «Формирование здорового образа жизни». Его ключевая цель – увеличить количество граждан, поддерживающих здоровый образ жизни, к 2020 году до 50%, а к 2025 году до 60% [3].

Исследования зарубежных и отечественных авторов в области экономики и социологии труда расширили представления о возможностях определения участия человека в трудовой деятельности. Например, в настоящее время традиционное понятие «рабочая сила» дополняется понятием «человеческий капитал». В совокупности они составляют трудовой потенциал человека, состоящий из нескольких компонентов: здоровье, нравственность, образование, творческий потенциал, организованность и ассертивность, активность, рабочее время [4, с. 53–54]. Каждая из этих составляющих, бесспорно, важна. Более того, все компоненты трудового потенциала тесно взаимосвязаны и даже взаимозависимы. Однако, среди них следует выделить ключевой элемент, определяющий возможность участия человека в экономической деятельности, – это фактор *здоровья*. В условиях рыночной экономики заметно возрастает его значение, в связи с чем важным ориентиром в современной системе менеджмента становится развитие и накопление человеческого капитала. Именно такая позиция позволяет рассматривать работников как ресурс, требующий соответствующих вложений, экономическую целесообразность которых уже доказали и продемонстрировали многие ведущие иностранные и отечественные компании. Здоровье персонала, с этой точки зрения, является ключевым показателем работоспособности, важнейшей составляющей человеческого капитала, необходимой для достижения целей предприятия [5, с. 547–553].

Теоретическое изучение проблемы

В настоящее время ведущим ресурсом организации, равноценным по значению и влиянию материально-технических ресурсов на эффективность

деятельности всего предприятия, выступает персонал. Такой подход к рассмотрению роли человека в организации стал наиболее распространён в условиях конкурентной среды. Соответственно, претерпела изменения и концепция управления организацией, в которой из большого числа функциональных сфер управленческой деятельности на первый план выходит кадровый менеджмент. В настоящее время мы можем наблюдать начавшееся в 90-х г.г. преобразование управления персоналом в управление человеческими ресурсами. Необходимость такой трансформации была обусловлена, прежде всего, изменившимися критериями оценки деятельности: теперь приоритетными становятся качественные, а не количественные показатели труда. Качество работы определяется такими факторами, как наличие у сотрудника необходимой квалификации, дисциплинированность, заинтересованность в результатах труда, работоспособность.

Распределим сформировавшие в научных кругах определения «здоровья» в соответствии с несколькими концептуальными моделями, среди которых:

− медицинская модель, согласно которой здоровьем считают отсутствие болезней, их симптомов;

− биомедицинская модель – рассматривает здоровье как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья;

− биосоциальная модель в понятие «здоровье» включает единство биологических и социальных факторов;

− ценностно-социальная модель рассматривает здоровье как ценность, необходимую предпосылку полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни, в экономической, научной, культурной и других видах деятельности [6, с. 14].

Здоровье рассматривают и с позиции нормоцентрического, патоцентрического, эволюционистского, феноменологического, холистического и других подходов, как индивидуальное и общественное, мужское и женское, физическое и психическое.

Изучение здоровья в современных условиях невозможно без представления его как социально-экономической категории. Здоровье граждан является ценнейшим экономическим ресурсом развития страны, региона, территории. Качественные характеристики населения (человеческий капитал), в том числе и уровень общественного здоровья, представляются, с одной стороны, ведущей движущей силой, но, с другой – сдерживающим фактором развития экономики. Смысл индивидуального здоровья как социально-экономической ка-

тегории проявляется в том, что его утрата неизбежно сопряжена с затратами на восстановление и экономическими потерями из-за снижения работоспособности, оно во многом зависит от уровня материального обеспечения человека, его семьи, государства в целом. Следовательно, одним из способов управления здоровьем работника является применение экономических инструментов или комплекса экономических мер, стимулов, направленных на оздоровление, укрепление иммунной системы, проведение профилактических мероприятий.

Один из основоположников классической политической экономии в Англии У. Петти предложил «метод подсчета ценности каждого человека». Посредством конкретных расчетов он сумел обосновать выгоду от здоровых работников. Описав значимость каждого человека для государства, определяемую его умениями, навыками и физическим состоянием, и выявив зависимость уровня развития общественного производства от состояния здоровья работников, У. Петти заложил основы теории человеческого капитала [7].

Адам Смит тоже акцентировал в своих работах (1776 г.) внимание на взаимосвязи условий труда, здоровья рабочих и производительности; придавал колоссальное значение наличию необходимых способностей и навыков у работников, позволяющих добиваться высоких результатов и обеспечивать прибыль владельцу предприятия. А. Смит с уверенностью заявлял, что: «Человек, изучивший с затратой большого труда и продолжительного времени какую-либо из тех профессий, которые требуют чрезвычайной ловкости и искусства, может быть сравнен с такою же дорогою машиною. Следует ожидать, что труд, которому он обучается, возместит ему, сверх обычной заработной платы за простой труд, все расходы, затраченные на обучение, с обычной по меньшей мере прибылью на капитал, равный этой сумме расходов» [8].

В экономическом учении английского ученого Альфреда Маршалла основу производительности труда, материальных благ, источника прогресса составляет физический и нравственный потенциал населения. Для обеспечения его активности и развития важен отдых, как и любые материальные средства (пища, одежда) Маршалл отмечал, что чрезмерный труд снижает потенциал человека, а беспокойство и большое умственное напряжение неизбежно ведут к подрыву жизненных сил, снижению работоспособности и падению уровня социального воспроизводства [9].

Очевидный экономический эффект в условиях рынка от инвестиций в человеческие ресурсы подтверждаются и более современными теориями

Т. Шульца, Г. Беккера, Т. Стюарта, Р. Макконнелла, Стэнли Л. Брю. Согласно теории человеческого капитала, которая начала формироваться во второй половине XX века на стыке таких наук, как обществознание, демография, экономика, вложения в персонал являются не только расходами на воспроизводство рабочей силы, но и долгосрочными инвестициями, которые расширяют способности, укрепляют здоровье человека, способствуют росту производительности труда и увеличению доходов работников [10, с. 90–91].

Согласно положениям, изложенным в микроэкономической модели формирования спроса на здоровье М. Гроссмана [11, с. 349], важно учитывать количество рабочих дней в году, пропущенных из-за болезни. С одной стороны, человек – это потребитель своего здоровья, с другой – производитель. Когда речь идет о «функции полезности» здоровья, работник использует его для создания благ, нужных и ему, и работодателю. Если же человек прикладывает усилия для обеспечения необходимого уровня работоспособности, инвестирует ресурсы в собственный капитал здоровья, то меняет его качественные характеристики, сохраняет и пополняет его для достижения новых целей.

В 70-х годах XX в. в США, а позднее и в странах Западной Европы, широкое распространение получила концепция Health management (управление здоровьем персонала), суть которой состоит в укреплении и сохранении здоровья персонала.

Человеческий капитал как составляющая здоровья человека стал предметом исследования российских ученых А.И. Добрынина, С.А. Дятлова, Е.Д. Цыреновой. В их работе он представлен как результат инвестиций, созданный человеком запас здоровья, знаний, способностей, мотиваций. Востребованность этого ценнейшего социального резерва, по мнению авторов, бесспорна, поскольку используется в самых разных сферах общественного производства, обеспечивает рост результативности и эффективности труда, определяя, в свою очередь, уровень доходов человека [12].

Схожую точку зрения на целесообразность инвестиций в человека имеет и И.В. Ильинский, указывающий в своих работах на важность признания капитала здоровья национальным достоянием, ключевым звеном человеческого капитала. Ученый предлагает рассматривать капитал здоровья с двух позиций: как основной (базовый), представляющий совокупность физиологических свойств человека и во многом определяющийся наследственностью, и как приобретенный, т.е. формирующийся в процессе использования физического потенциала человека, нужного в производственной деятельности. Вложения в здоровье, – считает И.В. Ильинский, – способствуют поддержанию и

продлению трудоспособной жизни и, соответственно, восполнению человеческого капитала, который теперь является не просто сочетанием знаний и навыков, но и здоровья человека [13, с. 131].

Разницу между человеческим капиталом и схожим по значению понятием «трудовой ресурс» выявил и обосновал другой отечественный исследователь М. Критский. В отличие от рабочей силы, которую он представил как товар, человеческий капитал, является долгосрочным надежным ресурсом, но в силу «изнашивания» требующий вложений и способный восполняться. Данный вид ресурса, по мнению ученого, в организации задействован «в полную силу», он необходим в самых разных функциональных областях, постоянно востребован в решении интеллектуальных задач, что опять же подчеркивает его особенность и исключительность. Важным выводом М. Критского является тезис об обязательности осуществления инвестиций в здоровье людей, работающих на предприятиях, обеспечивающих большие возможности решения сложных и нестандартных задач, снижения уровня неопределенности факторов внешней среды, и, кроме того, замедления амортизации человеческого капитала [14, с. 39].

Ожидаемые результаты

Современные технологии, появление организаций с новыми формами организации труда и демографические изменения структуры трудящегося населения способствуют появлению новых рисков. Стресс на работе и психологические проблемы входят в число лидирующих причин выхода на больничный и раннего ухода на пенсию. Безработица, отсутствие гарантий занятости, дискриминация и исключение из производственного процесса – также повышают риск физиологических и психических расстройств [15].

Действительно, работая в организации, человек оказывается под влиянием различных условий труда: физических, организационных, социально-психологических. При неудовлетворительном состоянии факторов организационного окружения, данное воздействие имеет множественные негативные последствия. К таким обстоятельствам относят:

- потерю и поиск работы;
- неудовлетворительный уровень заработной платы;
- несвоевременность оплаты труда;
- неудовлетворение от работы;
- отсутствие перспектив карьерного и профессионального роста;
- вынужденность работы, несмотря на профессиональные заболевания и недомогания;

- трудовую деятельность во вредных и опасных условиях труда;
- сверхурочную работу;
- социальную незащищённость, отсутствие возможности полноценного отдыха.

Большая часть вышеприведенных ситуаций свидетельствуют о неэффективности кадровой политики организации, индикаторами которой являются:

- высокая текучесть кадров:
- неудовлетворённость работников трудом и низкая мотивация,
- учащающиеся случаи рабочего травматизма и аварий,
- конфликты и жалобы,
- высокий уровень абсентеизма.

Усугубляет ситуацию и то, что в современных условиях многие аспекты производственной деятельности часто «накладываются» друг на друга, усиливая тем самым отрицательное воздействие на здоровье персонала. Одним из самых сложных таких проявлений (в плане восстановления и последствий на жизнедеятельность человека) является *стресс.* Данный термин, предложенный научным кругам в 1936 г. канадским доктором Г. Селье, получил широчайшую популярность в самых разных областях науки и практики. В своих исследованиях ученый неоднократно подчёркивал значение интенсивности и продолжительности воздействия стрессового фактора, а также сформулировал идею об индивидуальной стрессоустойчивости человека [16].

В настоящее время понятие «стресс» приобрело особую актуальность и применяется не только врачами и психологами, им активно пользуются политики, представители культуры, социальной сферы. Среди множества причин, в том числе и объективных, способствующих развитию стресса, находится неформальная, временная, случайная, сопряженная с рисками для здоровья человека занятость.

