



- ⁹ См.: Improving Financial Literacy. Analysis of Issues and Policies. OECD. 2005. URL: http://www.oecd.org/document/28/0,3343,en_2649_15251491_35802524_1_1_1_1,00.html (дата обращения: 17.02.2010).
- ¹⁰ См.: Correia A. Information literacy for an active and effective citizenship: White paper prepared for Unesco, the US National Commission on Libraries and Information Science and the National Forum on Information Literacy, for use at the Information Literacy Meeting of experts. Prague, 2002. URL: <http://www.nclis.gov/libinter/infolitconf&meet/papers/correiainfullpaper>. (дата обращения: 17.02.2010).
- ¹¹ См.: Measuring Financial Capability: an Exploratory Study. Financial Services Authority. 2005. URL: <http://www.fsa.gov.uk/pubs/consumer-research/cpr37.pdf> // <http://nacfin.ru/finansovaja-gramotnost-naselenija-rossii/zasedanie-koordinacionnogo-komiteta-pofinansovoi-gramotnosti.html> (дата обращения: 08.03.2010).
- ¹² Социологическое исследование «Уровень финансовой грамотности студентов российских вузов» было проведено методом группового анкетирования в 2009 г. группой компаний Центра финансовых технологий (Центр исследования платежных систем и расчетов, Национальное агентство финансовых исследований НАФИ). N = 4794 студента в 7 федеральных округах (ЦФО – 30,9%, СЗФО – 12,5%, ЮФО – 6,3%, ПФО – 26,4%, УФО – 9,4%, СФО – 8,3%, ДВФО – 6,3%), 17 городах России (Казань, Москва, Тюмень, Самара, Ярославль, Вологда, Краснодар, Саратов, Уфа, Владивосток, Иркутск, Омск, Санкт-Петербург, Челябинск, Рязань, Тула, Оренбург).

УДК 316.3:616.1

ПРЕДИКТОРЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

И. Л. Кром¹, И. Ю. Новичкова²,
Т. Н. Ильина³, Д. А. Осипов³, Т. В. Рождественская³

¹Центр медико-социологических исследований, г. Саратов

²Институт социального образования (филиал) Российского государственного университета в г. Саратове

³Саратовский государственный медицинский университет
E-mail: KromIL@km.ru

В статье обсуждаются результаты междисциплинарных исследований социализации лиц в ситуации болезни, предикторов инвалидности при болезнях системы кровообращения. Инвалидность рассматривается как способ социализации, возникающий при невозможности субъекта эффективно реагировать на изменение социальной среды как отклонение от стандартов возрастной социализации из-за нарушений освоения возрастных статусов.

Ключевые слова: инвалидность, социализация, болезни системы кровообращения.

The Socialization Predictors of People with Cardiovascular Diseases

I. L. Krom, I. Yu. Novichkova, T. N. Ilyina, D. A. Osipov,
T. V. Rozhdestvenskaya

The results of interdisciplinary researches of people socialization in illness situation, disability predictors at people with cardiovascular diseases are discussed in this article. Disability is considered as the way of socialization that occurs at impossibility of the subject to respond effectively to social environment changes, as a deviation from age socialization standards because of development violations of age statuses.

Key words: disability, socialization, cardiovascular diseases.



Вторая половина XX в. и начало XXI в., наряду с очевидными успехами в профилактике и лечении многих заболеваний, отмечены ростом инвалидизации населения. Хронические неинфекционные заболевания (и среди них болезни системы кровообращения) относятся к основным причинам смертности и инвалидизации населения России. Изучение структуры и предикторов инвалидизации больных вследствие хронических неинфекционных заболеваний в наши дни перестает быть предметом только медицинских исследований и становится одной из важных социальных проблем.

