

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

П о ч е м у н е у л у ч ш а е т с я з д о р о в ь е р о с с и я н ?



Журавлёва Ирина Владимировна – доктор социологических наук, зав. сектором социальных проблем здоровья Центра исследования социальной структуры и социального расслоения ИС РАН

E-mail: zhuriv@mail.ru

Почему не улучшается здоровье россиян?

Аннотация

В статье анализируются социальные причины ухудшения здоровья россиян: отсутствие идеологии здоровья, искажение сути профилактики, необходимость формирования ответственности индивида за своё здоровье, отсутствие системы образования в сфере здоровья.

Ключевые слова: здоровье, профилактика, ответственность за здоровье, обучение заботе о здоровье

В последние годы в России отмечается улучшение демографических показателей – растёт продолжительность жизни и рождаемость, уменьшается смертность населения. Но при этом показатели заболеваемости продолжают ухудшаться у всех групп населения. Только за последнее десятилетие (2000-2010 гг.) увеличилась заболеваемость подростков 15-17 лет в 1,6 раза, населения в целом – в 1,2 раза, возросло число инвалидов – в 1,2 раза [Молодёжь 2010: 34; Здравоохранение 2011: 22]. Это происходит несмотря на активную законодательную деятельность, на недавно принятый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на утверждённую Правительством РФ «Государственную программу развития здравоохранения РФ», на осуществляемый с 2006 г. Национальный проект «Здоровье», благодаря которому медицина оснастилась современным оборудованием, части врачей повышена заработная плата. Расходы консолидированного бюджета на здравоохранение, физкультуру и спорт за последнее десятилетие увеличились в абсолютном выражении в 11 раз и составили в 2010 г. 3,7% к ВВП (правда, в европейских странах соответствующие доли равны 7-8%, а в США – 7,9%) [Здравоохранение 2011: 274, 278]. Отечественное здравоохранение не только получает всё увеличивающееся финансирование, но и непрерывно реформируется, а текущее состояние здоровья населения – всё хуже и хуже. В чём же причина сложившейся ситуации? Возможно, она объясняется следующими обстоятельствами.

1. В России отсутствует идеология здоровья. Как известно, среди факторов, влияющих на здоровье, доля здравоохранения оценивается в 10-15%. Но и в массовом, и ин-

дивидуальном сознании здоровье привычно ассоциируется, прежде всего, с медициной. Тогда как на здоровье человека влияют ещё условия труда, жилищные условия, особенности досуга, наличие образования, воспитания, поведения. Эти факторы никто не отрицает, но они остаются как бы за скобками. Сложность состоит в том, что «здоровье» редко бывает первостепенным фактором при принятии решений во всех этих сферах жизни. Но, видимо, наступило время изменить взгляд на сложившееся положение.

Сегодня ВОЗ поставила перед всеми странами задачу пересмотра государственных политик в области охраны здоровья с целью возложения ответственности за здоровье народа не на органы здравоохранения, а на правительство в целом при активном участии населения. Это требует эффективной системы анализа и оценки состояния здоровья населения, которая может быть создана с помощью мониторинга. Его роль особенно возросла после изменения ВОЗ основного критерия успешности социальной политики – перехода от ориентации на расходы, выделяемые на нужды здравоохранения, к ориентации на здоровье конкретного человека (популяции). Рекомендации ВОЗ нашли отражение в недавно принятой «Государственной программе развития здравоохранения РФ», стратегической целью которой является «совершенствование системы охраны здоровья в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи» [Государственная программа 2012: 3]. Но анализ содержания программы, показателей и ожидаемых результатов обнаруживает её сугубо медицинскую направленность, связанную с лечением людей, а не с формированием и сохранением их здоровья.

В России сегодня здравоохранение ориентируется исключительно на больных людей, адресуя им почти все социальные и медицинские ресурсы. Социальная политика в сфере здоровья направлена в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного сознания, не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов в сфере здоровья. Сегодня в России объектом социальной политики в сфере общественного здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженные им. Здоровый человек и здоровое население находятся вне сферы внимания здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся заболевания. И чем серьёзнее и тяжелее будут заболевания, тем больший интерес, экономический и научный, они будут представлять для здравоохранения, так как деньги выделяются только на

Отечественное здравоохранение не только получает всё увеличивающееся финансирование, но и непрерывно реформируется, а текущее состояние здоровья населения – всё хуже и хуже.