Другая сторона проблемы здоровья персонала связана с множественной занятостью, значительным увеличением рабочей нагрузки, продолжением трудовой деятельности в выходные и праздничные дни, непредоставлением ежегодного оплачиваемого отпуска, исключение из режима труда и отдыха формальных перерывов. Совершенно очевидно, что такой распорядок свидетельствует об отсутствии необходимого личного времени, которое человек может использовать на занятие спортом, полноценный отдых, решение семейных вопросов, обеспечение здорового питания, профилактическое медицинское обследование.

В условиях повышенного физического и психологического напряжения особую актуальность приобретает вопрос организации хорошего отдыха сотрудников, необходимого для восстановления сил в конце того или иного временн*о*го периода. Зачастую нынешние владельцы предприятий не в полной мере осознают эту естественную потребность человеческого организма, впрочем, как и важность мер, способствующих поддержанию и восстановлению работоспособности в целях непрерывности производственного процесса и обеспечения качественных результатов [17, с. 215]. В большей степени подобная ситуация наблюдается на средних и малых предприятиях. Крупные корпорации то же часто нарушают действующий закон о труде, устанавливают сверхвысокий темп производства, позволяют людям работать во время их отпуска с целью дополнительного заработка (но, порой, в ущерб собственному здоровью).

К сожалению, описанная ситуация больше распространена в отечественной практике руководства, чем в зарубежном опыте управления человеческими ресурсами, в связи с чем вопрос о правильном и эффективном внедрении программ управления корпоративным здоровьем на российских предприятиях становится чрезвычайно актуальным.

К настоящему времени крупными международными компаниями накоплен достаточно богатый опыт внедрения в корпоративную культуру системы управления здоровьем, позволяющей снизить в несколько раз убытки, связанные с неблагоприятным воздействием факторов организационного окружения на самочувствие работников. Кроме того, забота о персонале, или Lean-технология, способствует снижению уровня стресса, недосыпания, соблюдению режима питания, нормированию объёма работы, полноценному отдыху, занятию спортом.

Безусловно, укрепление здоровья персонала подразумевает совместные усилия работодателей, самих сотрудников и общества, в целом. Только через сочетание совершенствования организации труда, создания благоприятных и безопасных рабочих мест, активного участия в сохранении здоровья, поощрения заинтересованности в развитии личности возможно достижение физического, психического, экономического и социального благополучия всех членов организации, укрепления здоровья их семей [15].

Важен и другой аспект вложений в здоровье: определение того, на что они будут и/или должны быть направлены – на здоровье или лечение?

Как утверждают авторы учебной и научной литературы по данной теме, важно не только создавать безопасную рабочую среду, обеспечивающую за-

щиту здоровья работников, но и формировать их заинтересованность в достижении организационных целей. Данная мысль прослеживается в известной теории П. Рихтера «Работа – ресурсы – здоровье». Основной акцент в ней делается на необходимости разработки и применения системы разнообразных стимулирующих мер, направленных на «смягчение» негативных последствий нагрузки [18, с. 83–84]. Актуальность данной модели связана с участившимися нарушениями норм рабочего времени, приводящими к психосоматическим заболеваниям, эмоциональному выгоранию и депрессивным состояниям.

Учитывая вышеизложенное, заключим, что формирование системы управления здоровьем персонала предполагает:

1) проведение мероприятий по профилактике заболеваемости и предупреждение инвалидности работников;

2) доступность и развитие медицинского обслуживания сотрудников организации;

3) наличие профессиональной психологической и социальной помощи отдельным категориям работников.

Субъекты Health management

В иностранных компаниях Health management является интегрированной корпоративной системой. Функции по управлению здоровьем персонала, как правило, возлагаются на кадровые службы. В настоящее время их, но уже в расширенном варианте (ежедневный мониторинг состояния здоровья работников, мероприятия по профилактике различных заболеваний), выполняют самостоятельные подразделения предприятия, так называемые службы по оценке и планированию рисков. Система управления здоровьем предполагает дополнительное медицинское страхование, работу корпоративных психологов, занятия в тренажерных залах, реализацию программ по борьбе с курением, управления стрессом [19].

Обязательные процедуры медицинских осмотров в Российской Федерации проводятся в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней и (или) опасных производственных факторов и работ» и «Порядком проведения обязательных предварительных и медицинских осмотров (обследований) работников» [20]. Кроме того, заботе о здоровье персонала посвящено несколько статей Трудового кодекса [21] и отдельные федеральные законы [22]. Министерством труда и социальной защиты РФ подготовлен Комплекс мер, стимулирующих работодателей улучшать условия труда и уделять внимание укреплению здоровья персонала, а также по мотивированию граждан к ведению здорового образа жиз-

ни. Принятие данного Комплекса позволит систематизировать и структурировать основные мероприятия по обеспечению охраны труда и здоровья граждан, снизить производственный травматизм и профессиональную заболеваемость до уровня экономически развитых стран [23].

Центральным вопросом в решении проблемы поддержания и сохранения здоровья персонала является её затратная составляющая, в связи с чем складывается сложная и, порой, конфликтная ситуация определения того, кто обязан «брать на себя» эти расходы и делать вложения.

Казалось бы, очевидно, что ответственность за состояние здоровья и обеспечение надлежащего уровня работоспособности должна быть разделена в равной степени между персоналом и руководством организации. С другой стороны, понимание и осознание своей роли каждым участником данного процесса требует не только качественного выполнения формальных должностных обязанностей, но и проявления личной инициативы в поддержании здоровья, заинтересованности в здоровом окружении.

Статьи расходов, связанных со здоровьем, разнообразны. Например, кроме ресурсов, предусмотренных на восстановление здоровья человека, требуются немалые материальные и финансовые средства, позволяющие реализовать профилактические программы, поддерживать установленные санитарно-гигиенические нормы на рабочих местах. Постановка менеджером практически любой цели должна учитывать социальные последствия, влияние на человека и его здоровье, что актуализирует проблему создания благоприятных условий труда для воспроизводства трудового потенциала [5, с. 549].

Еще одним субъектом заботы о здоровье персонала является профсоюзная организация. Данное объединение, наделенное социально значимыми функциями и полномочиями по обеспечению социальной защиты и трудовых прав работников, при конструктивном и налаженном взаимодействии с администрацией предприятия в современных экономических отношениях может быть её хорошим «помощником». Несмотря на имеющиеся сегодня трудности в достижении поставленных целей, профсоюзной организации все же удается выполнять значимую роль в обеспечении необходимых условий для плодотворной деятельности трудовых коллективов, повышении уровня кадрового потенциала, выполнять иные социальные обязательства, направленные на создание безопасных условий труда и поддержание здоровья сотрудников.

Актуальность деятельности данного социального института в современном российском обществе обусловлена, прежде всего, его переходным состоянием. Более четверти века прошло после исторических изменений в полити-

ческой, социальной и экономической жизни страны, но условия жизни для большей части населения все еще остаются сложными, не всегда понятными и определенными. Уязвимость правовой системы, бесконтрольность субъектов власти в реализации данных им прав на разных уровнях иерархической системы имеют свои негативные последствия, отражающиеся, прежде всего, на подчиненных им работниках и отдельных социальных группах населения. В действующем в России трудовом законодательстве содержится очень скромное количество социальных и трудовых гарантий, но, при этом, предполагается увеличение договорных основ в трудовых отношениях между администрацией и работниками. Таким образом, ключевым участником, обладающим правом регулирования трудовых вопросов в организации и отвечающим за соблюдение социальных гарантий работников, представление их интересов, становится профсоюз [24, с. 104–105].

В настоящее время наиболее распространенной формой социального партнерства как одной из основ практической деятельности профсоюзов является заключение Коллективного договора и работа по его выполнению. В соответствии с положениями данного правового акта, регулирующего социально-трудовые отношения в организации, создается Комиссия по социальному страхованию. Из основных направлений её деятельности выделим: определение порядка предоставления санаторных путевок, организации отдыха, лечебных мероприятий, ведение учета данных работников и членов их семей; внесение предложений администрации и профкому о снижении заболеваемости, улучшении условий труда, оздоровлении сотрудников. Другим коллегиальным органом управления по реализации положений Коллективного договора является Комиссия по охране труда. Она реализует меры по обеспечению требований охраны труда, предупреждению производственного травматизма, профессиональных заболеваний.

Практика подобного сотрудничества в целях выполнения положений Коллективного договора положительна, поскольку способствует достижению определенных целей организации по профилактике развития профессиональных и иных заболеваний у сотрудников организации, сохранению их здоровья, поддержанию высокой работоспособности, а значит, и обеспечению необходимой трудовой мотивации и ожидаемых результатов.

Важной стороной участия профсоюза в решении вопроса здоровья персонала является реализация разработанных мероприятий Отраслевого соглашения. Данному документу работодатель не всегда уделяет должное внимание, руководствуясь лишь статьями Трудового кодекса. В свою очередь, цен-

ность Отраслевого соглашения в том, что в нем прописываются общие принципы оплаты труда, необходимые гарантии, компенсации и льготы работникам конкретной отрасли (ст. 45 ТК РФ). В России сегодня действует более 60 Отраслевых соглашений федерального уровня социального партнерства [25].

Как о здоровье, так и об отдыхе своих работников старается заботиться профсоюз, предлагая им разнообразные варианты поездок и экскурсий по интересным местам, участие в организованных спортивных и мероприятиях, которые создают не только хорошее настроение и положительные эмоции, но и способствуют сплочению коллектива, дружеским отношениям, благоприятному социально-психологическому климату.

Опыт применения технологий Health management

Мировая практика управления персоналом содержит много примеров того, как руководство организации заботится о здоровье своего персонала. Достаточно большой опыт в решении этого вопроса имеют иностранные компании, функционирующие в странах с развитой рыночной экономикой. В них кадровая политика формируется в соответствии с положениями Международной организации труда. Широко известные компании – Microsoft, Procter & Gamble, Nestle, Coca-Cola, Chevron, Johnson & Johnson придерживаются позиций, что: «Лучший работник – здоровый работник», «Здоровые сотрудники обходятся дешевле», «Здоровые сотрудники не покидают компанию», «Только здоровые работники могут обеспечить производственную безопасность». Очевидно, что такое понимание ценности здоровья персонала имеет не только большое социальное значение, но является и экономически выгодным [5, с. 549].

Большой опыт накоплен и в отношении стимулирования здорового образа жизни. Например, на предприятиях в США, Израиля, Японии действует такое правило: если в течение одного года сотрудник не отсутствовал на работе из-за болезни, он может получить приглашение в ресторан, оплаченное компанией, или чек на определенную сумму на посещение лучших медицинских учреждений. Таким работникам (если они имеют определенный стаж работы) предоставляются кредиты со сниженной процентной ставкой, оплачивается их медицинская страховка или 50% стоимость медицинской страховки за членов семьи, перечисляется дополнительная сумма на пенсионный счет работника в конце года или происходит ее уменьшение, если работник отсутствовал в течение этого периода из-за болезни [26].

Сильным мотивирующим фактором, получающим популярность в России, является страхование семей работников. Этот вид страхования имеет по-

ложительное воздействие на отношение к трудовой деятельности и её итоговым показателям, на рабочую атмосферу организации. Заинтересованность в здоровье и благополучии членов семей сотрудников, которую демонстрирует руководство, не оставляет их равнодушными, способствует лояльности, более ответственному отношению к должностным обязанностям, качественным результатам. Более того, в случае болезни родственников, сам сотрудник свободен от многих проблем, в том числе связанных и с поиском квалифицированного врача, что экономит его время, сохраняет работоспособность, положительно влияет на производительность труда [27].