Обзор социологических исследований в области социальных проблем общественного здоровья позволяет предположить, что программы охраны здоровья, профилактики заболеваний и совершенствования медицинской помощи оказываются неэффективными вследствие «отсутствия комплексного определения здоровья с включением в него немедицинских признаков»¹, то есть отсутствия интегральной модели, учитывающей многомерную, иерархическую систему показателей качественного состояния населения. Характеристика здоровья может быть представлена в концепции социального здоровья и социальной безопасности (В. Н. Ярская), в которой возможность обобщения понятия социального здоровья связана «с сопутствующими понятиями социального благополучия, социального комфорта, социальной безопасности, устойчивости социального статуса»². При этом «система статусных характе-



ристик социальной группы или отдельно взятого индивида охватывает параметры экономического, этнического, профессионального, образовательного, семейного, интеллектуального, психологического укоренения человека в социум»³. Разработка критериев социального здоровья предполагает интегративные исследования в области наук о человеке, создающих «универсальные категории культуры и форм мышления: человек, культура, социум, свобода, гуманизм, конфликт, время, социальные действия, жизнь, смерть, экология, экзистенция, ситуация, субъект, образ жизни, картина мира, душа»⁴.

Можно предположить взаимодействие факторов риска, необходимость их комплексного изучения для профилактики социального здоровья. К социальным можно отнести факторы риска, обуславливающие «общий кризис общества, ведущие к изменению образа жизни и стиля жизни, к ломке системы ценностей, утрате прежних идеалов и нечёткости или отсутствию новых»⁵. Кризисные периоды развития обществ Э. Дюркгейм связывал с состоянием аномии – ценностно-нормативным вакуумом и фрустрацией вследствие ограниченной возможности удовлетворения потребностей.

«Все исключительно значимые проблемы не могут быть изучены вне оценки влияния на них нового витка глобализации, которая стала важнейшей доминантой развития современной цивилизации. Под ее влиянием происходит трансформация... бытия человека»⁶. Анализ и прогноз возможных вариантов социальных последствий глобализации содержит, в частности, определение наиболее значимых социальных угроз и рисков. О. Н. Яницкий, определяя своеобразие проявления рисков в России, считает, что «Россия, преодолев некоторый качественный барьер, превратилась в общество всеобщего риска»⁷.

По мнению В. И. Жукова⁸, значимыми сегодня и в среднесрочной перспективе зонами риска являются:

- чрезвычайно высокий, значительно превышающий международные стандарты уровень социального расслоения общества, дифференциация по величине дохода между социальными группами, внутри социальных групп, по профессиям, между регионами, по тендерному признаку;

- бедность значительной части населения;

- понимание бедности как образа жизни, пришедшее на смену пониманию бедности как нехватки денег. Причем во многом – это экономическая бедность, когда бедными являются работающие и трудоспособные люди;

- демографическая проблема. Прогноз показывает, что при сохранении существующей в настоящее время тенденции население страны составит в 2015 г. 138,4 млн человек, а затем, при крайне неблагоприятных условиях, в середине века достигнет рубежа 100 млн человек при его значительном старении (существуют и более драматичные прогнозы);

- проблема разных видов насилия, которое сегодня приобретает все более ярко выраженный глобальный размах и тотальный характер. Усиливается криминализация общества;

- потеря Россией почти половины экономического потенциала за годы либеральных экономических реформ в их крайне радикальной форме;

- серьезная проблема экологической угрозы, связанная с плохо контролируемой охраной от загрязнения окружающей среды, некачественные продукты питания.

Преобразования в современном российском обществе привели к изменению статусных характеристик различных групп населения, стратификационной системы в целом. «В социологии термин “стратификация” обычно применяется для изучения структурированного социального неравенства»⁹. По определению Т. Парсонса, социальная стратификация – это дифференцирующее ранжирование индивидов¹⁰. Положение субъекта в обществе, его социальные связи, стереотипы поведения связаны с тем, какое место он занимает в структуре социального пространства – «пространства статусных различий, ролевых ожиданий, форм социальной идентификации, институализации социального взаимодействия»¹¹.

Социальные риски, возникающие под воздействием политических, социально-экономических, социокультурных процессов, идущих в современном российском обществе, распределены определенным образом. Социальная циркуляция, которая понимается как изменение социальной структуры¹², характеризуется в России нарастанием социального неравенства. Основа и сущность социальной структуры, по мнению П. А. Сорокина, – в «неравномерном распределении прав и привилегий, ответственности и обязанности, наличии или отсутствии социальных ценностей власти и влияния среди членов того или иного общества».