В России сегодня здравоохранение ориентируется исключительно на больных людей, адресуя им почти все социальные и медицинские ресурсы. Социальная политика в сфере здоровья направлена в основном на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование санитарно-гигиенической культуры населения, самосохранительного сознания, не на создание условий для оптимального взаимодействия личности и социальных институтов в сфере здоровья.

лечение больных и на изучение болезней. Тогда как основное внимание необходимо сосредоточить на поддержании здоровья здоровых людей, т. е. нужен принципиально иной взгляд на общественное здоровье.

В 2003 г. была принята «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации» и соответствующая программа её реализации. Значимость этого правового документа, в котором впервые использовано ключевое словосочетание «здоровье здоровых», достаточно велика. Но анализ данной концепции и её результатов за прошедшее десятилетие показывает, что её цели прежде всего связаны с повышением экономической эффективности от внедрения медицинских профилактических программ. И это не случайно, т. к. «местом рождения» концепции является Министерство здравоохранения РФ.

В 2011 г. после долгих обсуждений был принят Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Хотя «охрана здоровья» понимается в законе достаточно широко (сюда включаются условия труда, быта, отдыха, воспитания, обучения, питания), но выглядит это в целом как декларация. Потому что 99% статей закона имеют сугубо лечебную направленность. Готовили этот закон по традиции Минсоцразвития РФ, Российская академия медицинских наук, но не были привлечены специалисты из сфер образования, воспитания, спорта.

Последний правовой документ, принятый в конце 2012 г. – Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» не стала исключением по своей медицинской направленности. Таким образом, все силы здравоохранения и раньше, и сейчас направлены на лечение больных людей.

2. В последние годы всё больше говорится о **необходимости усиления профилактики в системе здравоохранения**. Понимание сути профилактики представлено в Государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» (далее Госпрограмма) – это «формирование здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска неинфекционных заболеваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, а также обеспечения для этого условий» [Государственная программа 2012: 60].

Но на практике понимание этих задач Минсоцразвития РФ воплотилось с 2009 г. в осуществление «мероприятий по ограничению потребления населением табака, информационно-коммуникационной кампании и создания Центров здоровья» [Государственная программа 2012: 63]. Нельзя не согласиться с тем, что проведена большая работа, направленная на сокращение потребления табака и алкоголя

изданием законодательных актов, ограничением рекламы, усилением информационного воздействия через СМИ. В сетях вещания «Первого канала» и «Россия 1» регулярными стали программы, пропагандирующие отказ от курения, употребления наркотиков, рациональное питание, физическую активность. Разнообразная информация представлена на сайте «Здоровая Россия» [Здоровая Россия]. В стране открыто более 500 Центров здоровья – это новые медицинские структуры на базе больниц и поликлиник, где человек может один раз в году бесплатно пройти обследование. Население относится к Центрам пока настороженно. Всё это, несомненно, приносит пользу, но мотивация на реализацию здорового образа жизни (ЗОЖ) до сих пор не проводилась, хотя планировалась. Что же намечается в данном направлении в Госпрограмме на период 2013-2020 гг.?

Госпрограмма состоит из 11 подпрограмм и первая из них – «Профилактика заболеваний и формирование ЗОЖ. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Среди участников подпрограммы все ведущие министерства и ведомства России – Минфин, МИД, Минобороны, Минэкономразвития, Минэнерго, Росавиация, Росимущество, ФНС, Российская академия наук, но нет ни Министерства образования, ни Министерства спорта, туризма и молодежной политики, ни Министерства природных ресурсов и экологии, имеющих к здоровью самое непосредственное отношение. Из 15 задач подпрограммы 10 имеют лечебный характер, а к числу немедицинских, поведенческих задач относятся: уменьшение потребления табака, алкоголя, соли и повышение потребления фруктов, овощей, увеличение уровня физической активности.