В связи с интернационализацией управления и проникновением образцов зарубежной оргкультуры в отечественные компании, в них уже действуют различные программы оздоровления сотрудников. Для поддержания и укрепления здоровья персонала используются индивидуальные, групповые и коллективные системы. Например, методики релаксации, психологической разгрузки; индивидуальная или групповая психотерапия; предоставление путёвок в санатории и дома отдыха, пансионаты; занятия физкультурой. Кроме того, руководители российских предприятий, осознающие необходимость иметь здоровых сотрудников, рекомендуют им проходить диспансеризацию, оплачивают медицинские страховки.

Во избежание «иждивенческих настроений» персонала в решении проблемы поддержания здоровья должны принимать участие, как минимум, две стороны – сам работник и организация (или управленческое звено). При этом, обе они должны быть активными.

Так, руководитель (совместно со специалистами кадровой службы и линейными менеджерами), анализируя эффективность кадровой политики, может внести коррективы в её положения с учётом следующих требований:

– гибкость – заключается в возможности приспособления к меняющейся экономической ситуации и к тактике развития организации;

– стабильность, которая бы проявлялась в тех моментах, которые направлены на удовлетворение ожиданий и интересов работников;

– эффективность с экономической точки зрения – поскольку формирование квалифицированного и мотивированного трудового потенциала организации связано с существенными финансовыми издержками;

– индивидуальный подход к различным социальным группам работников, необходимый для реализации социальной политики в организации [28, с. 21].

Важную роль в решении задач Health management играет формирование и внедрение на предприятии *идеологии* здорового образа жизни. Как говорится: «Сохранение здоровья персонала – дело рук самого персонала!». Например, ознакомившись с некоторыми статьями Трудового кодекса РФ, в которых прописано: «Нормальная продолжительность рабочего времени не может превышать 40 часов в неделю» (ст. 91 ТК РФ), «Продолжительность сверхурочной работы не должна превышать для каждого работника 4 часов в течение двух дней подряд и 120 часов в год» (ст. 99 ТК РФ) [29], многие сотрудники не только сами контролируют продолжительность рабочего времени, но и всё чаще задумываются о своём самочувствии, анализируют собственную работоспособность и её изменения, предпринимая соответствующие меры. Осознание необходимости заботиться самому о своём здоровье позволит персоналу избежать многих негативных последствий рабочих перегрузок, которые, в свою очередь, связаны с неполноценной рекреацией или её отсутствием, т.е. невозможностью восстановить затраченные силы в процессе труда, сопровождающуюся нервным напряжением, психологическим стрессом.

В настоящее время становится все более востребованным управленческое консультирование, целью которого, в нашем случае, является анализ производственных процессов для раскрытия факторов, негативно влияющих на здоровье персонала, изучение статистических данных о наиболее распространенных видах заболеваний, установление их причин и последствий, проведение стресс-аудита. В ходе своей деятельности специалисты обращают внимание кадровиков предприятия на наиболее важные аспекты трудовой деятельности, способные вызвать стрессовые ситуации, а на основе результатов проведенного исследования помогают составить план мероприятий для снижения уровня заболеваемости и их профилактики.

Таким образом, существующая практика реализации Health management позволяет компаниям использовать, как минимум, два источника для управления стрессовыми ситуациями. Первый – это сама организация, которая предпринимает профилактические меры, то есть вносит изменения в политику организации, в методы оценки трудовой деятельности, пересматривает производственную структуру, выявляет потребности в персонале. Второй источник – личность самого работника, которому необходимо научиться самостоятельно преодолевать стрессы, осваивать методики, комплексы специальных упражнений, способствующие расслаблению, улучшению самочувствия, восстановлению сил. Много таких программ разработано на предприятиях стран Западной Европы и США, причем применяются они на уровне всей ор-

ганизации. Например, закон «О производственной среде», принятый в Швеции, поощряет работников менять свою рабочее окружение, приспосабливать его к себе, а руководству предлагается оказывать им в этом содействие. Профессиональный стресс рассматривается уже как общая проблема и компании, и общества. Основной задачей многих программ является снижение уровня стресса за счет правильной организации труда, изменения его характера, более четкой постановки целей, налаживания дружеских отношений в коллективе, внедрения групповой формы работы [30].

Интересен японский опыт в поддержании здоровья человека на работе. Так, например, «компания Cells Power Japan создала инновационную модель Japan Health Management System (JHM-System). Это позволяет на основе определения показателей функциональной дееспособности организма и его резервов как критериев индивидуального здоровья конкретного человека создавать персонифицированные оздоровительные комплексы и программы» [31].

Следование девизу всем известной компании Volkswagen: «Если Вы ожидаете качественную работу от сотрудников, Вы должны хорошо защитить их здоровье» нацеливает её менеджеров на защиту здоровья трудовых ресурсов, повышая тем самым экономическую эффективность [32].

Известно, что излишняя масса тела, низкая двигательная активность способствуют развитию множества разных недугов и болезней (опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы). В компании Microsoft успешно функционирует специальная программа контроля веса. Она предусматривает диетическое питание, оздоровительные мероприятия, лечебные процедуры, работу с психологом, тренером по фитнесу. Большая часть стоимости программы оплачивается самой организацией. Опыт Microsoft переняли и некоторые российские компании (Ростелеком, Альфа-Банк, Сбербанк), предоставляя персоналу возможность правильного и здорового питания, посещения корпоративных физкультурных комплексов. В российских филиалах Nestle существует практика обучения вновь пришедших сотрудников выработке правильных пищевых привычек, отношения к приему пищи. На предприятиях Coca-Cola с целью развития культуры отдыха созданы зоны для активного и пассивного отдыха сотрудников. Сотрудники офисов British Petroleum получают шагомеры, соревнуются между собой, объединяясь в команды, что в итоге укрепляет их связи, обеспечивает необходимую коммуникацию. Кроме самих работников, в создаваемую таким образом среду и несложную спортивную деятельность постепенно вовлекаются и члены

их семей. Делясь информацией о динамичной, занимательной корпоративной жизни с другими пользователями социальных сетей, сотрудники представляют компанию с лучшей стороны, делая её привлекательной для потенциальных кадров, демонстрируют заботу о персонале и его высокую значимость. С помощью внедренной в Росбанке современной системы кондиционирования воздуха в зоне «открытого офиса» удалось снизить показатели заразившихся инфекционными заболеваниями (ОРВИ) и отсутствующих по болезни сотрудников, а впоследствии и обеспечить экономию фонда заработной платы, выплатив работникам бонусы [33, с. 279].

Дополнительную мотивацию менеджеров зарубежных компаний «вкладываться» в здоровье персонала и заботиться о нем формируют сами государственные органы, предоставляя налоговые льготы (при увеличении размера соцпакета).

Следует отметить, что и в некоторых российских организациях осуществляется Health management (управление здоровьем персонала). Такие крупные предприятия, как РЖД, ВСМПО-АВИСМА, КАМАЗ, Яндекс, "ВымпелКом" (Билайн) уже разработали, например, "Политику в области охраны здоровья и безопасности персонала", в них активно функционирует один из самых традиционных вариантов контроля влияния производственных факторов на здоровье персонала – собственный медицинский кабинет (медпункт), широко распространена практика приобретения корпоративных абонементов в фитнес-клубы, персоналу предлагается участие в программах добровольного медицинского страхования (в том числе и страхования членов их семьи). Кроме того, есть и другие направления: профилактика заболеваний (поощрение отказа от вредных привычек, правильное питание, занятия фитнесом, создание эргономических условий труда, возобновление советского опыта производственной гимнастики), организация досуга как способа оздоровления (доплаты на путешествия, корпоративные «Дни здоровья», спартакиады, развитие командных видов спорта), профилактика эмоционального выгорания (тренинги, психологические консультации в режиме 24/7, четкое соблюдение режима труда и отдыха).

К сожалению, подобные предложения могут наблюдаться лишь в крупных организациях, имеющих необходимые средства на реализацию лечебно-оздоровительных и физкультурных программ для персонала и ориентированных на прибыль и дальнейшее развитие (посредством качественной бесперебойной работы сотрудников) [5, с. 550].

Заключение

Трудовая деятельность играет центральную роль в жизни человека и общества: она является средством получения дохода, создания престижа и чувства ценности, предлагает способ участия и вовлечения в жизнь общества в качестве полноправного участника. В вопросе здоровья трудовых ресурсов ключевую позицию занимает государство и иные субъекты управления, их ответственность. В их компетенции решение таких важных задач, как сокращение воздействия вредных условий труда, укрепление мер по созданию здоровых рабочих мест через: улучшение психосоциальной среды, безопасности, предоставление гибкого графика работы и использование других методов, учитывающих интересы семьи, адекватную социальную защиту, а также поощрения и статус, соизмеримый с затрачиваемыми человеком усилиями. Качественная работа с высоким уровнем контроля за работой и правильным балансом между затратами и вознаграждением является важной предпосылкой для здоровья и его детерминант, таких как высокий уровень жизни, высокая самооценка и активное участие в социальной жизни. Это может также способствовать формированию здоровой и производительной рабочей силы с вторичной выгодой для семей и сообществ.

Наряду с актуализацией вопроса безопасности деятельности, стратегическими достижениями должны быть: интеграция услуг в области гигиены труда в сферу первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактики неинфекционных заболеваний, снижение неблагоприятного воздействия факторов организационного окружения, создание стандартизированных инструментов для мониторинга и управления рисками для здоровья. Для достижения более сбалансированного соотношения между работой и личной жизнью необходимо принять ряд вспомогательных мер: предоставление отпуска по семейным обстоятельствам; расширение услуг по уходу за детьми; организацию рабочего времени с применение с гибких механизмов [15].

Проявление гибкости в руководстве, индивидуальный подход к членам трудового коллектива, создание здоровых и безопасных условий труда – те необходимые действия современного менеджера, выполнение которых способствует снижению уровня стресса у работников и развитию у них положительного отношения к работе. Целесообразность использования подобных способов воздействия на трудовое поведение человека обусловлена прямой зависимостью эффективности деятельности от его самочувствия и работоспособности. Учитывая данную взаимосвязь, в сложившихся условиях рынка и конкуренции управление здоровьем персонала становится одним из важней-

ших направлений деятельности всех субъектов кадровой политики, надежным инструментом успешного функционирования предприятия [34, с. 161].

На основе вышеизложенных примеров из зарубежного и российского опыта менеджмента, можно утверждать, что осуществляемые вложения в систему охраны здоровья работников являются своего рода инвестициями, приносящими хорошие дивиденды.

Следуя утверждению Й. Шумпетера, на «абстрактном уровне анализ экономического выбора, из которого состоит всякая теория ценности, может проводиться в терминах неопределенных вещей, называемых “благами”, и не имеющих других свойств, кроме желанности и редкости», и учитывая выводы об инструментальном значении здоровья, можно сказать, что здоровье является благом, позволяющим добиться других благ» [17, с. 159].