С изменением социальной структуры общества связано возникновение статусного риска. Имущественное расслоение по доходам и по уровню жизни приводит к усилению нисходящей социальной мобильности. Среди большей части населения усиливается опасение за снижение своего социального и личного статуса. Социальный риск проявляется в массовом опасении потерять работу, источники личных доходов, здоровье. Для социально активных и обеспеченных слоёв населения статусный риск проявляется в опасении за жизнь и личные права. Показателями статусного риска выступают: экологическая ситуация, уровень доверия к правительству и местным органам власти, степень гражданской защищенности, личной безопасности и т. д. Маргинальный риск выражен для категорий населения, живущих за пределами установленного уровня бедности – это, в основном, представители «базового» и «нижнего» слоёв, по классификации Т. И. Заславской¹³.



В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях отмечается, что представители нижних социальных слоев имеют наименьший доступ к ресурсам медицинского обеспечения. Различия в доступности медицинского обслуживания и его качества, по мнению авторов, являются фактором усиления неравенства в здоровье/продолжительности жизни. Три главные составляющие социально-экономического статуса – образование, род занятий и уровень доходов – оказывают влияние на здоровье, определяя образ и условия жизни разных слоёв населения. Не вызывает сомнения, что состояние здравоохранения ответственно за более высокий уровень заболеваемости представителей нижних социальных слоев, однако значительные различия в состоянии здоровья социальных слоев отмечены и в тех странах, где отсутствуют социально-экономические барьеры в доступности медицинского обслуживания (например, Швеции, Финляндии). Значительное улучшение доступа малообеспеченных групп населения к системе медицинского обслуживания в Англии, США не привели к изменением стратификационного градиента относительно продолжительности жизни¹⁴.

Бедность, являясь глобальной социальной проблемой, активно исследуется и имеет много сходных черт во всем мире¹⁵. В многочисленных исследованиях бедность определяется как низкий уровень доходов и расходов, отсутствие необходимых ресурсов, невозможность поддержания желаемых жизненных стандартов, определенное самоощущение в социуме.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах. Эти различия обуславливают неодинаковые возможности для адаптации людей к природной и социальной среде, способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Кроме того, неравенство в жизненных стандартах определяет и разные возможности лечения и профилактики заболеваний. Длительное состояние страха, неуверенности, низкая самооценка, социальная изоляция, невозможность принимать решения и контролировать ситуацию, связанные с бедностью, являются факторами риска психосоциальных заболеваний.

В условиях России, в отличие от большинства развитых стран, различия в здоровье определяются факторами социокультурного характера, которые, наряду с экономическими, экологическими, природно-климатическими условиями жизни, создают общую ситуацию в сфере здоровья различных групп населения¹⁶.

При одинаковых экологических, социально-экономических, бытовых и прочих факторах, при одинаковой наследственности субъекты имеют разное здоровье, что определяется различиями самосохранительного поведения (наличие или

отсутствие вредных привычек, ценности здоровья и степени активности для его поддержания и т.д.)¹⁷. Здоровье для лиц с низкими стартовыми возможностями часто рассматривается как дополнительный жизненный ресурс, средство для достижения определенных целей.

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения¹⁸, специфическими факторами, которые влияют и будут влиять на будущее соотношение инвалидов в мире, являются следующие:

- изменения в возрастной структуре населения;
- экономические особенности административной территории;
- изменения в структуре заболеваемости и смертности;
- рост урбанизации;
- экологическая обстановка.

Классификация, разработанная в России в конце 1980-х гг., определяет 6 групп факторов, способствующих возникновению инвалидности¹⁹:

1-я группа – демографические и социальные особенности административных территорий;

2-я группа – экономические особенности и развитие той или иной отрасли народного хозяйства и промышленности на различных административных территориях.