В качестве ожидаемых результатов семилетней работы, названы: снижение употребления табака на 50%, недопущение его употребления детьми, подростками и беременными женщинами (заведомо невыполнимая задача), увеличение продолжительности активной жизни за счёт формирования ЗОЖ и профилактики заболеваний (трудноизмеримый результат) [Государственная программа 2012: 54]. Все рассуждения о формировании у населения ответственного отношения к своему здоровью, о пропаганде ЗОЖ, об обучении навыкам соблюдения правил гигиены, режима труда и отдыха не попали в число отчётных показателей, значит, на их реализацию не будут выделяться средства и, соответственно, не будет результатов. Практически профилактика в Госпрограмме, помимо борьбы с курением, свелась к выявлению болезней и их лечению. Ежегодно на первую подпрограмму в 2013-2015 гг. планируется выделять по 75 млрд руб.

Но даже та профилактика, которая осуществляется сегодня, не приносит значимого результата, поскольку россияне относятся к ней без должной ответственности из-за

низкого уровня культуры здоровья. Например, по результатам диспансеризации в школе, тем ученикам, у которых обнаружены отклонения в здоровье, на руки выдаётся направление к врачу-специалисту – информация для родителей. Дальнейшее зависит от того, насколько серьёзно сам подросток относится к медицинскому направлению: донесёт ли его до родителей или выбросит. Даже если направление родителям доведётся прочитать, их реакция непредсказуема и зависит от большого числа факторов, начиная от недостатка времени, денег и кончая наличием общей культуры. Дошла ли информация до родителей и как они на неё прореагировали – никого не интересует, и родители могут оставаться в неведении относительно хронического заболевания ребёнка, которое тем временем развивается. При самом благоприятном исходе (это примерно 25% случаев) мама с подростком пойдёт на приём к специалисту. Зачастую оказывается, что специалиста нужного профиля в поликлинике нет или попасть к нему сложно. Таким образом, итоговый результат диспансеризации очень низкий. А следовательно и эффективность профилактики, и её содержание в понимании Минздрава РФ (выявление, лечение болезней и борьба с курением) обедняют её истинное предназначение и огромные возможности.

3. Индивиду определена пассивная роль в отношении своего здоровья. Россиянин не привык отвечать за собственное здоровье. Объясняется это характером ответственности за здоровье, которая в виде социальной нормы формировалась в предшествующие десятилетия. В СССР модель поведения индивида в отношении своего здоровья, во-первых, была ориентирована не на сохранение и укрепление здоровья, а на лечение возникающих болезней; во-вторых, обуславливалась патерналистским характером советского здравоохранения (когда бесплатное медицинское обслуживание было доступно для всего населения, что в определённой степени нейтрализовало собственную активность граждан в этой сфере); в-третьих, определялась предшествующим историческим опытом России с её небрежением к жизни отдельного индивида, существование которого было целиком подчинено интересам общества.

Во второй половине XX в. изменились тенденции смертности и заболеваемости, и это актуализировало идею личной ответственности индивида за здоровье. На смену причинам смертности, связанным с острыми и инфекционными заболеваниями, пришли хронические заболевания, объяснявшиеся в значительной степени особенностями образа жизни человека. В 1970-х гг. в западных странах это обусловило осуществление концептуального перехода в политике охраны здоровья от рассмотрения индивида как пассивного потребителя услуг здравоохранения к осознанию его активной роли в сохранении собственного здоровья. Новая политика обеспечения здоровья

Практически профилактика в Госпрограмме, помимо борьбы с курением, свелась к выявлению болезней и их лечению. Но даже та профилактика, которая осуществляется сегодня, не приносит значимого результата, поскольку россияне относятся к ней без должной ответственности из-за низкого уровня культуры здоровья.

Россиянин не привык отвечать за собственное здоровье. Объясняется это характером ответственности за здоровье, которая в виде социальной нормы формировалась в предшествующие десятилетия.