В результате предпринимаемых усилий и мотивации всех заинтересованных лиц программа Health management должна стать полноценной корпоративной системой, выполняющей множество разнообразных социально значимых и экономических функций. Деятельность по управлению здоровьем персонала позволяет руководству решать аналитические задачи, планировать работу исходя из данных о состоянии здоровья сотрудников, формировать положительный имидж компании.

Список литературы

1. Сайт ВЦИОМ. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=1618 (Дата обращения: 17.01.2020).

2. Здоровый образ жизни – осмысленный выбор, а не спонтанное решение. Результаты опроса АНО «Культура здоровья». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: https://medblog.su/novosti-meditsiny/zdorovyj-obraz-zhizni-osmyslennyj-vybor-a-ne-spontannoe-reshenie-rezultaty-oprosa-ano-kultura-zdorovya-2018-g.html (Дата обращения: 17.01.2020).

3. Сайт Правительства РФ. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://government.ru/news/28745/ (Дата обращения: 03.12.2019).

4. Генкин Б.М. Экономика и социология труда. – М.: Издательство: Норма, 2007. – 448 с.

5. Рушева А.В. Субъект-объектное восприятие ценности здоровья персонала // Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 547–553.

6. Лебедева-Несевря Н.А. Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Гордеева; Перм. гос. нац.иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с. – [Электронный ресурс]. – Доступ через:

http://fcrisk.ru/sites/default/files/upload/monograph/520/cociologiya.pdf (Дата обращения: 03.12.2019).

7. Иконникова О.В. Развитие теории человеческого капитала: общественно-исторические и экономические аспекты. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.m-economy.ru/art.php?nArtId=4396 (Дата обращения: 17.01.2020).

8. Адам Смит «Исследование о природе и причинах богатства народов». Книга 1. Глава X «О заработной плате и прибыли при различных применениях труда и капитала». – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://ek-lit.narod.ru/smit011.htm (Дата обращения: 16.12.2019).

9. Шибалков И.П. Эволюция теоретических представлений о здоровье как экономической и социальной и категории. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: https://cyberleninka.ru/article/n/evolyutsiya-teoreticheskih-predstavleniy-o-zdorovie-kak-ekonomicheskoy-i-sotsialnoy-i-kategorii (Дата обращения: 17.01.2020).

10. Рушева А.В. Социальная ответственность бизнес-решений // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2019. – №1. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: https://elibrary.ru/download/ elibrary_37318215_85451028.pdf (Дата обращения: 16.12.2019).

11. Grossman M. The Human Capital Model // Handbook of Health Economics. Vol. 1A /ed. by A. J. Culver, J. P. Newhouse. 2000. – 1862 p.

12. Добрынин А.И., Дятлов С.А., Цыренова Е.Д. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. – СПб, Санкт-Петербургская издательско-книготорговая фирма "Наука", 1999. – 308 с. [Электронный ресурс]. – Доступ через: https://elibrary.ru/item.asp?id=23393099 (Дата обращения: 17.01.2020).

13. Ильинский И.В. Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве. СПб: Изд. СПбУЭФ, 1996. – 163 с.

14. Денисевич М.Н. Развитие теории человеческого капитала в трудах российских ученых // Креативный менеджмент. – Екатеринбург: Уральский гуманитарный институт. – 2015. – № 2.

15. Аспекты общественного здравоохранения в Европе / Под редакцией Bernd Rechel и Martin McKee. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/393142/fph-inet-rus.pdf (Дата обращения: 29.11.2019).

16. Ганс Селье: Концепция стресса. – [Электронный ресурс] – Доступ через: https://econet.ru/articles/177393-gans-selie-kontseptsiya-stressa (Дата обращения 17.01.2020).

17. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. – Раздел 2. Здоровье и труд. – М: Макс Пресс, 2007. – 526 с. [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://ecsocman.hse.ru/data/571/699/1219/Razdel2.pdf (Дата обращения: 18.01.2020).

18. См.: Бакша Н.В., Данилюк А.А. Корпоративная социальная ответственность / Н.В. Бакша. – Тюмень: Тюменский государственный университет, 2013. – 292 с.

19. Имашева З.З., Терентьева В.В. Healthcare management как новая технология в области HR-менеджмента. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: https://elibrary.ru/download/elibrary_36383079_53950478.pdf (Дата обращения: 24.11.2019).

20. Система Консультант Плюс. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120902/ (Дата обращения: 04.12.2019).

21. Трудовой Кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. №197-ФЗ. Ст. 76,212, 213, 214, 266. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (Дата обращения: 18.01.2020).

22. Федеральный закон от 17.03.1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Ст. 34. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (Дата обращения: 18.01.2020); Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/ cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения: 20.01.2019).

23. Сайт Министерства труда России. – [Электронный ресурс]. – Доступ через https://rosmintrud.ru/labour/safety/310 (дата обращения 18.01.2020)

24. Рушева А.В. Роль профсоюзной организации в повышении качества трудовой жизни работников // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки. – 2016. – № 3(43). – С. 103–109.

25. Сайт Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: https://rosmintrud.ru/docs/agreements (Дата обращения: 01.12.2019).

26. Управление здоровьем персонала как инструмент успешной кадровой политики – Доступ через: http://www.e-xecutive.ru/knowledge/financial_management/345969/ (Дата обращения: 16.12.2019).

27. Власов Е. Здоровый корпоративный дух и тело – залог успешного бизнеса. – Доступ через: http://hrm.ru/db/hrm/A1467CA23AA5C71DC32573BF0039DB62/category.html (Дата обращения: 04.12 2019).

28. Шапиро С.А. Управление человеческими ресурсами. – М.: ГроссМедиа, 2005. – 303 с.

29. Трудовой Кодекс РФ. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (Дата обращения: 04.12.2019).

30. Управление стрессами – [Электронный ресурс]. – Доступ через: http://hr-portal.ru/varticle/upravlenie-stressami (Дата обращения: 18.01.2020).

31. Сайт компании Cells Power Japan. – [Электронный ресурс]. – Доступ через: https://old.kintarocells.com/ru/japan-health-management (Дата обращения: 04.12.2019).

32. Маркеева Б.Э. Особенности менеджмента в современных немецких компаниях // Экономика и менеджмент инновационных технологий. 2014. № 3. Ч. 2 [Электронный ресурс]. URL: http://ekonomika.snauka.ru/2014/03/3898 (Дата обращения: 10.06.2020).

33. Кузнецова Н.М., Волкова Е.А. Healthcare management в отечественных и зарубежных компаниях //Здоровье как ресурс: V. 2.0 / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – С. 277–281.

34. Рушева А.В. Кадровая политика в отношении здоровья персонала современных организаций // Здоровье как ресурс: материалы Международной научно-практической конференции. – Н.Новгород: изд-во Нижегородского госуниверситета, 2010. – С. 154–161.

EXPERIENCE IN HEALTH MANAGEMENT: THE NEED FOR PERSONNEL'S HEALTH MANAGEMENT IN RUSSIAN ORGANIZATIONS

A.V. Rusheva

Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, Associate Professor, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

The state of a person's health is determined by a number of factors, where working conditions in an organization play a special role. It is health as a key component of labor potential that allows people to participate in economic activities, create and consume benefits. Taking into account this interdependency of parties, employees' ability to work and the results of their activities become special objects of management. Theoretical aspect of the problem is presented in works written by W. Petty, A. Smith, A. Marshall, M. Grossman, I. Ilyinsky, M. Crete. The main emphasis in the research of these and some other scientists falls on the need for investments (which pay off over time) in human health. The practical sense of health management is justified by the negative consequences of technocratic managers' perception of hired workers, weakness of personnel policy, lack of understanding of their social responsibility. The issue of subjectivity in solving the problem of health improvement is raised, where all participants of production and socio-economic relations should take an active position. At the same time, a special role is given to primary trade union organizations, which are by law should care about the health of personnel. The presented analysis of foreign and domestic practice of implementing corporate health management programs demonstrates a wide range of obvious advantages both for the enterprise and its employees (including potential ones), which necessitates its wider spread across Russian enterprises.

Keywords: health, personnel health management, factors of healthy lifestyle, efficiency, human capital, investment in people's health, personnel policy.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ОСУЖДЁННЫХ В КОНТЕКСТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

И.А. Уваров
Кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры уголовного права и криминологии Ставропольского филиала Краснодарского университета МВД России;
доцент кафедры общей социологии и социальной работы факультета социальных наук Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Рассматривается содержание понятия «социальное здоровье осужденных», а также его роль в системе пенитенциарной и постпенитенциарной профилактики как одного из признаков включенности личности в общество. Особое внимание уделяется анализу потенциальных возможностей пенитенциарной системы в реализации социальной активности личности осужденного, его социализации в период отбывания наказания и при возвращении в свободное общество. Дается интерпретация понятий «социальная болезнь» (социально значимое заболевание) и «социально опасные патологии», препятствующие нормальной адаптации заключенного после освобождения из мест лишения свободы.

Ключевые слова: пенитенциарная система, пенитенциарная профилактика, постпенитецiарная профилактика, социальное здоровье осужденных, уголовно-исполнительная система, рецидив преступлений, социальная работа, адаптационный потенциал, социально опасные патологии.

За десятилетия, прошедшие с момента распада СССР, отечественная пенитенциарная система пережила ряд системных изменений, которые оказали большое влияние не только на характер реализуемых ею задач, но, прежде всего, на ценностные ориентиры лиц, отбывающих уголовные наказания. Пенитенциарная практика, направленная на преодоление последствий, связанных с разрушением советской исправительно-трудовой системы, не могла не отразиться на мировоззрении лиц, которые по приговору суда были изолированы от общества. К числу наиболее значимых проблем принято относить усиление социальной разобщенности в среде осужденных, снижение доверия к учреждениям и органам, исполняющим уголовные наказания, и иным правоохранительным институтам. Социальная атомизация, получившая широкое распространение в современном обществе, стала проявляться и в условиях мест лишения свободы.

Адаптация осужденных к системным преобразованиям становится все сложнее, так как социальные основы общественных отношений в пенитенциарной сфере меняются стремительно. Если сравнивать последствия кризисов в экономике и социальной сфере, их нивелирование в отношении дезадаптированной личности, осложнено многими факторами [1]. Применительно к пе-

нитенциарной сфере, такого рода адаптация осужденных ранее предусматривала довольно длительный временной период, что было обусловлено необходимостью психологического восстановления. Весь процесс отбывания наказания (в зависимости от срока) разбивался на три самостоятельных этапа: допенитенциарный, пенитенциарный и постпенитенциарный [2, с. 114].

В частности, следствием этого был довольно высокий процент рецидива после освобождения из мест лишения свободы. В 90-х годах отсутствовала не только адекватная современным реалиям пенитенциарная, но и постпенитенциарная профилактика, в результате чего «удельный вес лиц, ранее совершавших преступления, в массиве всех выявленных преступников колебался в пределах от 22,6 % до 25,9 %» [3, с. 3]. Это происходило на фоне того, что в этот период «доля лишения свободы в структуре мер наказания остается стабильной, составляя 37%» [4, с. 4].

В 2000-х ситуация в сфере пенитенциарной профилактики продолжала усугубляться, что сказалось и на росте рецидива как основной патологии, относящейся к последствиям отбывания наказания. Согласно результатам исследования проведенного Г.Н. Зарвой (2003 г. по материалам Ростовской области), «уровень рецидива в структуре всей преступности остается относительно стабильным (35-39%), хотя общее число совершаемых преступлений, как и структура преступности, изменяются весьма существенно в течение коротких промежутков времени» [5, с. 3]. Государство не могло мириться с такого рода негативными социальными явлениями и в качестве меры повышения качества работы пенитенциарной системы была принята «Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года» [6].

