

УДК:[330+316.444]:614

ПРОБЛЕМИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО Й СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ МОБІЛЬНОСТІ

Любов Шевчук

Інститут регіональних досліджень НАН України,
вул. Козельницька, 4, Львів, 79026, Україна, irr@mail.lviv.ua

Проаналізовано проблеми індивідуального й суспільного здоров'я в контексті трансформації соціальної мобільності, розкрито авторське розуміння змісту поняття "трансформація соціальної мобільності", запропоновано заходи, спрямовані на подолання цих проблем.

Ключові слова: індивідуальне й суспільне здоров'я, соціальна мобільність, трансформація соціальної мобільності.

Актуальність дослідження проблем індивідуального й суспільного здоров'я в контексті трансформації соціальної мобільності в сучасній Україні зумовлена насамперед тим, що практично всі соціальні процеси на зламі ХХ і ХХІ століть відбувалися зі значними відхиленнями від стереотипів, сформованих у попередньому періоді, – і в практиці життєдіяльності соціальних прошарків населення, і в теоретичних обґрунтуваннях у різних галузях знань. Ці відхилення, надзвичайно різноманітні й різнопланові, суттєво позначилися на здоров'ї населення, при чому їхній вплив був полярним: від украй негативного – до позитивного. Потреба зміцнювати індивідуальне й суспільне здоров'я та зберігати генофонд нації зумовлює необхідність проаналізувати відхилення, про які йшлося, і створити нові стандарти людської життєдіяльності, врахувавши їх під час формування здорового способу життя і окремої людини, і конкретних соціальних груп та українського суспільства загалом.

Мета статті – виокремити проблеми індивідуального й суспільного здоров'я, пов'язані з трансформацією соціальної мобільності, дати їм оцінку, привернути до них увагу фахівців, учених найрізноманітніших галузей знань.

Під соціальною мобільністю розуміють процес переміщення індивідів між ієрархічно або в інший спосіб організованими елементами соціальної структури: класами, прошарками, групами, статусами, позиціями. Будь-яку соціальну мобільність можна розглядати як міжгенераційну мобільність, суть якої – у зміні соціального статусу між двома поколіннями. За напрямом соціальна мобільність буває вертикальною (висхідною – просування на посаді, підвищення кваліфікації, або низхідною – декваліфікація, перехід у групи та

прошарки, які перебувають на нижчих позиціях у статусній ієрархії) та горизонтальною (рух між однорідними зі соціального погляду групами, статусами, робочими місцями). За мотивами соціальну мобільність поділяють на вимушену (перехід з одного соціального прошарку до іншого відбувається під впливом певних чинників, умов чи обставин) і бажану (зміна соціального прошарку є наслідком реалізації мети індивіда). За місцем здійснення соціальну мобільність поділяють на внутрішньодержавну і зовнішню.

Соціальна мобільність будь-якого типу завжди пов'язана з появою низки проблем з індивідуальним і суспільним здоров'ям, які мають перебувати в полі зору вчених усіх наук про людину, у тому числі, а може, й насамперед – економічних. Вивчення цих проблем стало особливо актуальним на зламі XX і XXI століть, коли деформація відносин у процесі діяльності найрізноманітніших прошарків населення України сягла критичного рівня. Це сталося внаслідок активізації дії названих нижче та інших чинників:

1) після проголошення незалежності України було знехтувано необхідність реорганізувати відносини у сфері охорони здоров'я, процеси реформування в якій значно відставали порівняно з іншими сферами, наприклад, розвитком приватизації, створенням ринків тощо;

2) недостатньо вивчали й висвітлювали в наукових публікаціях та в періодиці процеси поглиблення старих і загострення нових антагоністичних, пов'язаних з формуванням здорового способу життя протиріч між особистими, груповими й суспільними інтересами, а також між інтересами різних класів і суспільних груп;

3) активізувалися інноваційні аспекти стосунків осіб та формування девіантної поведінки в результаті повернення тих, хто тимчасово працював за кордоном, що пришвидшило деформацію процесів неоконвергенції, суть якої – у раптовому накладанні найрізноманітніших ознак способу життя в умовах сучасного капіталістичного суспільства на те суспільство, що дісталось Україні в спадок від так званого соціалізму;

4) набули гіпертрофованих масштабів неформальні стосунки в процесі праці у сфері охорони здоров'я, унеможливилася "конкурентна боротьба" за працю;

5) сформувалася звичка нехтувати здоров'я за умов абсолютного домінування в економічній діяльності людей матеріальних потреб, стимулів і мотивів, яке виправдовували "необхідністю боротьби за виживання";