[Health Promotion] сводилась к стимулированию стереотипов поведения, ориентированных на сохранение здоровья, в сочетании с широкой системой соответствующих организационных, экономических, экологических и медицинских мер поддержки [Браун 1996: 132-133] Изменившаяся социально-экономическая ситуация в стране, увеличение доли платного сектора в системе здравоохранения поставила человека перед необходимостью изменить отношение к собственному здоровью, но это обстоятельство только начинает осознаваться россиянами.

Следует отметить, что именно формирование ответственности за здоровье, потребности в заботе о нём является наиболее сложной проблемой в сфере здоровья, поскольку связано с ломкой психологических стереотипов в сознании людей, которым десятилетиями внушалась мысль о том, что об их здоровье заботится государство. Такая работа предполагает создание системы воспитания и обучения навыкам здоровья различных групп населения, начиная с первых лет жизни человека. Длительность и сложность этого процесса предполагает систематическое, научно обоснованное воздействие на население, формирование соответствующих социальных норм поведения. Результаты этой кропотливой работы будут достигнуты тогда, когда полученные в детстве знания о здоровье превратятся в установки, убеждения, потребности, сформируют поведение на уровне привычки. Этот процесс может продолжаться не одно десятилетие, и только тогда можно надеяться на изменение существующего сегодня у россиян безответственного отношения к своему здоровью. Отмиранию подобных установок способствует, например, возникшая система отбора кадров при приёме на престижную работу, при которой здоровье является одним из маркеров успешности на рынке труда.

Сегодня можно говорить о существовании двух типов ответственности за здоровье. Первый, по данным наших исследований, ориентирован прежде всего на «усилия самого человека» при заботе о здоровье, второй – преимущественно на «условия жизни», когда усилиям человека отводится второстепенная роль. К первому типу относятся в основном лица с хорошей самооценкой здоровья, ко второму – чаще всего с плохой и удовлетворительной (Журавлёва 2006: 74).

Необходимо подчеркнуть, что стремление отдавать приоритет ответственности за состояние своего здоровья внешним обстоятельствам (условиям жизни) является достаточно устойчивой характеристикой массового сознания на протяжении последних десятилетий. В целом ответственность за здоровье больше характерна для молодых людей, лиц с высоким уровнем материальной обеспеченности и хорошим здоровьем.

Однако всё больше россиян осознают важность ответственности за собственное здоровье, главным образом, в результате покупки лекарств, посещения медицинских и спортив-

Сегодня можно говорить о существовании двух типов ответственности за здоровье. Первый, по данным наших исследований, ориентирован прежде всего на «усилия самого человека» при заботе о здоровье, второй – преимущественно на «условия жизни», когда усилиям человека отводится второстепенная роль.

ных учреждений. Объем платных услуг на душу населения за десятилетие (2000-2010 гг.) увеличился: медицинских – в 9,1 раза, санаторно-оздоровительных – в 3,7, физкультурно-спортивных – в 12,6. При этом цены в медучреждениях (за приём специалиста, сдачу анализов крови, удаление зуба и т. п.) возросли более чем в 5 раз, а за разовое посещение бассейна, группы общефизической подготовки – более чем в 7 раз [Здравоохранение 2011: 311]. Выборочные обследования Госкомстата РФ денежных расходов домашних хозяйств (2010 г.) обнаруживают ещё более высокий рост затрат на оплату медицинских услуг – в 10,9 раза, санаторно-оздоровительных – в 21,4, физкультурно-спортивных – в 53 раза. [Здравоохранение 2011: 262]. Наличие оплаты – не единственная проблема, поскольку число организаций отдыха и спорта разного профиля продолжает сокращаться – за последнее десятилетие общее число учреждений отдыха уменьшилось в 1,3 раза, а число отдохнувших в них – в 1,4 раза [Здравоохранение 2011: 212].

Таким образом, ни собственные финансовые возможности, ни условия жизни в виде материальной базы поддержания здоровья не способствуют изменению существующих тенденций в состоянии здоровья россиян.