В числе приоритетов Концепция определяет сокращение рецидива преступлений, совершенных лицами, отбывшими наказание в виде лишения свободы, за счет повышения эффективности социальной и психологической работы в местах лишения свободы и развития системы постпенитенциарной помощи таким лицам. Развитию системы медико-санитарного обеспечения осужденных к лишению свободы в «Концепции» содержится самостоятельный раздел. Следствием этого стало изменение качественных характеристик отечественной уголовной и уголовно-исполнительной политики. Удельный вес рецидива преступлений, согласно результатам специального исследования В.В. Городнянской, достигает сегодня примерно 26% от общего количества совершенных общественно опасных деяний [7, с. 3].

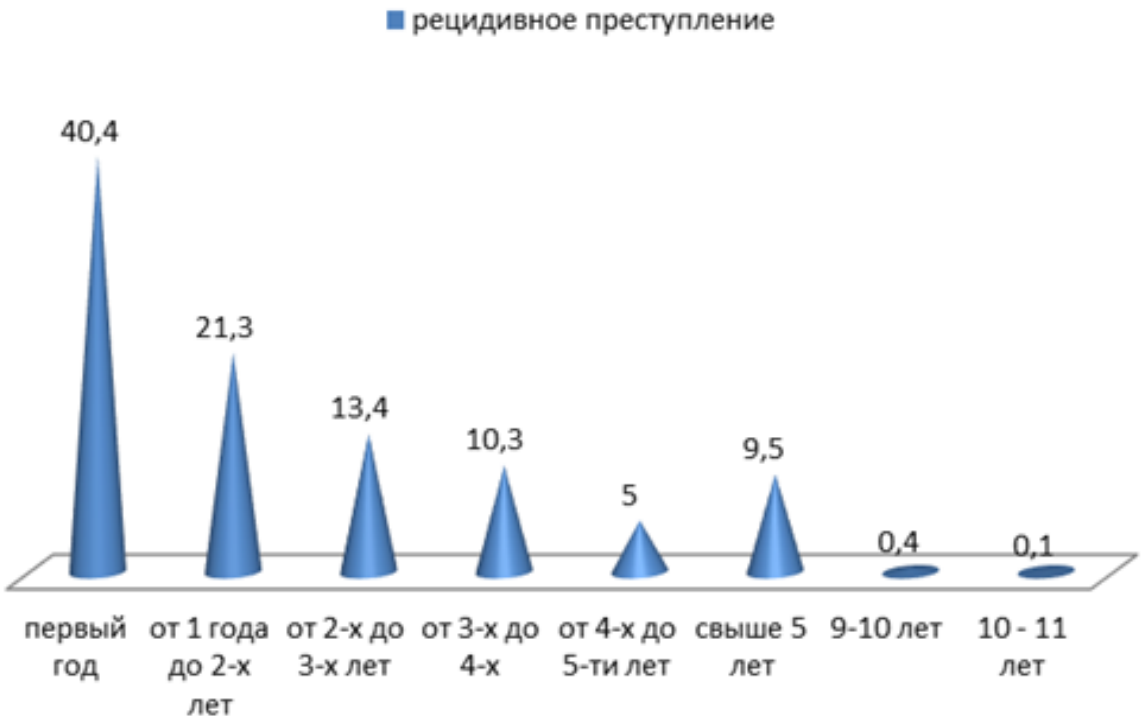


Рис. 1. Динамика рецидива преступлений [8]

На рис. 1 представлена динамика постпенитенциарного рецидива. Можно проследить закономерность: чем продолжительнее период после освобождения из мест лишения свободы, тем менее вероятно повторное преступное поведение. Отсюда и представление о нем, как об одном из «индикаторов эффективности наказания, а также критерий успешного выполнения задач предупреждения преступности» [9]. Все негативные механизмы, которые могут характеризоваться как «социальная болезнь», нивелируются в зависимости от продолжительности пребывания в условиях свободы.

Принятые во исполнение «Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года» законодательные новации учли эти обстоятельства и стали демонстрировать более гуманный подход к лицам, совершившим преступления. Подтверждением служить динамика количества лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы (см. рис. 2) [8].

Акцент сместился в сторону решения социально-значимых проблем конкретного осужденного. Постепенно стало приходить понимание, что в пенитенциарных учреждениях концентрируется большой по своим количественным и качественным характеристикам социально-психологический ресурс, который при правильной работе с ним может давать положительный социально-экономический эффект.

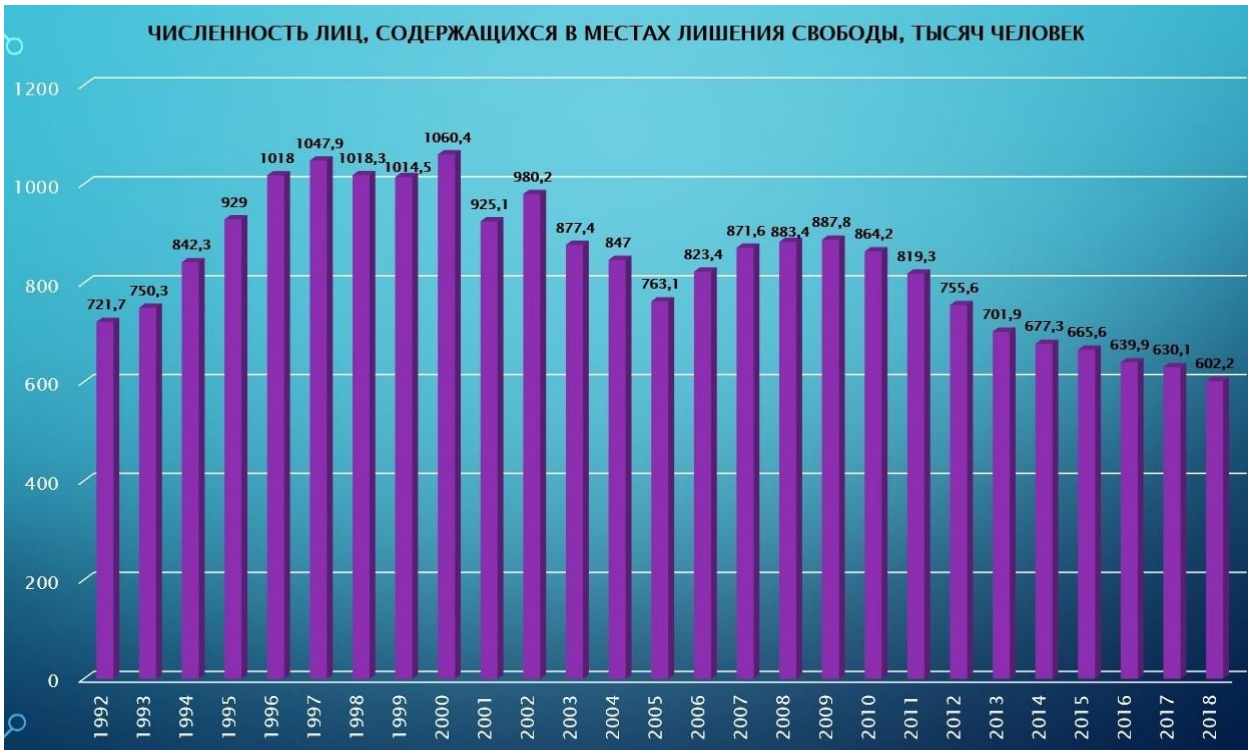


Рис. 2. Динамика количества лиц, отбывающих наказание
в виде лишения свободы

В этой связи, огромное значение приобретает такой феномен, как «социальное здоровье» лиц, отбывающих уголовные наказания. Его следует рассматривать в качестве способности каждого конкретного осужденного адаптироваться к условиям жизни в «свободном обществе». Причем здесь нужно говорить не о возможности «приспособиться» к новым условиям после освобождения, а в полной мере реализовывать свой социальный потенциал. Социальное здоровье осужденных как самостоятельное направление еще не нашло своего отражения в официальных статистических документах. Однако, использование этого направления в пенитенциарной практике позволило решить следующие задачи:

– определить вероятные тенденции в реализации пенитенциарной профилактики в современный период;

– определить уровень адаптационного потенциала лиц, лишенных свободы;

– создать условия для развития личностных качеств осужденных, позволяющих адаптироваться к жизни в «свободном обществе»;

– определить наиболее перспективные направления в реализации современных пенитенциарных практик.

Содержание понятия «социальное здоровье» в специальной литературе принято определять через характеристику качественных признаков личности, рассматриваемую в качестве субъекта определённых социальных отношений. Например, Л.А. Байкова определяет социальное здоровье как своеобразное состояние «гармонии», которая складывается между личностными смыслами и деятельностью человека. В таком контексте она, с одной стороны, способствует самоактуализации личности (как субъекту определенных социальных отношений), а с другой – влияет на позитивное развитие социума, в котором такая личность формируется (совокупность факторов, определяющих взаимоотношения индивида и социальной общности) [10, с. 60].

Современное видение значения пенитенциарной профилактики в системе реализации специфических общественных отношений предполагает и изменения концептуальных подходов к ее организации. Такого рода модернизация предполагает изменение, прежде всего, качественной системы оценки эффективности деятельности пенитенциарных учреждений в соответствии с новыми социальными реалиями.

Социальное здоровье осужденных в рассматриваемом контексте может оцениваться в качестве одного из таких признаков. Здесь можно с уверенностью говорить о том, что исследование социального здоровья осужденных позволяет определять тенденции развития отечественной пенитенциарной системы.

Представление о социальном здоровье индивида (социальной группы), традиционно рассматривается как противоречивая система взглядов на взаимоотношение человека и общества. Использование словосочетания «социальное здоровье» имеет довольно долгую историю. Первые упоминания мы находим и у мыслителей древности (Аристотель, Платон), и у представителей философской мысли средневековья (Гоббс). Первоначально его использование было связано с представлениями об обществе, как об организме. Именно этим и было обусловлено формулирование такой специфической категории, как «социальное здоровье». Развивая это направление, О. Конт, Г. Спенсер создали на этой базе специфическое социологическое направление – «органическую школу». Суть данной концепции сводилась к тому, что общество рассматривалось как специфический аналог природного организма, который так же, как и все в природе, регулируется естественным образом, минуя волю человека. Здесь нужно отметить, что от первоначальных представлений Аристотеля, Платона и их последователей понятия «социальное» и «общественное» здоровье были не отделимыми друг от друга. В отдельных работах их

вообще использовали как синонимы, характеризующие любую социальную общность как «единую целостную систему». В современной социологии понятие «социального здоровья» используется как самостоятельная научная категория, определяющая степень включенности индивида в социальное образование [11, с. 29].

По мнению А.А. Шабуновой и М.В. Морева, «социальное здоровье» как социологическая категория своим возникновением обязана, как минимум, двум условиям: во-первых, произошедшему в последние десятилетия постепенному смещению методологических подходов с общества на личность, а во-вторых, сформировалась объективная потребность в новом типе общественных отношений. А их формирование невозможно без индивида нового типа. Это должен быть деятельный человек, со своей позицией, который «заряжен на преобразование социальной действительности [12, с. 473].