6) встановлювали значно нижчий від прожиткового мінімуму середній рівень заробітної плати, який не тільки унеможлиблював відтворення власних сил працівника, спричинюючи погіршення здоров'я, а й став потужним чинником розпаду багатьох родин: люди виїжджали на заробітки до інших країн, працювали, не відпочиваючи, щоб хоч якось поліпшити матеріальне становище родини;

7) посилилися суперечності між, з одного боку, боротьбою працівника за самореалізацію, який, володіючи високим рівнем

освіченості, культури, інформованості, соціальної й правової самосвідомості, не міг повною мірою використати цей потенціал у процесі діяльності, а з другого боку – вимогами, які сформувало сучасне виробництво до живої праці: потреба у висококваліфікованих дисциплінованих працівниках не тільки зі знанням персонального комп'ютера, іноземних мов, діловодства тощо, а й з привабливою зовнішністю, стрункою поставою, без проблем зі здоров'ям;

8) сформувалася низка соціальних бар'єрів, які представляють собою дію різних чинників соціальної організації в умовах соціальної неоднорідності, що перешкоджають людям "ззовні" проникати в певні суспільства, класи, прошарки або групи, а також обмежують мобільність окремих членів і не тільки гальмують певний вид відносин у суспільстві, щоб запобігти тіснішому спілкуванню між членами соціальних класів, прошарків і груп, а й негативно позначаються на стані психічного здоров'я членів окремих соціальних структур.

Як наслідок, в українському суспільстві сформувалася аномія – такий стан суспільної системи, для якого характерна відсутність загальноприйнятих цінностей і норм як універсальних регуляторів соціальної поведінки людей. В умовах аномії в суспільстві немає загальноприйнятих уявлень, згідно з якими люди знають: якщо вони робитимуть те, що суспільство схвалює, то отримують соціальну винагороду, а якщо робитимуть те, чого не схвалюють, то до них застосують відповідні санкції [2, с. 25].

Аномія проникла в усі сфери українського суспільства, яке свідомо відмовилося від головних ідеологічних принципів своєї організації, не маючи загальноприйнятої концепції нової суспільної цілісності, побудованої на новій, але морально-етичній, ціннісно-нормативній системі. Отже, аномія не могла не позначитися і на ринку праці, і на соціальній мобільності.

Аномічні ознаки соціальної мобільності (наприклад, перехід особи в групи та прошарки, які перебувають на нижчих позиціях у статусній ієрархії; те, що виконання неprestижної, малокваліфікованої, але високооплачуваної праці за кордоном в Україні вважають ознакою вищого статусу, ніж ця особа раніше посідала на Батьківщині) зумовили її трансформацію, під якою ми розуміємо незворотні зміни в рушійних силах соціальної мобільності, а саме: у мотивації праці (гонитва за високими доходами, дорогими речами та підвищення завдяки цьому становища у статусній ієрархії), у деформованому розумінні суті й ролі кар'єри, сім'ї, здоров'я. У цій статті серед названих аспектів ми аналізуємо здоров'я. Його потрібно розглядати з двох позицій: як рушійну силу трансформації соціальної мобільності (деформоване розуміння здоров'я) і як наслідок соціальної мобільності, що зумовило формування аномічного ставлення до індивідуального й суспільного здоров'я.

Здоров'я як рушійна сила трансформації соціальної мобільності, тобто деформоване розуміння здоров'я – це невідповідні суспільним і медичним критеріям оцінки здоров'я, що активізують соціальну

мобільність, яку особа реалізує з певною метою. Прикладом деформованого розуміння фізичного здоров'я є занижені вимоги (порівняно з медично обґрунтованими стандартами), які особа встановила щодо власної ваги на основі ціннісних установок на підвищення місця в статусній ієрархії за допомогою діяльності в модельному бізнесі чи "вдалого" заміжжя. Деформоване розуміння здоров'я поєднується, як правило, з неадекватними оцінками реальних навантажень на організм людини різноманітних чинників фізичного, хімічного й біологічного походження, очікуваних змін умов і характеристик способу життя людини в процесі соціальної мобільності, збільшення вимог до її організму, фізичних та інтелектуальних здібностей і можливостей. Іноді ці навантаження такі великі, що не завжди організм людини може до них адаптуватися. Як наслідок, виникають нові види захворювань та змінюються демографічні процеси.

Аномічне ставлення до індивідуального й суспільного здоров'я ми трактуємо як суспільне знецінення здорового способу життя, ліквідацію регуляторів соціальної поведінки людей у сфері здоров'я, деморалізацію медичних працівників, нав'язування через засоби масової інформації деформованих еталонів здоров'я для різних соціальних прошарків населення. Саме аномічне ставлення до індивідуального й суспільного здоров'я стало чи не найвагомим чинником появи найрізноманітніших проблем, пов'язаних з його збереженням і примноженням у процесі соціальної мобільності.