Но если даже россиянин вопреки всему хочет заботиться о здоровье, он далеко не всегда знает, как именно это надо делать. По данным наших исследований, до 40 % респондентов, будучи недостаточно информированными в вопросах здоровья, затрудняются с выбором действий. Логичным было бы повысить уровень санитарно-гигиенической культуры населения введением образовательных программ.

Но Госпрограмма предлагает другой путь – «формирование в обществе понимания и принятия обществом культуры взаимных обязательств. Это понимание должно включать не только обязательства со стороны государства по обеспечению охраны здоровья, но и обязательства граждан заботиться о собственном здоровье, соблюдать определённые нормы и правила» [Государственная программа 2012: 31]. Разумная идея, но для того, чтобы соблюдать эти нормы и правила, их надо знать. Существующая сегодня пропаганда ЗОЖ силами телевидения, радио, рекламы всех видов явно недостаточна для охвата всех категорий населения, особенно это касается детей и подростков.

Далее в Госпрограмме отмечается, что в случае принятия гражданином на себя обязательств по ответственному отношению к собственному здоровью (периодическое прохождение профилактических осмотров, вакцинации, соблюдения предписаний врача), ему гарантируют необходимый объём качественной медицинской помощи. Предполагается, что система охраны здоровья будет представлять собой «культурный про-

Но если даже россиянин вопреки всему хочет заботиться о здоровье, он далеко не всегда знает, как именно это надо делать.

ект социального партнёрства гражданина и государства. Это требует переходного периода, в ходе которого каждый гражданин сделает свой выбор» [Государственная программа 2012: 9]. До сих пор у нас была дифференциация по экономическому положению, теперь может появиться аналог по поведению в сфере здоровья. Индивида хотят сделать партнёром государства в сфере здоровья, но для этого ему нужны знания, права и материальные условия, возможности для поддержания здоровья. Пока все эти компоненты партнёрства присутствуют в ограниченном масштабе. Очевидно лишь намерение переложить на человека не только материальную, но и моральную ответственность за своё здоровье.

4. В стране отсутствует система воспитания, обучения заботе о здоровье. Потребность в такой системе стала актуальной в последние десятилетия, когда перед населением возникла задача изменить существующие стереотипы сознания и поведения. Но оказалось, что люди к этому не готовы психологически, у них нет необходимых знаний, и они не представляют, где их получить. Поскольку процесс формирования потребностей и установок весьма сложный и длительный, целесообразно говорить о нём прежде всего в связи с детьми и подростками, тем более, что их состояние здоровья характеризуется крайне негативными тенденциями на протяжении нескольких десятилетий.

Только за 2000-2008 гг. заболеваемость детей 0-14 лет увеличилась на 25%, подростков 15-17 лет – на 41% [Российский статистический 2007: 288; Здравоохранение 2009: 122, раздел 2.64]. В структуре заболеваний у детей и подростков преобладают болезни системы кровообращения, крови и кроветворных органов, костно-мышечной системы и врождённые аномалии. Максимальные темпы прироста отмечены в пределах 4,5-4,9 раза у детей, 1,5-1,8 раза – у подростков (у взрослых по тем же болезням – увеличение в 1,2-1,5 раза) [Российский статистический 2009: 268]. Каждый четвёртый подросток 15-18 лет курит, при этом доля курящих среди юношей составляет 30,1%, среди девушек – 17,8%. Но по мере взросления число курящих резко возрастает, и среди 19-24-летних курит уже половина, в том числе – 62,1% юношей и 37,9% девушек [Молодёжь 2010: 61].

Разработчики Госпрограммы осведомлены о том, что в здоровье детей «сформировались устойчивые негативные тенденции». Среди этой возрастной группы населения «растёт заболеваемость, инвалидность, ухудшается физическое развитие, остаётся высокий уровень смертности. Серьёзной проблемой остаётся состояние детородной функции подрастающего поколения – около 1/3 подростков имеют изменения репродуктивного здоровья. Более 40% мальчиков страдают болезнями, которые в дальнейшем могут ограничить возможность

реализации репродуктивной функции» [Государственная программа 2012: 179, 89, 32]. Очень большая распространённость среди подростков и молодёжи негативных видов поведения заставляет медиков опасаться того, что в ближайшие 10-20 лет ухудшится ситуация со смертностью от неинфекционных заболеваний среди лиц в возрасте 35 лет и старше.