Основным признаком здесь выступает механизм изменения социальных представлений о роли индивида в формировании конкретного социального образования. Как ни парадоксально это может прозвучать, но сейчас отдельными лицами пенитенциарная система рассматривается как поле возможностей для реализации своей социальной активности. Именно в закрытом социальном образовании такие лица видят возможность для реализации своего субъективного потенциала социального развития. Парадокс заключается в том, что система социальных отношений «свободного общества» сформировалась таким образом, что доступ к социальным лифтам стал гораздо сложнее, чем это было несколько десятилетий назад. Теперь встроенность в систему сугубо пенитенциарных отношений воспринимается определенной частью населения как вполне приемлемый «социальный лифт».

Закономерен вопрос, почему взгляды государства на личность осужденного претерпели изменения? Что послужило толчком к трансформации представлений, которые привели к актуализации социального здоровья в системе качественной оценки пенитенциарной профилактики?

Для решения этих вопросов и возникла необходимость выделить социальное здоровье осужденных в самостоятельную научную категорию. Осужденный в контексте реализации пенитенциарной профилактики должен рассматриваться как активный субъект социальных отношений. Он так же, как и законопослушный гражданин имеет потребность в активной социализации, отличительной чертой которой являются ее пенитенциарный и постпенитенциарный этапы.

Характер социального здоровья осужденного, определяется диалектической сущностью такой социологического понятия как – «социальная болезнь». Отсюда и высказанное в литературе мнение, что «социальное здоровье – это характеристика такого здорового общества, где минимален уровень социальных болезней» [13, с. 57]. Основываясь на таком методологическом подходе, рассмотрение специфики социального здоровья осужденных, невозможно без его соотношения с понятием «социальная болезнь». Интересно, на наш взгляд, что в литературе существует довольно большое количество различных представлений не только о содержании этих двух понятий, но и о их взаимосвязи (взаимообусловленности) [13]. На наш взгляд, это очевидный факт, свидетельствующий об их диалектической взаимосвязи, где болезнь невозможно рассматривать вне контекста здоровья, а его, в свою очередь, в контексте болезни. Эти две противоположности не только терминологически, но и содержательно не могут определяться отдельно друг от друга.

Болезнь в данном случае принято рассматривать как феномен, детерминированный биосоциальной природой человека. Исходя из этого, его можно рассматривать и как биологическое существо, и как социальное, когда биологическая природа опосредуется социальной [14].

Не случайно большинство исследователей акцентируют внимание на здоровье исключительно в медицинском смысле. Полагаем, что это обусловлено тем, что ВОЗ, давая доктринальное определение понятия «здоровье», констатировало, что это «не только отсутствие заболеваний, но и состояние благополучия». Основываясь на таком концептуальном понимании здоровья, ВОЗ было сформулировано и понятие «социальные болезни», перечень которых в 2009 г. был закреплен и в российском законодательстве [15].

В преодолении социальных болезней современная пенитенциарная медицина сделала довольно большой шаг вперед. Медицинское обслуживание осужденных и подследственных обеспечивают 133 больницы различного профиля, а также медицинские части или здравпункты в каждом учреждении, 56 лечебных исправительных учреждений для больных туберкулезом, 9 лечебных исправительных учреждений для больных наркоманией [16]. В соответствии с инструкцией ФСИН России «Об утверждении примерных структур и расчетов штатной численности начальствующего состава, рабочих и служащих исправительных учреждений, лечебно-профилактических учреждений, следственных изоляторов уголовно-исполнительной» в состав медчастей пенитенциарных учреждений, должны входить такие специалисты, как врач-хирург, врач-терапевт, врач-психотерапевт, врач-психиатр, врач-стома-

толог, врач-рентгенолог, врач-инфекционист, врач-дерматовенеролог, врач клинической лабораторной диагностики, врач-фтизиатр, зубной врач, врач по общей гигиене, а в учреждениях, где содержатся осужденные-женщины, врач-педиатр, врач-акушер-гинеколог [17]. Как видим из приведенного перечня, государство создает максимально благоприятные условия для сохранения здоровья осужденных.

До настоящего времени в литературе бытует точка зрения, что осужденные в условиях мест лишения свободы в большом количестве страдают такими социально значимыми заболеваниями, как ВИЧ и туберкулез [18]. Данное утверждение опровергается статистическими показателями (рис. 3 и 4) [19]. Концентрация в пенитенциарных учреждениях лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями, носит вполне закономерный характер, учитывая тот образ жизни, который вели эти лица до осуждения. Отсюда и довольно высокий процент такого рода заболеваний, выявленных именно в пенитенциарных учреждениях, где осужденные проходят обязательный медицинский осмотр. В настоящее время в рамках проекта борьбы с туберкулезом, финансируемого Международным банком реконструкции и развития, для пенитенциарной системы России на постоянной основе осуществляется закупка новейших лекарственных препаратов и специального медицинского оборудования. Продолжается участие отечественной уголовно-исполнительной системы в Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» [20].

Учитывая, что социальное здоровье осуждённых включает в себя любые социальные отклонения, обусловленные пенитенциарной практикой, круг параметров, ее характеризующих, можно определять как «социально опасные патологии». Интересными в этой связи, являются результаты исследования А.Н. Редько, согласно которым, он предлагает к ним относить не только вполне определенные заболевания (т.е. подтвержденные медицинские диагнозы), но и некоторые формы поведения, «преимущественно связанные с моделью поведения, стилем и образом жизни» [21]. Для осуждённых, как правило, характерны заболевания, обусловленные его образом жизни (психические девиации, алкоголизм, наркомания). Их наличие объективно может создавать препятствия для социальной адаптации осужденного после освобождения из мест лишения свободы (таблица 1).

Численность ВИЧ-инфицированных лиц
в учреждениях УИС
(абсолютные числа)
55687
55527
55697
56509
59532
62554
64501
63714
61417
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018

Рис. 3

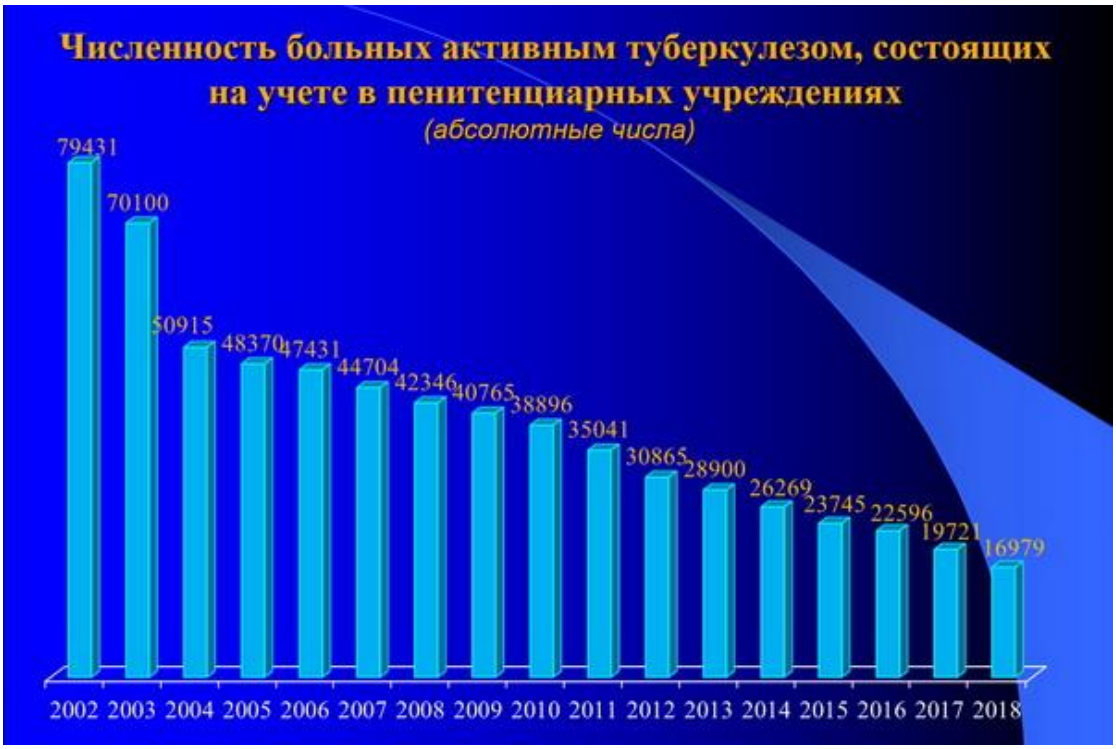

Численность больных активным туберкулезом, состоящих
на учете в пенитенциарных учреждениях
(абсолютные числа)
79431
70100
50915
48370
47431
44704
42346
40765
38896
35041
30865
28900
26269
23745
22596
19721
16979
2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018

Рис. 4

Таблица 1

Объективные критерии социального здоровья, влияющие на восприятие действительности

Объективные критерии социального здоровья	Субъективное восприятие социальной действительности
Социально значимые заболевания; Психические расстройства и расстройства поведения; Алкоголизм; Наркомания; Сексуальные девиации.	Отношение к образу жизни; Отношение к материальному положению; Отношение к деятельности властных структур и правоохранительных органов; Отношение к общественным институтам; субкультурные практики.

Кроме того, к числу объективных критериев, позволяющих оценивать состояние социального здоровья осужденных, необходимо относить весь перечень заболеваний, отнесённых законодателем к «социально значимым», и весь спектр девиантных видов поведения (алкоголизм и наркомания).

Объективными мы их определяем потому, что они имеют внешнее (наглядное) проявление социальной дезадаптации личности, фиксируемое медицинскими показателями. Они могут прослеживаться в динамике, как в процессе пенитенциарного, так и постепнитенциарного этапов социального взаимодействия.

К числу критериев субъективного восприятия социальной действительности можно отнести и восприятие осужденным жизненных условий, детерминируемых пенитенциарным опытом (в период и после отбывания наказания). Их можно определить в ходе социологических исследований, где осужденные (освобожденные) дают субъективную оценку качественного состояния своего положения в системе конкретных социально-экономических отношений, обусловленных их жизненным опытом пребывания в условиях пенитенциарного учреждения. Сюда можно отнести: отношение к своему материальному положению, оценка деятельности властных структур и правоохранительных органов, отношение к общественным институтам, субкультурные практики.

По мнению отдельных исследователей, общий обзор информации и официальных статистических данных не дает возможности уловить современные тенденции, позволяющие охарактеризовать социальное здоровье осужденных в процессе реализации пенитенциарной профилактики. Прежде всего потому, что не позволяют установить «болевые точки», незнание которых снижает эффективность деятельности всей пенитенциарной системы по реализации назначенного судом наказания, а, следовательно, и достижение закрепленных

в законе целей. Качественное изменение социального здоровья осужденных во многом будет зависеть от того, насколько отечественной пенитенциарной системе удастся реализовать весь свой социально-профилактический потенциал, применяемый к осужденным, чтобы исключить возможность негативных тенденций в формировании их социального здоровья.