Было выявлено, что инвалидов больше в тех административных районах, для которых характерны следующие демографические и социально-экономические особенности: убывающее население, низкий процент городского населения, низкий темп роста городского населения, высокая смертность, низкая рождаемость, низкий естественный прирост, большой удельный вес лиц пожилого возраста, низкий процент трудоспособного населения, большой удельный вес лиц с начальным образованием;

3-я группа – заболеваемость населения, состояние лечебно-профилактической помощи: позднее обращение за медицинской помощью, первичное установление ошибочного диагноза, неполное обследование в период установления диагноза; отсутствие диспансерного наблюдения, несвоевременная постановка на диспансерный учет, короткие сроки стационарного лечения, недостаточный объем и неправильная тактика лечения;

4-я группа – характер и условия труда на отдельных предприятиях, в целом по отрасли, региону. Изучение влияния характера и условий труда на промышленных предприятиях показало четкую зависимость уровня инвалидности рабочих и служащих от условий и характера труда. При благоприятных условиях труда (нормальный микроклимат, уровень шума в пределах нормы, умеренная физическая нагрузка) отмечается низкий уровень первичной инвалидности. При умеренно выраженных неблагоприятных усло-



виях труда (незначительное превышение нормативного уровня шума, физическая нагрузка 2–3-й категории тяжести) отмечается средний уровень первичной инвалидности рабочих и служащих. При выраженных неблагоприятных условиях труда (неблагоприятный микроклимат, значительное превышение уровня шума, физическая нагрузка 3-й категории) отмечается высокий уровень инвалидности среди рабочих и служащих. В выполняемой работе у этих больных имеют место такие неблагоприятные производственные факторы, как тяжёлый физический труд, значительное нервно-психическое напряжение, неблагоприятные санитарно-гигиенические условия;

5-я группа – социально-бытовые условия;

6-я группа – состояние медико-экспертного обслуживания населения. Влияние на уровень инвалидности, по мнению авторов, оказывают необоснованные экспертные решения о группе инвалидности в связи с неиспользованием возможности продления лечения по больничному листу, неверной оценкой данных инструментальных исследований, ошибочной оценкой возможности трудоустройства без потери или снижения квалификации и т. д.

Сравнительный анализ факторов, предопределяющих инвалидность при болезнях системы кровообращения, проводит Л. Е. Кузьмишин²⁰. Автор указывает, что инвалидность при болезнях системы кровообращения – сложная многофакторная проблема, обусловленная многочисленными медицинскими, демографическими, социальными, экономическими, организационными и другими факторами, находящимися в сложной взаимозависимости.

По мнению И. А. Трифионовой и соавторов²¹, среди основных факторов риска, способствующих инвалидизации больных, страдающих болезнями системы кровообращения, приоритетная роль (более 70%) принадлежит хроническим заболеваниям в анамнезе, недостаточной физической активности, злоупотреблению жирной, сладкой, мучной пищей, хроническим заболеваниям системы кровообращения у близких родственников. На долю других факторов, по утверждению авторов, приходится менее 30%. В исследовании отмечено гендерное влияние на значимость некоторых факторов риска. Это касается курения, употребления алкоголя и отчасти вредных производственных условий, роль которых в формировании болезней системы кровообращения как причины инвалидности для мужчин более значительна, чем для женщин.

Представленные классификации факторов риска инвалидизации, как и классификация В. И. Поварова²², определяют факторы риска инвалидности в связи с существовавшей в России практикой идентификации инвалидности с болезнью. Исторически понятия «инвалид» и «инвалидность» в России связывались с понятиями «нетрудоспособность» и «больной».