На нашу думку, зазначені вище проблеми доцільно поділити на дві групи: загальні і специфічні. Загальні проблеми характерні для будь-якої соціальної мобільності. Серед них чи не найважливішою є свідоме відхилення особи від еталонної поведінки, яка має сприяти максимальному збереженню здоров'я. Стандарти такої поведінки наведено в табл. 1.

Дуже часто особа, яка прагне перейти з одного соціального прошарку в інший, недосипає, недоїдає або харчується з порушенням режиму тощо. При цьому варто зазначити, що порушення режиму зростає в осіб, що належать до вищих статусних ієрархічних рівнів. Певною мірою про це свідчить те, що в соціальних групах зі зростанням середньодушових витрат зменшується частка осіб, які оцінюють стан свого здоров'я як добрий (див. табл. 2). Збереження і примноження здоров'я в цьому разі залежить певною мірою від самовиховання, самодисципліни, від урегулювання способу життя.

Другою надзвичайно важливою проблемою є нехтування впливу нових медико-соціальних чинників – як результату переходу з одного соціального прошарку до іншого. Дуже часто це відбувається через брак належних знань, невміння виокремлювати ці чинники й аналізувати ступінь їхнього впливу на здоров'я. Ми виокремили групи медико-соціальних чинників за системою відповідних ознак, які впливають на індивідуальне й суспільне здоров'я (див. табл. 3).

Табл. 1

**Поведінка людини, яка сприяє збереженню
доброго стану здоров'я та довголіттю ***

Показники
7-8 годин нічного сну
щодня споживати сніданок
уникати або помірно вживати так звану fast food
зберігати вагу тіла в нормі
фізична активність у вільний час
помірне вживання алкоголю
не курити
↓
Різниця середньої тривалості життя осіб середнього віку, які дотримуються хоча б 6-ти з названих засад, і осіб, які дотримуються менше 3-х засад, становить 11 років для чоловіків і 7 років для жінок

* Джерело: Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. – Warszawa, 1999.

Табл. 2

**Самооцінка стану здоров'я верствами населення з різними
середньодушовими витратами ***

Домогосподарства з середньодушовими витратами на місяць, грн	Кількість населення всього (тис. осіб)	У тому числі оцінили стан здоров'я як (%)		
		Добрий	Задовільний	Поганий
Всі домогосподарства	48195,3	24,0	59,4	16,6
У тому числі з витратами:				
До 60,0	4312,2	35,6	51,4	13,0
60,1-90,0	6243,4	29,3	55,8	14,9
90,1-120,0	7520,7	24,5	59,6	15,9
120,1-150,0	6926,9	22,8	59,4	17,8
150,1-180,0	5484,8	22,1	59,9	18,0
180,1-210,0	4194,4	20,9	62,2	16,9
210,1-240,0	3204,1	22,9	59,2	17,9
240,1-270,0	2569,6	19,8	63,2	17,0
270,1-300,0	1860,7	22,2	60,2	17,6
300,1-360,0	2372,1	17,4	64,0	18,6
Понад 360,0	3506,4	18,0	65,7	16,3

* Взято за: Стан здоров'я населення (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2001 року): Статистичний бюлетень. – К.: Державний комітет статистики України, 2002. – С. 24-25.

Групи чинників, що впливають на індивідуальне й суспільне здоров'я

Ознаки чинників	Види чинників, що впливають на кількість і якість індивідуального та суспільного здоров'я
Тривалість дії	Тривалі, нетривалі чинники
Циклічність	Довгі, короткі цикли здоров'я
Походження	Природні, антропогенні (соціальні та техногенні) чинники
Середовище виникнення	Природне, антропогенне (соціальне та техногенне) середовище
Масштаб дії	Глобальні, регіональні, локальні, точкові чинники
Генетичні ознаки	Інформаційні, речовинні, енергетичні, ментальні, інтелектуальні чинники
Системні ознаки	Комплексні, системоутворювальні, компонентні чинники
Об'єкт впливу	Людина, група людей, суспільство, цивілізація
Умови впливу	Сприятливі, нейтральні, несприятливі чинники
Ступінь негативного впливу	Летальні, екстремальні, лімітуючі, хвороботворні, мутагенні чинники
Ступінь позитивного впливу	Чинники, що стимулюють, оздоровлюють, інтенсифікують, трансформують
Ознаки за особливостями відтворення	Чинники простого і розширеного відтворення здоров'я. Продуктивні і деструктивні чинники

Безумовно, оцінка дії кожного чинника залежить від системи знань та вміння застосувати їх на практиці. Це означає, що подолання цієї проблеми вимагає відповідної системи медико-соціальних знань, здобутих у засобах масової інформації, міжнародній інформаційній системі "Інтернет" тощо.