Актуализация проблемы качественной оценки деятельности отечественной пенитенциарной системы приобрели совершенно иное содержание в связи с активным реформированием всего механизма исполнения наказаний. В качестве основной тенденции стало «приведение отечественной пенитенциарной системы к международным стандартам» [22]. Необходимость такого управленческого решения определялась тем, что отечественная уголовно-исполнительная система не обеспечивала осужденным накопления адаптированнного к жизни потенциала в условиях свободного общества [12]. В качестве панацеи было названо «реформирование», приведшее к тому, что отечественная пенитенциарная система находится в состоянии «постоянного переходного периода». При этом никто не может точно определить, к каким социально значимым результатам должна приводить пенитенциарная профилактика.

Ключевой проблемой, на наш взгляд, являлась критериальность качественной оценки деятельности системы, исполняющей уголовные наказания, по реализации пенитенциарной профилактики, формированию позитивных установок личности осуждённого при условии сохранения и развития уже имеющихся. Это должно позволить минимизировать риски нарушения социального здоровья осуждённого и исключить возможность «кризиса наказаний» [23].

Решение этих задач лежит в русле определения качественного изменения социально-профилактической работы в рамках пенитенциарной профилактики. До недавнего времени было принято оценивать систему исполнения наказания как воспроизводящую различные социальные девиации, осложнённые пенитенциарным опытом. Но масса осуждённых, отбывающих наказание в виде лишения свободы, концентрируют в себе большой социально-психологический ресурс, его, на наш взгляд, необходимо использовать, чтобы рассматривать осужденных как потенциальных членов нашего общества. Учитывая специфику закрытости пенитенциарного социума, представление о социальном здоровье осужденных необходимо относить не только к отдельной личности, но и к так называемому «общественному здоровью». Социаль-

ный характер личности, определяется тем окружением, в котором он формируется (трансформируется, деградирует).

Отсюда и сделанный нами акцент на «социально-психологическом ресурсе», который необходимо рассматривать в качестве главного «продукта» пенитенциарной профилактики, осуществляемой уголовно-исполнительной системой. Формально основным «заказчиком» всех пенитенциарных практик выступает общество, для которого такого рода «ресурс» может служить позитивным фактором развития. Именно от того, какие социальные установки и качества личности приобретет осужденный в период отбывания наказания, зависит и реализация его «социально-психологического ресурса». Но это можно рассматривать как некий объективный показатель, в то время, как в общественном сознании существуют исключительно субъективные стереотипы. Они, выступают основными факторами, определяющими содержание и характер личностных изменений, происходящих с осужденным в период отбывания наказания.

Феномен социального здоровья осуждённого отражает его способность после отбывания наказания в виде лишения свободы успешно адаптироваться к новым социальным условиям. Не теряя собственного достоинства, которое у него после освобождения «обострено», стать полноправным гражданином и реализовывать свой социальный потенциал. Соответственно представление о социальном здоровье осужденного связано с формированием позитивных взглядов на его место в новых социальных отношениях свободного общества.

Главной проблемой здесь выступает «переход» из одного социального окружения в другое. В условиях закрытого социума качественные характеристики личности осужденного перестают быть «личностными». Их качество оценивается исключительно через призму полезности для пенитенциарного социума. Все, что несет пользу этому социуму, рассматривается им как стратегический ресурс, не принадлежащий конкретному осужденному. А вот удовлетворение неких личных потребностей осужденного является сугубо его проблемой. Выходя «на свободу» после отбывания наказания в местах лишения свободы, осужденный ментально остается в той системе ценностных представлений, которые были у него сформированы пенитенциарным социумом. Жизнь в свободном обществе диктует совершенно иные представления о личном благе, где все зависит исключительно от самого человека. Отсюда сохранение и укрепление социального здоровья осуждённого еще в период отбывания наказания может рассматриваться как один из важнейших механизмов сохранения и развития его качественного потенциала.

Граждане настороженно воспринимают лиц, ранее отбывавших наказание в виде лишения свободы, предъявляя более высокие «стандарты» к их социальному здоровью, связывая это с тем, что «безопасность законопослушного населения должна быть обеспечена не только изоляцией преступника, но и возвращением в общество здорового человека» [24]. Так возникла необходимость измерять условия, при которых осуждённый может максимально эффективно социализироваться после освобождения из пенитенциарного учреждения. Основным вопросом здесь является возможность социальной адаптации в свободном обществе. Причем вопрос стоит не только о потенциале осужденного к социализации в новых условиях, но и насколько само общество готово адаптировать его к условиям жизни «на свободе»? Все производные от этого вопроса должны рассматриваться в рамках оценки социального здоровья осужденных. Изучение социального здоровья осужденных должно позволить дать качественную оценку деятельности системе исполняющей уголовные наказания по реализации пенитенциарной профилактики и облегчить «переход» осужденного из одного социального положения в другое.

Прежде чем перейти к сути рассматриваемого нами вопроса определения социального здоровья осуждённых как индикатора качественной оценки пенитенциарной профилактики, полагаем необходимым определить методологический подход к категории «социальный индикатор». Социальные индикаторы в качестве аналитического инструмента были приняты отечественными социологами еще в советский период. С их помощью реализовывалось «сугубо ресурсное отношение к гражданам страны со стороны государства и его аппарата при попытках тотального регулирования на основе априорных моделей» [25]. Отечественные социологи отмечали ограниченность такого использования индикативного подхода к проблемам развития социальных образований на основе представлений только об их экономических показателях [26]. И эта критика казалась обоснованной. Вся система пенитенциарного воздействия стала концентрироваться исключительно на экономических показателях, а осужденный рассматривались не иначе, как трудовой ресурс [27].

Современная социальная практика в отношении осужденных к лишению свободы пошла по западному пути, предпринимая попытки внедрить так называемую либеральную модель, минимизирующую вмешательство в жизнь осужденного пенитенциарное воздействие со стороны администрации исправительного учреждения [28]. Попытки внедрить пенитенциарные модели, базирующиеся на использовании трудовых ресурсов осужденных, сталкивались с жесткой конфронтацией со стороны так называемого правозащитного со-

общества. Пока шли споры по поводу модели пенитенциарного воздействия на осужденных, социальная сфера вышла за пределы компетенции только уголовно-исполнительных отношений. Обычно это объясняется тем, что во всем мире социальная сфера осужденных к лишению свободы связывалась главным образом с материальной поддержкой. В течение последних десятилетий сформировалось подобное представление и в отечественной пенитенциарной практике, следствием чего и стала тотальная десоциализация осужденных к лишению свободы. Осознав всю пагубность такого социального дискурса, была выработана новая стратегия, определяющая необходимость преодоления «социальной эксклюзии» (ситуаций, при которых индивиды не имеют возможности реализовать закреплённые в законе права) [29]. В сознании осужденных, отбывающих наказание в виде лишения свободы, такого рода представления являются довольно устойчивыми. Отсюда и их видение своего места в системе социальных отношений «большого социума».

Это обстоятельство актуализировало поиск индикаторов, способных дать качественную оценку результатам пенитенциарных практик, применяемых к осужденным в период отбывания наказания. «Индикаторы – частичное отражение реальности, основанное на неопределенных и несовершенных моделях. Мы нуждаемся во множестве индикаторов, потому что у нас много целей. Но многие цели могут пересекаться и выводить за пределы нации и культуры, а поэтому могут быть и пересекающиеся индикаторы. Мы нуждаемся во множестве индикаторов, потому что у нас разные мировоззрения, а индикаторы помогут сблизить их. Индикаторы не обязательно должны быть совершенно объективными, и на самом деле лишь немногие из них таковы» [30].

Мы выявили, что к числу признаков, определяющих социальное здоровье осужденного, можно отнести две группы критериев:

1) объективные – различного рода социальные болезни, которые фиксируются в виде статистических показателей;

2) субъективные – фиксирующие восприятие осужденным жизненных условий, детерминированных пенитенциарным опытом (определяются посредством социологического исследования).

Блок объективных критериев в качестве индикаторов определяется количественными показателями распространенности среди осужденных различного вида социальных болезней. Учитывая специфический характер этих заболеваний, сомневаться в статистических данных, которые свидетельствуют об уровне их распространенности в местах лишения свободы, не приходится. Существующая правозащитная риторика по поводу необъективности таких

данных не имеет под собой никаких оснований. Большинство социальных болезней носят инфекционный характер и в условиях закрытости пенитенциарного социума чреваты расширением круга лиц, ими страдающими. В то же время отдельные авторы предлагают считать такую оценку недостаточной. По их мнению, для «полноты картины», необходимо учитывать «общий психологический фон», включая в него и людей, не имеющих каких-либо социальных отклонений [31, с. 115].

Безусловно, с такого рода мнением можно согласиться, если не учитывать специфику пенитенциарных учреждений. Здесь, в отличие от свободного общества, существует персонифицированный учет лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями (см.: рис. 3 и 4), поэтому признаки индекативности могут носить объективный характер. На это обстоятельство мы уже обратили внимание. Гораздо сложнее обстоит дело с определением тех индикаторов, которые характеризуются субъективным восприятием осужденных. Ключевым здесь, на наш взгляд, может служить адаптированность осужденных к условиям жизни как в местах лишения свободы, так и после освобождения. Он определяется динамикой социального настроения осужденного, т.е. индикатора, который по утверждению Ж.Т. Тощенко, «объективно выступает определяющим, интегрирующим показателем уровня благополучия, социальной устроенности или неустроенности, степени устойчивости... Его специфика состоит в том, что оно отражает действительность реальность, исходя из содержания коренных интересов субъекта, его конечных целей и идеалов. Действительность, отраженная через социальное настроение, детерминирует целеполагающую деятельность субъекта, постановку им важнейших целей социальной и духовной жизни. Именно поэтому социальное настроение как важнейшая характеристика общественного сознания участвует в регулировании отдельных поступков, действий людей, социальных групп, общественных институтов, а также демонстрирует их умонастроения и мироощущения, ценностные ориентации и установки» [32, с. 30].

Субъективное восприятие социальной действительности осужденным отражает то, что происходит с ним, когда он не способен адаптироваться к тому окружению, в котором вынужден находиться. В таком состоянии, он не имеет иммунитета к социальным девиациям, нарушающим его социальное здоровье. Можем высказать предположение, что традиционно сложилось в нашем обществе, что выход из такой ситуации человек ищет в алкоголизме, наркомании и иных формах девиантного поведения, которые могут привести к определённым социальным патологиям.

Обращает на себя внимание, что для большинства осужденных источником его негативных социальных установок является общество. Именно к нему он апеллирует, когда закон пытается пресечь его антиобщественное поведение. Субъективное восприятие, в данном случае, выступает отражением того, как осужденный воспринимает окружающую реальность (социальное восприятие), и то, как он себя в этой реальности чувствует (социальное самочувствие). Нет сомнения, что лишь небольшая часть, отбывающих наказание в виде лишения свободы могут высказать свое позитивное отношение к тому, что они находятся в изоляции. В публицистической литературе таких примеров большое количество, однако этот феномен, ввиду его небольшой представительности, не стал объектом специального социологического исследования. В оценке субъективного восприятия осужденных факт лишения свободы всегда будет расцениваться как негативный, независимо от того, согласен он с приговором суда или нет. Данный феномен достаточно хорошо изучен и имеет специальное наименование – «пенальный конфликт» [34].

В 2016 г., нами было проведено социологическое исследование современного состояния социальных качеств осужденных, востребованных в процессе пенитенциарной профилактики (в исправительных учреждениях Ставропольского края). Сбор информации осуществлялся посредством опроса 50 экспертов из числа сотрудников воспитательных отделов исправительных колоний Ставропольского края в форме неформализованного конфиденциального интервью.