Принятие в 1995 г. Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», разработка новых методологических подходов²³ позволили России использовать международные критерии при определении инвалидности. Инвалидность определяется как социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Современная концепция инвалидности, в соответствии с международной классификацией (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps – ICIDH), принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1980 г.²⁴, определяет критерии нарушения здоровья, степени ограничения жизнедеятельности и социальные последствия болезни. Согласно данной классификации, под повреждением (impairment) понимается утрата или аномалия анатомических, физиологических, психологических структур или функций. Нарушение жизнедеятельности (disability), по классификации ВОЗ, – возникающее в результате повреждения ограничение или утрата возможности осуществлять повседневную деятельность, считающуюся нормальной для человеческого общества. Социальные ограничения (handicaps) предполагают возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивида в соответствии с его биосоциальными характеристиками. Инвалидность – сложное социальное явление, зависящее от факторов, определяющих социализацию личности. Ограничение жизнедеятельности возникает в том случае, если больной лишен возможностей, обычно имеющихся в обществе и необходимых в повседневной жизни, включая образование, занятость, личную и финансовую безопасность, свободный доступ ко всем видам общественного обслуживания, свободу передвижения и т. д.

В отличие от существующей в России концепции инвалидность рассматривается нами как способ социализации, возникающий при нарушении способности субъекта к освоению возрастных статусов, невозможности эффективно реагировать на изменение социальной среды из-за нарушения способности к конкуренции и приспособлению.

Социализация – «это процесс и система взаимодействия личности и среды через усвоение субъектом определённых знаний, ценностей, установок, ролей, статусных характеристик и функций, присущих определённым группам»²⁵. Следует отметить решающую роль личности в процессе социализации, однако не меньшую роль играют и другие уровни системы – группа, институты, социум в целом. Они – участники социализации как взаимодействия, которое предполагает наличие обеих сторон.



Особый интерес в исследовании социализации заслуживает попытка создания модели, связывающей различные уровни социального пространства с индивидуальными социальными фактами²⁶.

По мнению Г. Штайнкампа, элементы в причинной цепи от положения в системе социального неравенства до индивидуальной болезни и продолжительности жизни представлены на различных уровнях социального пространства, расставленного в многоуровневой модели. В указанной цепи более высокий уровень определяет релевантные условия для других уровней²⁷.

На высшем уровне (макроуровень) – социальная стратификация, определяющая неравные условия жизни и жизненные шансы. Средний (мезо-) уровень охватывает конкретные жизненные обстоятельства, в которых проявляется действие неодинаковых нагрузок и ресурсов. На нижнем (микро-) уровне процесс взаимоотношения индивида с нагрузками и ресурсами (рисунок).

Одной из форм процесса социализации является приспособление – принятие субъектом культурных норм, образцов поведения и действий в новой среде. Как и конкуренция, эта форма социализации возникает на каждом ее этапе, предполагает принятие новых ценностей, новых идентификаций. Приспособление предполагает формирование такого поведения, которое пригодно для жизни в постоянно меняющихся условиях среды. По мнению Ю. Р. Хайруллиной, перманентные изменения

личностного статуса, отсутствие его временной стабильности и неизменной идентификации являются закономерностью процесса социализации в условиях трансформации. Современное общество, в отличие от традиционного, характеризуется большей социальной мобильностью, учащенной сменой интегрального статуса личности. Идентификация личности размыта, статус неравномерно достигается в различных сферах жизни, существуют несоответствие и конфликты рангов²⁸.

Определенные социальные группы (в том числе и инвалиды) стремятся получить предписанный статус социально незащищенных, что определяет более упорядоченную и предсказуемую социализацию, получают установленные в обществе социальные гарантии.

Инвалидизация больных при болезнях системы кровообращения рассматривается нами как невозможность эффективно реагировать на изменение социальной среды, как отклонение от стандартов возрастной социализации из-за нарушений освоения возрастных статусов. Сравнительный анализ работ отечественных и зарубежных авторов свидетельствует, что для анализа инвалидизации в контексте социального функционирования лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, до настоящего времени не существует обоснованной интегративной концепции предикторов инвалидности. Существующие исследования лишь инициируют мультипарадигмальные разработки по данной проблематике.





Междисциплинарные исследования социализации лиц в ситуации болезни, предикторов инвалидности при хронических неинфекционных заболеваниях (болезнях системы кровообращения, пограничных психических расстройствах, сахарном диабете) проводятся в Центре медико-социологических исследований с 2008 г. Респонденты, включенные в исследование, страдали ишемической болезнью сердца, занимающей первое ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения при болезнях системы кровообращения в Саратовской области.