Все эти данные с неизбежностью заставляют разработчиков Госпрограммы прийти к выводу о том, что «формирование здорового образа жизни детей должно осуществляться фактически с момента их рождения в семье, дошкольном учреждении и школе практически непрерывно посредством формирования соответствующих ценностей». Представление о том, как видят этот процесс чиновники Минздрава РФ, даёт лишь один фрагмент Госпрограммы: «В школе информация о здоровом образе жизни помимо занятий на специальных уроках по предмету «Основы безопасности жизнедеятельности» должна доводиться до учеников во всех возможных ситуациях в процессе всего периода обучения, но неназойливо и незаметно, например, через материал для рекомендованного чтения, через условия задач по математике и физике, курс биологии и т. п.» [Государственная программа 2012: 75-76]. Очевидно, что работники Минздрава РФ весьма далеки от школьных проблем и, видимо, не понимают, что введение обучения заботе о здоровье в школе невозможно осуществить «неназойливо и незаметно».

Сегодня школа наносит урон здоровью каждого ребёнка. В школе нет предмета, обучающего заботе о здоровье. Современная школа не имеет концепции сохранения и укрепления здоровья детей, воспитания осознанного отношения к собственному здоровью. Вместе с тем возможно позитивное многофункциональное воздействие школы в этом направлении: оно может осуществляться через организацию учебного процесса, питания, обеспечение физического развития, психологическую коррекцию, борьбу с девиантными видами поведения, формирование позитивного отношения к здоровью. Педагоги по различным школьным предметам могут заниматься обучением заботе о здоровье детей, но не занимаются, так как ни для кого это не является отчётным показателем работы, и потому, как правило, нет результатов. Ещё одно важное обстоятельство: подростку, помимо суммы знаний о здоровье, необходим положительный пример учителя, который не курит, занимается спортом, реализует в собственной жизни хотя бы часть того, чему учит. Преподавание предмета «здоровье» должно включать специальные формы обучения (ролевые игры, тесты, тренинги и пр.), предусматривающие активное соучастие школьника в формировании собственного здоровья, соответствующей потребности в нём.

Достаточно распространённым является мнение о том, что обучать навыкам здоровья должна семья. Действительно, функции семьи в формировании отношения к здоровью очень важны. Они состоят в том, чтобы привить навыки заботы о здоровье, правильно организовать режим труда и отдыха, обеспечить качественным питанием, своевременно обратиться к врачу в случае болезни, позаботиться о гармоничном физическом и психическом развитии ребёнка, передать ему определённый набор сведений о своём организме, о вредных для здоровья привычках, привить навыки оказания первой помощи, то есть обеспечить ребёнку определённый уровень грамотности в вопросах здоровья. Считается, что эти данные доступны и понятны взрослым людям с любыми социально-демографическими характеристиками. Но наши исследования показывают, что более половины взрослого городского населения не знают, какие лекарства им противопоказаны, не помнят о перенесённых инфекционных заболеваниях, треть – не знают своё верхнее и нижнее давление, четверти опрошенных не известна собственная группа крови [Журавлёва 2006: 76-77]. Трудно винить семью в отсутствии подобных сведений, это – показатель общей низкой культуры, в том числе гигиенической. Следствием этого является также курение и неумеренное употребление алкоголя родителями, подающими пример своим детям. По данным международного исследования «Здоровье подростков и окружающая среда», курящие отцы были у 48% опрошенных российских подростков, у 26% финских и 43% – эстонских, курящие матери – у 13, 24 и 31% подростков соответственно по странам [Журавлёва 2002: 156].

