

DOI: 10.24290/1029-3736-2021-27-1-36-71

СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО И ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ В НАУЧНОМ ДИСКУРСЕ: ИСТОРИКО-СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

А.В. Лядова, канд. социол. наук, доц. кафедры современной социологии, социологический факультет, МГУ имени М.В. Ломоносова, Ленинские горы, 1 стр. 33, Москва, Российская Федерация, 119234*

В статье дается анализ основных исследовательских подходов к категории “социальное неравенство в отношении здоровья”. Автор указывает, что данное понятие, отражающее одно из актуальных направлений научного дискурса, вошло в исследовательское поле относительно недавно, со второй половины XX в. Хотя формирование проблемного поля, связанного с ним, происходило в более ранний период, когда оформляется научный интерес к теме здоровья как социального феномена. На основе историко-сравнительного подхода и метода качественного анализа научных работ, посвященных проблеме социального неравенства в сфере здоровья, автором выделены основные этапы, подходы и направления ее изучения в зарубежном и отечественном исследовательском поле. На основе их типологизации в работе показано, что социальное неравенство в отношении здоровья рассматривается как комплексный феномен, детерминируемый различными факторами, которые рассматриваются как ключевые причины, вызывающие различия в состоянии здоровья среди населения. Исходя из этого, автором предложен интегративный подход, основанный на понимании здоровья как комплексного, социально обусловленного, динамичного конструкта, формируемого в процессе совокупного влияния различных факторов, которые образуют сложные системы взаимодействия, улучшающие или ухудшающие его состояние. В рамках данного подхода социальное неравенство в отношении здоровья выступает как комплексный социальный феномен, детерминируемый особенностями функционирования социальных институтов и распределения ресурсов в рамках существующей стратификационной модели общества, влияние которых имеет динамичный характер и определяется конкретными историческими условиями.

Ключевые слова: социальное неравенство в отношении здоровья; здоровье как социальный феномен; факторы, детерминирующие социальное неравенство в сфере здоровья; социальные различия в статусе здоровья.

* Лядова Анна Васильевна, e-mail: annaslm@mail.ru

SOCIAL INEQUALITY AND HEALTH: THE HISTORICAL AND SOCIOLOGICAL STUDY

Liadova Anna V., PhD in Sociology, Associate Professor, Faculty of Sociology, Lomonosov Moscow State University, Leninsky Gory 1-33, Moscow, Russian Federation, e-mail: annaslm@mail.ru

The article examines the main research approaches to the category of “social inequality in health”. The author points out that this term, which reflects one of the topical areas of scientific discourse, has been involved into the studies relatively recently, up the second half of the XXth century. It has become the subject under study when scientific interest to the health problems was started among researchers. Used the historical-comparative approach and the qualitative analysis method of publications devoted to the problem of social inequality in health, the author highlights the main stages, approaches and directions of its study in foreign and domestic research fields. Based on their typology, this study shows that social inequality in health is considered as a complex phenomenon determined by various factors, which are considered as key causes of differences in health status among the population. Taking this argument into consideration, the author proposes an integrative approach that is found on the definition of health as a complex, socially conditioned, dynamic construct formed in the process of the combined influence of various factors which improve or worse its condition. As it is pointed out by the author within the framework of this approach, social inequality in health is considered as a complex social phenomenon determined by the peculiarities of the functioning of social institutions and the distribution of resources within the framework of the existing stratification model of society, the influence of which is dynamic and determined by specific historical conditions.

Key words: social inequalities in health; health as a social phenomenon; social differences in health status; factors determining social inequality in health.

Впервые в новейшей истории человечество оказалось в ситуации кризиса, причиной которого стали не противоречия геополитики, различия в экономических интересах, а заболевание — COVID-19, распространение которого обернулось настоящим потрясением для населения практически всего мира. Однако главная проблема заключается не только в том, что пришедший вирус оказался малознакомым, что вызвало сложности в лечении: поставив новые вопросы, пандемия обострила уже существующие противоречия, обусловленные социальным неравенством, и прежде всего, в отношении здоровья. Люди, не имеющие средств для оплаты лечения, покупки необходимых средств защиты, лекарственных препаратов, проживающие в отдаленных регионах, сельской местности, где оказание в полном объеме медицинских услуг ограничено местными ресурсами, в условиях пандемии испытывают серьезные трудности в борьбе с этой новой витальной угрозой.