Критерии инвалидности, разработанные Всемирной организацией здравоохранения, определяющие практику установления групп инвалидности в России, предполагают четкую корреляцию тяжести соматического состояния (дефекта), степени ограничения жизнедеятельности и социальных ограничений инвалида. Локализация и глубина поражения миокарда при перенесённом инфаркте миокарда, хроническая сердечная недостаточность и постинфарктная стенокардия являются одними из основных клинических предикторов инвалидизации больных ишемической болезнью сердца.

Не вызывает сомнений, что у больных ишемической болезнью сердца в терминальном состоянии существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе и ограничение способности к трудовой деятельности. В результате возникает неэффективность возрастной социализации, потребность в предписанном статусе инвалида. В ходе проведенного исследования на большом фактическом материале (в исследовании участвовало более 1,5 тыс. респондентов) установлено отсутствие корреляции ($p \leq 0,2$) тяжести клинических предикторов инвалидизации больных в нетерминальном состоянии и трудовой занятости – фактора эффективной возрастной социализации.

Результаты позволили подтвердить гипотезу исследования об отсутствии облигатной роли соматических предикторов в инвалидизации больных при болезнях системы кровообращения. Облигатными являются социальные и личностные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состоянием в ситуации болезни, а также ресурсы, предоставляемые обществом для социализации больных.

Было выяснено, что к группам социального риска инвалидизации трудоспособного возраста при болезнях системы кровообращения относятся больные среднего возраста, обладающие наименьшим профессиональным и квалификационным трудовым потенциалом, большинство из которых живет на уровне бедности. Возникает невозможность в связи с социальными, личностными и соматическими характеристиками эффективно реагировать на меняющуюся социальную ситуацию, усугубляется затруднение

социализации. В результате больные стремятся к установлению и поддержанию предписанного статуса инвалида.

Инвалидность (неэффективность социализации) формируется при недостаточности у больных соматических, психологических и социальных ресурсов. Способствуя инвалидизации больных, соматические предикторы не являются облигатными. Роль последних играют личностные и социальные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состоянием, «ситуацией болезни»²⁹, и ресурсы, предоставляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих соматической или психической патологией.

Проведенное исследование свидетельствует, что, в отличие от существующих в настоящее время представлений о корреляции тяжести соматической патологии и возникающего ограничения жизнедеятельности, в большей степени ограничение жизнедеятельности связано с ситуацией болезни и качеством жизни субъекта. Функциональные нарушения, выявляемые у инвалидов, не всегда соответствуют тяжести принятых в экспертной практике ограничений жизнедеятельности. Достоверная корреляция тяжести заболевания и степени ограничения жизнедеятельности возникает у больного лишь в терминальной стадии заболевания.

По нашим данным, для большинства респондентов, занятых физическим трудом, часто возникает ограничение жизнедеятельности, связанного с болезнями системы кровообращения, предполагает потерю профессии, безработицу, нарушение социализации.

За последние десятилетия накоплен большой фактический материал о параллельном развитии изменений в сосудах сердца и мозга. Наиболее частое и тяжелое поражение мозговых сосудов наблюдается у больных ишемической болезнью сердца. В проводимых совместно с кафедрой неврологии Саратовского государственного медицинского университета исследованиях³⁰, цель которых – изучение встречаемости и степени тяжести цереброваскулярной патологии у больных ишемической болезнью сердца с установленной группой инвалидности, выявлено, что инвалиды данной категории, как правило, одновременно страдают цереброваскулярной патологией, которая не только утяжеляет клинический прогноз, но может являться причиной развития у них социальной недостаточности. Имеющиеся у них социальные недостатки. Имеющиеся у инвалидов, страдающих цереброваскулярной патологией, когнитивные нарушения (памяти, внимания, восприятия, мышления) различной степени выраженности обуславливают ограничение способности к обучению, общению, трудовой деятельности, определяют социальное поведение индивида, изменяют социальную ситуацию развития субъекта. Изучение объективных и субъективных условий формирования



изменений личности, складывающихся в ходе соматического заболевания, предполагает анализ всей совокупности условий развития личности, в которую ставит человека хроническое соматическое заболевание.