Проецирование образа жизни родителей на ребёнка с первых дней его жизни приводит к формированию соответствующего состояния здоровья. Чем грамотнее осуществляется уход, лечение и гигиеническое воспитание ребёнка, тем он здоровее. Проблема в том, как воспитать грамотных родителей. Для статуса родителей очень важен уровень образования, поскольку рядом исследований доказана прямая зависимость между образовательным уровнем родителей, особенно матери, и состоянием здоровья детей, начиная с процесса родов, развития в детстве и самочувствия в подростковом возрасте. Установлена прямая зависимость самооценок здоровья подростков от уровня образования их родителей. Аналогичные зависимости прослеживаются и в других исследованиях в связи с курением, медицинской информированностью и экологическим поведением [Гурко 1996].

Воспитание грамотных родителей эффективнее всего осуществлять в общеобразовательной школе путём систематического преподавания предмета «Здоровье». Причём, вести этот предмет должен специально подготовленный педагог (а не наспех переученный военрук) с широким кругозором, эруди-

Проецирование образа жизни родителей на ребёнка приводит к формированию соответствующего состояния здоровья. Чем грамотнее осуществляется уход, лечение и гигиеническое воспитание ребёнка, тем он здоровее. Проблема в том, как воспитать грамотных родителей.

цией, осознающий место и роль человека в природе, обществе. Преподавателю предмета «здоровье» предстоит формировать разумное отношение к здоровью не только у школьников, но и у их родителей. Это достигается проведением семинаров и конференций для родителей, что уже делается в ряде регионов. Но отдельные примеры не могут решить проблему здоровья в масштабах страны. Требуется комплексный подход к данной проблеме на государственном уровне.

Необходимо также учитывать, что потребность в здоровье не может существовать сама по себе. Жизнь для человека значима только тогда, когда она наполнена смыслом, социальным содержанием. Поэтому потребность человека быть здоровым реализуется только при условии её соединения с представлениями о собственном социальном предназначении. На эмпирическом уровне ценность здоровья у человека с самого начала его сознательной жизни должна быть связана с успешностью карьеры, престижем или хотя бы модой на здоровье. Подобная мода может стать важным инструментом в той идеологии здоровья, которую рано или поздно, но обязательно создадут в нашей стране.

5. Руководство сферой охраны здоровья. Завершим перечень обстоятельств, мешающих российскому населению стать здоровым, рассмотрением того, с чего, по сути, всё начинается – с руководящей структуры, которая должна обеспечить взаимодействие всех компонентов сложного процесса сохранения и обеспечения здоровья нации. Сегодня этим, как уже отмечалось, занимается Министерство здравоохранения РФ. Негативные результаты этого руководства мы наблюдаем в течение ряда десятилетий. Только за последние 20 лет «существенно возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти. Число случаев заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза, онкологических – на 60%. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, возросло в 2 раза» [Государственная программа 2012: 8]. Так в Госпрограмме аргументируется важность предстоящей работы.

Анализ сложившейся ситуации позволил авторам Госпрограммы прийти к выводу, что в соответствии с рекомендациями ВОЗ «выполнение этих задач в рамках только системы здравоохранения невозможно и требует широкого межсекторального многоуровневого взаимодействия» [Государственная программа 2012: 13]. Разумный вывод, хоть и сделанный с десятилетним опозданием. Действительно, заниматься здоровьем нации должны все ведомства, имеющие к этому отношение, но их работа невозможна без опоры на законодательство. В связи с этим представляется актуальным введение юридических гарантий во всех сферах жизнедеятельности по критерию здоровья. К ним относятся глобальные сферы (энергетическая,

Необходимо учитывать, что потребность в здоровье не может существовать сама по себе. Жизнь для человека значима только тогда, когда она наполнена смыслом, социальным содержанием.

продовольственная, демографическая, экологическая) и сферы, непосредственно связанные со здоровьем человека – медицина, социальная инфраструктура, охраны труда, отдыха и т. п.

Целесообразно было бы создание межведомственной структуры на правительственном уровне, призванной преодолеть ведомственную разобщённость. Эта структура занималась бы комплексным решением проблем охраны здоровья во всех сферах жизни. В ряде стран имеется опыт создания таких управленческих структур. Подобная система заботы о здоровье граждан существует, например, в Швеции, где, в соответствии с законом с 1991 г., все национальные государственные и общественные организации, учреждения и органы власти обязаны докладывать парламенту о конкретных действиях, направленных на охрану здоровья населения. Учреждён Институт общественного здравоохранения, который разрабатывает механизмы, способы планирования, мониторинга и информирования граждан по данной проблеме.