По мнению шведского социолога Г. Тернборна¹, социальные различия в уровне здоровья представляют собой особую, относительно новую, по сравнению с традиционным экономическим, форму неравенства, которую ученый обозначает как витальное, приобретающее в современном мире, в условиях стремительных социальных трансформаций, устойчивый, глобальный характер. Так, эксперты указывают на значительный уровень младенческой смертности среди населения Африки по сравнению с аналогичным в европейских странах, на диспропорции в уровнях продолжительности жизни в этих регионах². Острым остается вопрос предоставления различным социальным группам равного доступа к ресурсам для поддержания и сохранения их здоровья, причем не только в развивающихся странах Африки, Латинской Америки, но и в государствах с устойчивой системой социального страхования³.

В этой связи социальное неравенство в сфере здоровья признается значимой мировой проблемой. Учитывая важность здоровья как необходимой составляющей успешной жизнедеятельности индивида и социума, преодоление существования значимых различий в уровне здоровья населения как между странами, так и между отдельными социальными группами, является одной из задач «Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года»⁴.

Социальное неравенство в сфере здоровья признается серьезной проблемой и для России. Более того, в последние годы, в условиях коммодификации сферы здоровья, а также крайней динамичности системы национального здравоохранения, находящейся в активном «поиске» наиболее эффективной модели развития, данная тема приобретает широкое звучание в отечественном научном дискурсе, что подтверждает ее актуальность и дискуссионность.

¹ Тернборн Г. Глобализация и неравенство: проблемы концептуализации и объяснения // Социологические исследования. 2005. Т. 4. № 1. С. 31–62.

² 10 фактов о несправедливости в отношении здоровья и ее причинах. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения // Сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/ru/index5.html (дата обращения: 03.04.2020).

³ World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Genève, 2010; Marmot M. Health inequalities in the EU. Final report of a consortium. Genève, 2013; Bernd R., Mladovsky Ph., Devill W. Migration and health in the European Union. L., 2011. P. 105–106; Kristiansen M., Razum O., Tezcan-Güntekinc H., Krasnik A. Aging and health among migrants in a European perspective // Public Health Reviews. 2016. Vol. 37. N 20. P. 1–14; Malmusi D. Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries // European Journal of Public Health. 2015. Vol. 25. N 2. P. 293–299.

⁴ United Nations. Sustainable Development Goals. 17 Goals to transform our world. URL: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/> (accessed: 12.09.2020).

Понятие “социальное неравенство в отношении здоровья” введено в научный дискурс относительно недавно, во второй половине XX в. На наш взгляд, становление научно-исследовательского интереса к этой теме связано с разработкой концепта здоровья как социального феномена.

Изучение здоровья имеет давнюю традицию в научном дискурсе, уходящую своими корнями во времена античности⁵. На протяжении эпох в зависимости от времени, уровня познания и развития общества, представления о здоровье, менялось содержание самого понятия, отражая факторы, его обуславливающие. Так, если в эпоху Средних веков состояние здоровья оценивалось сквозь призму греховности человека, уровня праведности его жизни, то в Новое время под влиянием идей просветителей получает развитие понимание здоровья в аксиологическом аспекте. “Здоровье — это драгоценность, и притом единственная, ради которой стоит не только не жалеть времени, сил, трудов и всяких благ, но и пожертвовать ради него частицей самой жизни, поскольку жизнь без него становится нестерпимой и унижительной”, — пишет в своих “Опытах” французский философ Мишель Монтень⁶.

В этот же период формируются и различия в понимании здоровья, основанные на восприятии его в субъектном аспекте: здоровье общественное и здоровье индивидуальное. По-разному рассматриваются и факторы, оказывающие влияние на их формирование. Так, по мнению английского философа Ф. Бэкона, индивидуальное здоровье обусловлено поведением индивида, его субъективным опытом, вытекающим из отношения к своему здоровью⁷.