Болезнь и ее социальные последствия объединяются понятием «ситуация болезни», которое отражает изменившиеся условия психологической деятельности больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. Суть – в уменьшении объективных возможностей для сохранения мотивационной сферы больного и способов ее реализации в условиях телесной болезни. Субъективный компонент характеризуется степенью активности самой личности больного, ее направленностью, механизмами саморегуляции, прежде всего ее мотивационно-потребностным уровнем.

По мнению академика Р. Г. Оганова³¹, если и в дальнейшем основные усилия в здравоохранении России будут направлены в основном на улучшение диагностики и лечения болезней системы кровообращения и других неинфекционных заболеваний, это приведет лишь к увеличению числа выявленных больных и расходов на здравоохранение.

Несмотря на то что в экономически развитых странах отмечен высокий процент лиц со значительным риском сердечно-сосудистых событий, показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в этих странах в 3 раза ниже, чем в России³². Этот факт служит одним из многочисленных доказательств важнейшей роли социальных факторов здоровья – социальных стратификационных различий, включающих образовательный уровень, профессиональные позиции субъекта, обладание социальными и персональными ресурсами, релевантные здоровью стратификационные различия в поведении, чувство контроля над жизнью и т. д.

«В связи с зависимостью возникновения болезней от политических, экономических, экологических, культурных и социальных условий, изменение (улучшение) в состоянии здоровья населения следует ожидать от изменения данных условий, а не от вмешательства в уже запущенную болезнь»³³.

Обсуждая инвалидность в терминах социализации, следует признать необходимость интегративного подхода к профилактике инвалидности, которая в современной России строится лишь на медицинской составляющей. До настоящего времени модифицируемые факторы риска основных хронических неинфекционных заболеваний, коррекцию которых предполагают проводимые в различных странах, в том числе и в России, национальные программы, относятся в основном к соматическим. Существующая в России практика профилактики инвалидизации больных при хронических неинфекционных заболеваниях заключается в коррекции модифи-

цируемых соматических предикторов в связи с идентификацией инвалидности с болезнью.

В связи с существующей в России концепцией инвалидности профилактика инвалидизации больных, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями (в их числе болезни системы кровообращения), – «предупреждение инвалидности»³⁴ – включает профилактику первого уровня – комплекс мер, направленных на предупреждение возникновения физических, когнитивных, психических и сенсорных дефектов, и профилактику второго уровня – профилактику инвалидизации при наличии соматического заболевания или стойкого дефекта³⁵.

Презентация инвалидности при хронических неинфекционных заболеваниях как проблемы социального функционирования субъекта в условиях соматических (психических) и социальных ограничений предполагает формирование интегративной концепции профилактики инвалидности, учитывающей облигатную роль социальных предикторов в инвалидизации данной категории больных. Концептуализация социального феномена инвалидности способствует объяснению механизмов инвалидизации трудоспособного населения в современной России, позволит разработать интегративную концепцию национальной программы профилактики инвалидности и программ медико-социальной реабилитации инвалидов, продолжить исследование для создания универсальной модели инвалидизации лиц в ситуации болезни.

Примечания

- ¹ Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения. М, 1988. С. 67.
- ² Ярская В. Н. Благотворительность и милосердие как социокультурные ценности // Российский журнал социальной работы. 1995. № 9. С. 27–33.
- ³ Там же. С. 27.
- ⁴ Ярская В. Н. Предисловие // Социальная работа в системе «Человек – общество – культура». Саратов, 1994. С. 6–7.
- ⁵ Ядов В. А. Настоящее и будущее теоретической социологии в России // Социологические исследования. 1995. № 1. С. 23–25.
- ⁶ Жуков В. И. Российское общество в контексте глобализации: проблемы социальной модернизации // Социальная политика и социология. 2004. № 3. С. 7.
- ⁷ Яницкий О. Н. Экономическая социология как риск-рефлексия // СОЦИС. 1999. № 6. С. 54.
- ⁸ Жуков В. И. Указ. соч. С. 8–9.
- ⁹ Oxford Concise Dictionary of Sociology / Marshall G. (ed) / пер. с англ. В. И. Ильина. Oxford University Press, 1996. № 4. Р. 246–513.
- ¹⁰ Парсонс Т. Аналитический подход к теории социальной стратификации. М., 1992. Вып. 2. С. 53.