Обработка полученных в ходе опроса данных, позволила выстроить определенную иерархию социальных качеств личности осужденных, реализуемых в процессе пенитенциарной профилактики (таблица 2).

Таблица 2

Типы социальных качеств

№ п/п	Типы социальных качеств	в %
1	Сохранение собственного достоинства	24.2
2	Удовлетворения личных нематериальных потребностей	23.8
3	Реализация личностного социального потенциала	23.6
4	Уважение окружающих	22.1
5	Ответственность перед социальным окружением	21.9
6	Уверенность в себе	21.6
7	Социальный успех	21.2
8	Иметь достойный уровень жизни	19.9
9	Желание иметь более высокий уровень жизни	19.1
10	Желание занимать более высокое социальное положение	18.5
11	Отсутствие желания нести социальную ответственность	18.1
12	Поиск новых возможностей для самореализации после освобождения	17.1

13	Приобретение новых профессиональных навыков	16.6
14	Максимальное удовлетворение материальных потребностей	16.2
15	Финансовая независимость	16.1

Из приведенной таблицы видно, что социальная сторона личностных качеств осужденных проявляет себя во множестве самых разнообразных типов, характеризующих способ их повседневного бытия в условиях изоляции от общества. Именно в этом иерархическом построении и проявляется специфичность этих качеств в условиях реализации пенитенциарной профилактики. Наиболее показательным выступает жесткая стратификация личностно-субъективных установок, которая колеблется в диапазоне 24,2% – 23,6%. Они отражают субъективную сторону отношения осужденных к чувству собственного достоинства, без которого невозможна какая-либо социальная деятельность в условиях изоляции от общества.

Вторая группа социальных качеств личности осужденных иллюстрирует объективную сторону, показывая, насколько они могут являться субъектами отношений, реализуемых в пенитенциарном социуме (22,1% – 18,5%). Обращает на себя внимание, что степень востребованности именно этих качеств 51,1% принявших участие в опросе экспертов определили как наиболее «высокий». Дело в том, что только успешно социализировавшийся в условиях пенитенциарной системы осуждённый может реализовывать и иные социально значимые качества. Именно их мы отнесем к этой группе.

Третья группа реализует те социальные качества личности осужденного, которые мы условно называем перспективными. Иерархия показывает, что, получив надежные возможности реализации своих социальных качеств в пенитенциарном социуме, осужденный пытается их каким-то образом закрепить (сохранить). Это проявляется в нежелании «нести социальную ответственность». Полагаем, что это очень важный симптом, характеризующий закрепленность в сознании осужденных патерналистических установок. Они смогли, используя гарантии, которые предоставляет им государство, успешно социализироваться в пенитенциарном социуме. И факт нежелания «нести социальную ответственность» является своеобразным переходом к желанию максимально удовлетворять свои потребности (17,1% – 16,1%).

Приведенные данные свидетельствуют о наличии серьезных противоречий между структурными компонентами типов социального здоровья осужденных и их детерминированностью объективными условиями их востребованности процессом пенитенциарной профилактики. Воспитательно-профилактическая деятельность уголовно-исполнительной системы, основан-

ная преимущественно на либеральных представлениях о специфике отечественной уголовно-исполнительной системы, не способна удовлетворять закрепленным в действующем законодательстве целям пенитенциарной профилактики. Характер социальных патологий у осуждённых во многом определяется содержанием применяемых к ним средств воспитательно-профилактического воздействия.

Список литературы

1. Валиахметов Т.Р. Здоровье как интегральный показатель качества жизни // Российский экономический Интернет журнал. № 4 (01.10.06 - 31.12.06). URL: http://www.e-rej.ru/Articles/2006/Valiahmetov.pdf
2. Уваров И.А. Пенитенциарная профилактика как концептуально-методологическая основа деятельности учреждений уголовно-исполнительной системы: монография. Невинномысск: Изд-во НГГТИС, 2010. 205 с.
3. Бытко Ю.И. Учение о рецидиве преступлений в российском уголовном праве: история и современность. Автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. Саратов, М-во общего и профессионального образования РФ, Саратовская гос. акад. права. 1998. 24 с.
4. Коломытцев Н.А. Борьба с особо опасным рецидивом преступлений: теория и практика. Автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., Пермский филиал Юридического института МВД России. 2000. 54 с.
5. Зарва Г.Н. Рецидив преступлений: уголовно-правовой и криминологический аспекты. Автореф. дис. … канд. юрид. наук. Ростов-на-Дону, Институт управления, бизнеса и права. 2003. 24 с.
6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 октября 2010 г. № 1772-р // Рос. газета. 8 марта 2011 г.
7. Городнянская В.В. Постпенитенциарный рецидив. Автореф. дис. … канд. юрид. наук. Томский государственный университет. Томск, 2011. 24 с.
8. Заключенные в РФ. Статистика. URL: https://pikabu.ru/story/zaklyuchennyie_v_rf_statistika_5959823.
9. Городнянская В.В. Постпенитенциарный рецидив: методика изучения // Российское правоведение: Трибуна молодого ученого: Сборник статей. Вып. 9. Томск: Изд-во Томск. гос. ун-та, 2009. С. 168–169.
10. Байкова Л.А. Исследование социального здоровья детей и учащейся молодежи: теоретико-методологические основы // Педагогическое образование и наука. 2006. № 3. С. 59–63.
11. Морев М.В. Социальное здоровье российского общества: тенденции и проблемы // Проблемы развития территории. 2014. № 5 (73). С. 28–46.
12. Шабунова А.А., Морев М.В. Разработка методологического подхода к изучению социального здоровья как индикатора общественного развития // Социологический альманах. 2015. № 6. С. 473–489.

13. Бабинцев В.П., Колпина Л.В. Проблема формирования категориального аппарата «Социальное здоровье» // Научные ведомости. 2008. № 12 (52). С. 49–67.

14. Семенов С.А. Болезнь в контексте социальных исследований // Теория и практика общественного развития. 2017. № 5. С. 58–59.

15. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // СПС «Консультант плюс» [Электронный ресурс].

16. Краткая характеристика лиц уголовно-исполнительной системы. URL: http://fsin.su/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20har-ka%20UIS/

17. Приказ ФСИН России № 154 от 17 марта 2008 года «Об утверждении примерных структур и расчетов штатной численности начальствующего состава, рабочих и служащих исправительных учреждений, лечебно-профилактических учреждений, следственных изоляторов уголовно-исполнительной» // СПС «Консультант плюс» [Электронный ресурс].

18. Нистратова И.С. Проблемы медицинского обеспечения осужденных к лишению свободы, больных социально значимыми заболеваниями // Юрист-правоведъ. 2016. № 5 (78). С. 114-119.

19. Официальный сайт ФСИН России. URL: http://www.fsin.su/structure/medicine/oomosk/oomopoo.php.

20. Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)» // СПС «Консультант плюс» [Электронный ресурс].

21. Редько А.Н. Социально опасная патология как проблема общественного здоровья и здравоохранения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 42 с.

22. Кашуба Ю.А., Хижняк В.И. Реализация международных стандартов обращения с осужденными в уголовно-исполнительной политике. Монография. Рязань: Академия ФСИН России, 2005. 197 с.

23. Уваров И.А. Попытка критического анализа признаков «кризиса наказания» // Библиотека уголовного права и криминологии. 2013. № 4 (4). С. 97-101.

24. Нистратова И.С. Исполнение наказаний в отношении осужденных, больных социально значимыми заболеваниями: автореф. дис. … канд. юрид. наук. Грозный, 2019. 24 с.

25. Бородкин Ф.М. Социальные индикаторы – что это такое? // Мир России. 2004. № 4. С. 62–101.

26. Тощенко Ж.Т. Социальное планирование. Красноярск: Красноярское книжное изд-во, 1971. 296 с.

27. Уваров И.А. Труд как средство исправления осужденных в местах лишения свободы // Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление. 2011. № 2. С. 17–20.

28. Ембулаев В. Особенности развития экономики России в условиях либерализма // Известия Дальневосточного федерального университета. Экономика и управление. 2017. № 4 (84). С. 41–51.

29. Тихонова Н.Е. Социальная инклюзия в российском обществе // общественные науки и современность. 2002. № 6. С. 5–17.

30. Indicators and Information Systems for Sustainable Development. URL: http://www.nssd.net/ pdf/Donella.pdf.

31. Маланичева Н.А., Шабунова А.А. Общественное здоровье в регионе в условиях кризиса // Проблемы развития территории. 2012. № 2 (58). С. 115–116.

32. Тощенко Ж.Т. Социальное настроение – феномен социологической теории и практики // Социологические исследования. 1998. № 1. С. 21–34.

33. Хамадишин Д.З. Проблемы ресоциализации и социальной реабилитации осужденных в период реформирования уголовно-исполнительной системы // Вестник Владимирского юридического института. 2011. № 1 (18). С. 31–35.

34. Уваров И.А. Пенальный конфликт в системе детерминации пенитенциарного преступного поведения осужденных // Мировой судья. – 2008. – № 2. С. 26–28.

SOCIAL HEALTH OF CONVICTS IN THE CONTEXT OF THE IMPLEMENTATION OF PRISON PREVENTION

I.A. Uvarov

Candidate of Legal Sciences, Associate Professor, Associate Professor, Department of Criminal Law and Criminology, Stavropol branch,
Krasnodar University of the Ministry of internal Affairs of Russia;
Associate Professor, Department of General Sociology and Social Work,
Faculty of Social Sciences, Lobachevsky University

The content of the concept of 'social health of convicts' is considered, as well as its role in the system of penitentiary and post-penitentiary crime prevention as one of the signs of personal involvement into society. Special attention is paid to the analysis of potential possibilities of the penitentiary system in realization of social activity of the convict's personality, his active socialization during the period of serving his sentence and when returning to the free society. The concepts of 'social disease' (a socially significant disease) and 'socially dangerous pathologies' are also interpreted to prevent a prisoner from adapting normally after release from prison.

Keywords: penitentiary system, penitentiary crime prevention, postpenitentiary crime prevention, social health of convicts, penal system, relapse of crimes, social work, adaptation potential, socially dangerous pathologies.

Саралиева Зарэтхан Хаджи-Мурзаевна
Судьин Сергей Александрович
Бекарев Адриан Михайлович, Пак Галина Станиславовна
Воронин Геннадий Леонидович, Крамер Анастасия Дмитриевна
Фирсов Михаил Васильевич, Черникова Анна Андреевна
Шпилев Дмитрий Анатольевич
Ермилова Анна Вячеславовна
Исакова Инна Александровна, Янак Алина Леонидовна
Курникова Мария Владимировна
Попель Александр Александрович
Рушева Анна Витальевна
Уваров Игорь Алексеевич

СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТЕКСТЫ ЗДОРОВЬЯ

Монография

Компьютерная верстка:
Ивашечкина Дарья Евгеньевна
Рябинская Елена Сергеевна

Подписано в печать 01.09.2020
Формат 60×84 1/16. Усл. печ. л. 15,3
Заказ № 274. Тираж 500 экз.

Издательство НИСОЦ
г. Н. Новгород, Казанское ш., д.10/1, к.6

Отпечатано в типографии
Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского
г. Н. Новгород, ул. Б. Покровская, д.37