С промышленным переворотом и становлением индустриального общества происходит переосмысление значимости здоровья в развитии государства, что обусловлено возрастанием роли производительных сил и их влиянием на экономическую эффективность. Исследователей привлекают вопросы общественного здоровья, в частности, низкий уровень его состояния, структура заболеваемости, способы преодоления эпидемий, которые по-прежнему остаются в этот период ключевой причиной смертности среди населения. Так, в конце XVII — начале XVIII вв. итальянский врач Б. Рамаццини в трактате “О болезнях ремесленников” (“De Morbis Artificum Diatriba”), изучая особенности труда ремесленников из Модены и Падуи, обратил внимание на взаимосвязь между условиями их работы и теми болезнями, которые были распространены

⁵ Гиппократ. Избранные труды. М., 1936.

⁶ Монтень М. Опыты. Избранные произведения: В 3-х т. Т. 2. М., 1992. Гл. XXXVII.

⁷ Бэкон Ф. Соч.: В 2 т. Т. 2. М., 1971–1972. С. 45.

в их среде⁸. Российский ученый М.В. Ломоносов в своем письме к графу И.И. Шувалову от 1 ноября 1761 “О сохранении и размножении российского народа” отмечает негативное влияние на здоровье и численность российского народа таких социальных факторов, как условия жизни, качество питания, отсутствие общественного здравоохранения в городах и деревнях, недостаток медицинских кадров⁹. В середине XIX в. немецкий врач Рудольф Вирхов (Rudolf Virchow) (1821–1902), по результатам своего исследования вспышки тифа в Верхней Силезии (“Сообщения о распространении эпидемии тифа в Верхней Силезии” (“Mittheilungen Über die in Oberschlesien Herrschende Typhus-Epidemie”)), приходит к выводу о влиянии социальных факторов на распространение этой болезни, указывая среди них такие, как условия проживания, качество жизни, питания, особенности культурных практик¹⁰. В Бразилии в рассматриваемый период возникает особое общественное движение — Санитариста, (Movimento Sanitarista), активисты которого впервые обратили внимание общественности на проблемы здоровья местного населения, указав на социальную обусловленность эпидемиологических заболеваний¹¹. Развитие этого движения связано с деятельностью бразильского врача Хосе Франсиско Ксавье де Сигауда (Jose Francisco Xavier de Sigaud) (1796–1856), одного из основателей Медицинской Академии Бразилии. Изучая географию распространения тропических болезней на территории Бразилии, он выявил, что не только природные особенности и этническое разнообразие страны влияют на состояние здоровья ее населения, но и социальные условия жизни, качество питания, бедность¹².

Таким образом, очевидно, что с развитием социума здоровье общества и индивида как его части приобретает новое содержание, ключевым аспектом которого является понимание его социальной значимости и обусловленности.

Наряду с этим становление исследовательского интереса к социальным аспектам здоровья связано с развитием гуманистической

⁸ Ramazzini B. De Morbis Artificum Diatriba (Diseases of Workers) // American Journal of Public Health. 2001. Sept. Vol. 91 (9). P. 1380–1382.

⁹ Ломоносов М.В. Избранные философские произведения. М., 1950. С. 598–614.

¹⁰ Virchow R. Mittheilungen Über die in Oberschlesien Herrschende Typhus-Epidemie in German. Berlin, 1848.

¹¹ Tamano O., Tleko L. The sanitary movement in Brazil: the vision of illness as a “national harm” and health as a redeemer // Khronos. 2017. N 4. P. 102–115; Lima T.L. Public health and social ideas in modern Brazil // American Journal of Public Health. 2007. Vol. 97. N 7. P. 1168–1177.

¹² Sigaud J.F.X. Du climat et des maladies du Bresil ou statistique medicale de cet empire. P., 1844; Курбанов А.Р., Лядова А.В. Здравоохранение Бразилии: трудный путь к преодолению неравенства // Латинская Америка. 2018. № 9. С. 56–68.

парадигмы в послевоенный период, когда впервые в истории мирового сообщества здоровье каждого человека провозглашается в принятом в 1946 г. Уставе Всемирной организации здравоохранения как важнейшая ценность, а “обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья устанавливается как одно из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения”¹³.

В этой связи со второй половины XX в. тема индивидуального здоровья становится предметом активного социологического дискурса, что находит отражение в разработке теоретико-методологических основ ее исследования в рамках ведущих социологических теорий данного периода: структурного функционализма, интеракционизма, социального конструктивизма, постструктурализма¹⁴.

Американский социолог Т. Парсонс в своей работе “Социальная система” рассматривает здоровье как особую систему отношений индивида и социума, анализируя его через противоположное состояние болезни в рамках концепции “роли больного”¹⁵.