- ¹¹ Ярская В. Н., Яковлев Л. С., Печёнкин В. В., Ежов О. Н. Пространство и время социальных изменений. М. ; Саратов, 2004. С. 122.
- ¹² См.: Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992. С. 302.
- ¹³ См.: Заславская Т. И. Трансформация социальной структуры российского общества // Куда идет Россия?... Социальная трансформация постсоветского пространства: материалы Междунар. симп. / под общ. ред. Т. И. Заславской. М, 1996. Вып. 3. С. 11–12.
- ¹⁴ См.: Naan M. N. Socio-Economy position and Health: A Review Human Population Laboratory. California State Dept. of Health, hektogr. Manuskript, 1985. P. 13.
- ¹⁵ См.: Давыдова Н. М. Депривационный подход в оценках бедности // СОЦИС. 2003. № 6. С. 88–96.
- ¹⁶ См.: Неравенство и смертность в России: коллективная монография / под ред. В. Школьниковой, Е. Ануриевой и Т. Малеевой; Моск. центр Карнеги. М., 2000.
- ¹⁷ См.: Шилова Л. С. Трансформация самосохранительного поведения // СОЦИС. 1999. № 5. С. 88.
- ¹⁸ Цит. по: Методические рекомендации по комплексному изучению причин инвалидности. М., 1989. С. 5.
- ¹⁹ Там же. С. 5–6.
- ²⁰ См.: Кузьмишин Л. Е. Социально-гигиенические аспекты инвалидности. Принципы и перспективы медико-социальной экспертизы и реабилитации при заболеваниях системы кровообращения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997. С. 13–15.
- ²¹ См.: Трифонова И. А., Кондратьев В. Г., Адамович Г. Г. [и др.] Комплексная оценка риска инвалидности вследствие болезней системы кровообращения // Медико-социальная экспертиза реабилитации. 2003. № 2. С. 39.
- ²² См.: Поваров В. И. Социально-гигиенические аспекты инвалидности, принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации при ишемической болезни сердца на примере крупного промышленного города : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. С. 13–15.
- ²³ См.: Лаврова Д. И. Современная концепция инвалидности // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998. № 2. С. 5–8; Осадчих А. И., Лебедев И. В., Лысенко А. Е. Инвалидность и инвалиды: теория и практика // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998. № 2. С. 3–5.
- ²⁴ См.: World Health Organization Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1980.
- ²⁵ Хайруллина Ю. Р. Социализация личности в условиях трансформации российского общества. Казань, 1998. .
- ²⁶ См.: Штайнкамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. №1(5). С. 136–137.
- ²⁷ Там же. С. 137.
- ²⁸ См.: Хайруллина Ю. Р. Указ. соч. С. 169–171.
- ²⁹ Орлова М. М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности: материалы Междунар. науч. конф. / Саратов, 2004. С. 223–225.
- ³⁰ Исследование разработано и проведено под руководством профессора Л. Я. Лившица.
- ³¹ Оганов Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002. № 1. С. 5–9.
- ³² Самородская И. В. Сердечно-сосудистая заболеваемость и факторы риска сердечно-сосудистых событий в Российской Федерации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. № 4 (3). Ч. II. С. 94–99.
- ³³ Штайнкамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство. С. 115–148.
- ³⁴ Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. (Приняты 20 декабря 1993 г. на 48-й сессии Генеральной ассамблеи ООН).
- ³⁵ Права и возможности инвалидов в Российской Федерации: специальный докл. Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации (10 сентября 2001г.). URL: <http://www.ombudsman.gov/docum/spin.htm> (дата обращения: 25.11.2010).