Третьою проблемою, пов'язаною зі збереженням і примноженням здоров'я в процесі соціальної мобільності, є нехтування ризиків захворіти чи навіть загинути, змінюючи соціальний прошарок. Адже така зміна зумовлює, як правило, стреси, які можуть спричинити будь-яке захворювання. Отже, до зміни соціального прошарку треба серйозно готуватися. До сказаного додамо, що наслідком стресів дуже часто є нещасні випадки. З огляду на це, дуже важливо вивчити причини нещасних випадків українських мігрантів. Нерідко причиною нещасних випадків є нереалізовані бажання змінити соціальний прошарок. Ось чому так важливо організувати спеціальне соціологічне дослідження смертності від нещасних випадків, яка в Україні надзвичайно висока. Так, за інформацією Держкомстату України, найвищі показники смертності від нещасних випадків 2004 р. зареєстровано в

Кіровоградській (197,3 осіб на 100 тис. жителів), Сумській (189,0), Чернігівській (186,5) та Луганській (184,5) областях. Значно нижча смертність у західному регіоні: Тернопільській (77,6), Львівській (83,4), Івано-Франківській (86,6), Закарпатській (91,1) областях та Києві (92,3 померлих на 100 тис. населення).

До специфічних проблем, пов'язаних зі збереженням і примноженням здоров'я в процесі соціальної мобільності, належать характерні проблеми, які виникають під час переходу в конкретну соціальну групу. Зокрема – висока ймовірність захворіти на соціальні хвороби в разі низхідної соціальної мобільності, тобто переході в групи, які часто називають "соціальним дном". Якщо в попередні роки на першому плані в цьому контексті були венеричні хвороби, то в наш час соціальним злом номер один вважають поширення ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму. Про серйозність цієї проблеми засвідчують парламентські слухання на тему "Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання", які відбулося 1 грудня 2003 року. Під час слухань було зазначено, що, попри певні зусилля органів державної влади, місцевого самоврядування, неурядових організацій і суспільства загалом, ситуація з поширенням цих хвороб у державі і далі тривожна й складна [4].

Хоча Україна, враховуючи вимоги низки важливих стратегічних міжнародних документів (прийняті Генеральною Асамблеєю ООН Декларація тисячоліття та Декларація про прихильність справі боротьби з ВІЛ/СНІДом), взяла на себе зобов'язання здійснити комплекс заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ/СНІДу, передусім серед молоді і вразливих груп населення, на забезпечення підвищення доступності відповідного лікування для хворих на ВІЛ/СНІД та пом'якшення впливу зазначеної епідемії на українське суспільство, результати наразі невтішні: Україна, на жаль, і далі на одному з провідних місць у Європі щодо темпів зростання зазначеної епідемії.

Причини цього – і складна економічна ситуація в державі (низький рівень доходів та брак коштів на фінансування соціальних потреб загалом і проблеми профілактики ВІЛ/СНІДу зокрема), і незадовільний стан виконання вимог чинної і досить прогресивної законодавчої бази, а також часто формальний, декларативний підхід до вирішення багатьох проблем, навіть тих, що не вимагають значного фінансування або ж не потребують його загалом [4].

Щоб вирішити цю проблему, потрібно вдосконалити законодавчу базу України стосовно ВІЛ/СНІДу, зокрема щодо підвищення ефективності заходів з контролю за епідемією, відстежування груп ризику за умов одночасного посилення гарантій дотримання прав людини, подальшого обмеження потенційних можливостей для дискримінації та остракізму осіб, які живуть з ВІЛ, їхніх близьких та вразливих щодо ВІЛ/СНІДу груп населення.

Як зазначено в Рекомендаціях парламентських слухань на тему "Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання", надзвичайно складною є ситуація з

наркотиками в нашій країні. Україна й далі входить до переліку держав, для населення яких характерний досить високий рівень вживання наркотиків. При цьому проблема наркоманії в Україні надзвичайно тісно пов'язана з проблемою ВІЛ/СНІДу, оскільки середовище ін'єкційних наркоманів досі є найбільшою групою ризику щодо поширення ВІЛ-інфекції [4].

Ще однією специфічною проблемою є неможливість окремих соціальних груп "соціального дна" отримати медичну допомогу, що також потребує державного контролю й державного втручання.