Представляя здоровье как результат взаимодействия врача и пациента в рамках интеракционизма, С. Блум и П. Саммер отмечают, что “такие факторы, как социально-экономический статус и культура врача и пациента, в конечном счете, определяют... здоровье”¹⁶.

Роль субъективного восприятия здоровья и болезни находит отражение в исследованиях И. Гофмана¹⁷, А. Страусса, Б. Глейзера¹⁸.

П. Бергер и Т. Лукман обосновывают социальную детерминированность здоровья индивида в рамках социального конструктивизма¹⁹. В этой связи следует обратить внимание на интерес к проблеме социального контроля над здоровьем и жизнью индивида в соци-

¹³ Устав Всемирной Организации Здравоохранения. URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (дата обращения: 20.02.2020).

¹⁴ Лядова А.В. Особенности становления социологии медицины как междисциплинарного научного направления // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2019. Т. 25. № 1. С. 45–64.

¹⁵ *Parsons T. The social system. N.Y., 1951. P. 301.*

¹⁶ *Bloom S.W., Summey P. Models of the doctor-patient relationship: a history of the social system concept // The doctor-patient relationship in the changing health scene / Ed. by E.B. Gallagher. Washington, 1978. P. 17–48.*

¹⁷ *Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. N.Y., 1963.*

¹⁸ *Glaser B.G., Strauss A.L. Time for dying. Chicago, 1968.*

¹⁹ *Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М., 1995.*

уме²⁰. Анализируя взаимовлияние биологического и социального начала в человеке, П. Бергер и Т. Лукман указывают, что "...общество детерминирует длительность и способ жизни индивидуального организма. Эта детерминация может быть институционально запрограммированной посредством операций социального контроля, например, с помощью законов... Своей властью над жизнью и смертью оно заявляет о своем высшем контроле над индивидом"²¹.

В контексте постструктуралистских идей здоровье рассматривается как результат воздействия медицины и ее технологий, что находит отражение в исследованиях феномена медикализации²². Так, французский социолог М. Фуко сравнивает влияние медицины и врачей с политической властью: "...медицинское пространство совпадает с социальным или, скорее, его пересекает и полностью в него погружается. Начинает постигаться обобщенное присутствие врачей, чьи пересекающиеся взгляды образуют сеть и осуществляют во всех точках пространства и в каждый момент времени постоянное, лабильное и дифференцированное наблюдение"²³. Отмечая положительный эффект развития медицинского знания, исследователь констатирует негативное влияние институциональных факторов на здоровье индивида и общества через введение инструментов социального контроля над жизнью и смертью²⁴.

В концепции габитуса, развиваемой французским социологом П. Бурдьё в контексте структуралистского конструктивизма, здоровье выступает как индикатор социального статуса индивида, который обуславливает определенный паттерн поведения в отношении здоровья, воспроизводимый через соответствующие социальные практики индивида²⁵.

Со второй половины XX в. в социальных прикладных исследованиях наряду с изучением влияния на здоровье социально-экономических факторов (дохода, социального статуса), особенностей

²⁰ Лядова А.В. Социология медицины: грани взаимодействия в XXI в., в поисках новой парадигмы // Современная социология: ключевые направления и векторы развития / Под ред. Н.Г. Осиповой. М., 2018. С. 310–335.

²¹ Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности... С. 122.

²² Illich I. Medical nemesis // Journal of Epidemiology and Community Health. 2003. Vol. 57 (12). P. 919–922; Szasz T. The myth of mental illness // The American Psychologist. 1960. N 15. P. 133–138; Zola I.K. Socio-medical inquires. Philadelphia, 1982. P. 49.

²³ Фуко М. Рождение клиники. М., 2014. С. 55.

²⁴ Фуко М. Рождение биополитики // Интеллектуалы и власть: избранные политические статьи, выступления и интервью. М., 2006. С. 152.

²⁵ Bourdieu P. Distinction: a social critique of the judgement of taste. L., 1984; Бурдьё П. Структура, габитус, практика // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Т. I. Вып. 2.

поведения в ситуации болезни, роли системы общественного здравоохранения, все чаще ставятся вопросы о том, что эти факторы не только детерминируют здоровье человека, а формируют именно различия в уровне его состояния среди сельских и городских жителей, представителей разных социальных групп и стран.