У нас аналогичной структуры до последнего времени не было, но в октябре 2012 г. была создана правительственная комиссия по охране здоровья граждан во главе с Председателем Правительства РФ. В её состав вошли 15 министров, 20 президентов, председателей, руководителей самого высокого ранга различных ведомств, государственных и общественных организаций и 4 главы религиозных конфессий. Конечно, столь представительной комиссии доступно всё, кроме повседневной работы по формированию у населения потребности в заботе о собственном здоровье. Для этого нужен координирующий орган, в состав которого вошли бы представители основных направлений, связанных с охраной здоровья. К числу таких направлений относятся: трудовая деятельность, жилищно-бытовые условия, питание, занятия физкультурой и спортом, организация досуга, окружающая среда. С созданием такого нового формирования социальная политика в сфере здоровья получила бы возможность расширить зону своего воздействия на все аспекты, связанные со здоровьем населения, независимо от их ведомственного подчинения.

Завершая рассмотрение обстоятельств, мешающих россиянам быть здоровыми, следует подчеркнуть прежде всего не медицинский, а социальный характер этих проблем, решение которых возможно только на государственном уровне. При этом стоит отметить важность создания идеологии здоровья, направленной на здоровье здорового человека. Для этого процесс формирования установок на здоровый образ жизни должен стать значимым аспектом (особенно для детей и подростков) в профилактической работе системы здравоохранения и войти в Государственную программу «Развитие здравоохранения Российской Федерации» на 2013-2020 гг. в виде конкретных показателей. Индивид должен нести ответственность за

Целесообразно создание межведомственной структуры на правительственном уровне, призванной преодолеть ведомственную разобщённость. Эта структура должна заниматься комплексным решением проблем охраны здоровья во всех сферах жизни.

своё здоровье после того, как получит необходимую для этого информацию (оптимально – в системе дошкольного, школьного и вузовского образования) и материально-технические возможности для реализации потребностей в здоровом образе жизни. Реорганизацией нынешней системы здравоохранения в новом направлении должна заниматься руководящая структура, объединяющая представителей всех отраслей и ведомств, связанных со здоровьем населения.

Библиографический список

1. Браун Дж. В., Русинова Н. Л. 1996. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга II / Отв. ред. Б. М. Фирсов. – СПб.: Европейский Дом.
2. Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации». 2012 // Сетевой архив Nginx [электронный ресурс] URL: http://img.rg.ru/pril/article/69/49/25/Projekt_Zdravoochranenie.pdf [дата посещения: 18.02.2013].
3. Гурко Т. А. 1996. Особенности развития личности подростка в различных типах семей // Социологические исследования. № 3.
4. Журавлёва И. В. 2002. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Институт социологии РАН.
5. Журавлёва И. В. 2006. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука.
6. Здоровая Россия [электронный ресурс] // URL: <http://www.takzdorovo.ru/> [дата посещения: 18.02.2013].
7. Здравоохранение в России. 2009 а. Статистический сборник. – М.: Росстат.
8. Здравоохранение в России. 2009 б. Статистический сборник // Официальный сайт ФГС РФ [электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/IssWWW.exe/Stg/d1/02-64.htm [дата посещения: 18.02.2013].
9. Здравоохранение в России. 2011. Статистический сборник. – М.: Росстат.
10. Молодёжь в России. 2010. Статистический сборник ЮНИСЕФ. – М.: Росстат.
11. Российский статистический ежегодник. 2007. – М.: Росстат.
12. Российский статистический ежегодник. 2009. – М.: Федеральная служба государственной статистики.

Следует подчеркнуть прежде всего не медицинский, а социальный характер проблем охраны здоровья, решение которых возможно только на государственном уровне. Необходимо создание идеологии здоровья, направленной на здоровье здорового человека.