Щоб вирішити проблеми індивідуального й суспільного здоров'я, пов'язані з трансформацією соціальної мобільності, потрібно розробити низку заходів та реалізувати їх за якомога стисліші терміни, оскільки від темпів та ефективності їх подолання залежить формування ефективного українського суспільства. Безумовно, ці заходи потрібно постійно уточнювати, оновлювати й реалізовувати в межах всеукраїнської програми "Формування здорового способу життя в Україні". Так, надзвичайно важливим завданням має стати подолання аномічного ставлення до індивідуального й суспільного здоров'я. Цього можна досягнути шляхом підвищення відповідальності уряду "за сприяння здоров'ю та профілактику захворювань. Законодавчим шляхом можуть прийматись урядові та добровільні програми/заходи з охорони здоров'я, вестись пропаганда здорового способу життя та формуватись сприятлива для його запровадження громадська думка. Законодавча політика у цій сфері має передбачати поєднання освітніх, примусових та заохочувальних заходів, охоплюючи, наприклад, закони, що забороняють деякі види поведінки, що вважаються ризиками для здоров'я (наприклад, невикористання ременів безпеки під час їзди на автомашині); закони, що стимулюють здоровий спосіб життя (наприклад, через податкові пільги або зміни у структурі страхових тарифів); законодавство, що підтримує урядову політику освіти населення з питань охорони здоров'я. Крім того, уряд може залучатися до заходів щодо підтримки незалежних приватних та неурядових установ, що займаються питаннями охорони здоров'я" [3].

Одним з найважливіших заходів має стати поширення цілей і завдань формування здорового способу життя через міжнародну інформаційну систему "Інтернет". Зазначимо, що вже сьогодні активному вивченню соціалізації в контексті проблем формування здорового способу життя допомагають розміщені в Інтернеті найрізноманітніші матеріали та відомості. Наприклад, на сайті Департаменту молодіжної та сімейної політики та його структурних підрозділів є матеріали про переваги для України здорового способу життя, особливості боротьби з поширенням наркоманії та алкоголізму в молодіжному середовищі тощо. І таких прикладів можна навести чимало.

За допомогою Інтернету можна відстежувати й такі нові процеси в структурі соціалізації, як формування мереж спортивної інфраструктури.

Наведені приклади засвідчують, що в наш час важливо активізувати дослідження проблем індивідуального й суспільного здоров'я, пов'язаних з трансформацією соціальної мобільності. Одержані результати допоможуть докладніше й ґрунтовніше вивчити **соціальне життя, а в його структурі – формування здорового способу життя**, яке розглядають, з одного боку, як компоненту суспільного життя, а з другого – як сукупність різноманітних форм спільної життєдіяльності людей, спрямованої на відтворення й утвердження соціальних характеристик індивідів і спільнот, у тому числі й характеристик, пов'язаних зі здоров'ям.

Отже, проблеми індивідуального й суспільного здоров'я, пов'язані з трансформацією соціальної мобільності, важливо вивчати, щоб врахувати отримані результати під час формування здорового способу життя. Для цього необхідні спеціально організовані дослідження та обговорення їхніх результатів на конференціях, симпозиумах, семінарах. Це допоможе не тільки розробити, а й реалізувати заходи, спрямовані на примноження здоров'я – найбільшої цінності Людини, Суспільства.

Література:

1. Експрес-інформація № 38 від 14.02.2005 "Демографічна ситуація в Україні у 2004 році". – К.: Державний комітет статистики України, 2005. – 16 с.
2. Соціологія: короткий енциклопедичний словник. Уклад.: В. І. Волович, В. І. Тарасенко, М. В. Захарченко та ін.; під заг. ред. В. І. Воловича. – К.: Укр. Центр духовної культури, 1998. – 736 с.
3. Українсько-канадський проект "Молодь за здоров'я" // Канадська агенція міжнародного розвитку.
4. Постанова Верховної Ради України "Про Рекомендації парламентських слухань на тему: "Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання" від 3 лютого 2004 р. № 1426 IV.

**PROBLEMS OF THE INDIVIDUAL AND PUBLIC HEALTH IN THE
CONTEXT OF TRANSFORMATION OF SOCIAL MOBILITY**

Liubov Shevchuk

The Institute of the Regional Research of the National Academy
of Sciences of Ukraine, Kozel'nyts'ka Str., 4, L'viv, 79026,
Ukraine, irr@mail.lviv.ua

Problems of the individual and public health in the context of transformation of social mobility are outlined and analysed, the author's understanding of maintenance of a concept opens up "a transformation of social mobility", the measures directed on overcoming of these problems are offered.

Key words: individual and public health, social mobility, transformation of social mobility.