Одной из первых работ, вызвавших широкое обсуждение проблемы социального неравенства и здоровья, можно считать публикацию американского социолога израильского происхождения А. Антоновски “Социальный класс, продолжительность жизни и общая смертность”²⁶. Ее автор показал, что принадлежность к определенному социальному классу оказывает влияние на продолжительность жизни индивида²⁷. А. Антоновски отмечает, что из всех рассмотренных социальных классов почти всегда среди представителей низшего наблюдается самый высокий уровень смертности²⁸. В заключении своего исследования этот социолог указывает, что “несмотря на достигнутые успехи в предотвращении эпидемий инфекционных заболеваний вследствие развития медицинской науки и улучшения качества жизни населения в целом, все-таки в условиях преобладания хронических заболеваний проблема социального неравенства в уровне здоровья все более обусловлена доступностью медицинской помощи, а также информированностью о существующих рисках”²⁹.

Идею обусловленности различий в состоянии здоровья у представителей социальных групп разного экономического статуса доказывает и американский исследователь Д. Салкевер³⁰. Исследуя в своей работе “Экономический класс и различия в доступе к системе здравоохранения: сравнительный анализ” уровень доступности среди населения медицинских услуг в пяти странах (Канада, Великобритания, Финляндия, Польша, США), автор приходит к выводу, что социальные группы с более высоким доходом имеют более широкие возможности по удовлетворению своих потребностей в медицинской помощи.

Аналогичные выводы представлены и в работах основателя известной американской системы “Медикэр”, профессора факультета глобальной и социальной медицины Гарвардской медицинской

²⁶ Antonovsky A. Social class, life expectancy and overall mortality // The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1967. Vol. 45. N 2. Part 1. P. 31–73.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid. P. 67.

²⁹ Ibid. P. 68.

³⁰ Salkever D.S. Economic class and differential access to care: comparisons among health care systems // International Journal of Health Services. 1975. N 5(3). P. 373–395.

школы Р. Фейна³¹. Исследователь, рассматривая неравный доступ к медицинским услугам среди разных социальных групп американского общества, затрагивает более глубокую проблему — вопрос справедливости такого распределения. В заключении своей статьи Р. Фейн высказывает сомнения в возможностях рыночной модели здравоохранения реализовать право каждого на охрану своего здоровья, предлагая создать национальную систему здравоохранения³².

Комплексное исследование влияния бедности на здоровье представлено в монографии “Бедность и здоровье: социологический анализ”³³. Ее авторы, в число которых вошли известные социологи медицины И. Зола, Дж. Коза, А. Антоновски, на основе тщательного анализа статистических данных о здоровье различных социальных групп приходят к выводу о глубоком дефиците здоровья, выявленном среди бедного населения, причина которого кроется в нехватке ресурсов (причем не только экономических, но и социальных) для его поддержания и улучшения, что связано с их неравным распределением в рамках существующей социальной системы.

Проблема реализации равного права на охрану здоровья является центральной темой и в работах американского социолога Т. Шаца³⁴. Оригинальность его подхода заключается в проекции проблемы неравенства на отношения между врачом и больным. Рассматривая особенности терапии психических заболеваний, автор отмечает, что в условиях по сути принудительного лечения реализация пациентом права выбора отсутствует, что создает дисбаланс в системе социального взаимодействия в рамках медицинской практики. Также автор указывает, что в условиях коммерциализации медицины врачи выступают не только как поставщики услуг, но и как маркетологи, определяя уровень их стоимости, что опять создает ситуацию неравного доступа. Анализируя возможности человека реализовать свое право на охрану здоровья в современном обществе, Т. Шац приходит к выводу, что данная проблема гораздо глубже простых

³¹ *Fein R.* On achieving access and equity in health care // *Medical Care and Medical Care: Prospects for the Organization and Financing of Personal Health Care Services. Proceedings of the Sun Valley Forum on National Health.* 1972. N 1. P. 157–190.

³² *Ibid.* P. 178–179.

³³ *Poverty and health: a sociological analysis* / Ed. by J. Kosa, A. Antonovsky, I. Zola. Harvard, 1969.

³⁴ *Лядова А.В.* Особенности становления социологии медицины как междисциплинарного научного направления // *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология.* 2019. Т. 25. № 1. С. 45–64; *Szasz T.* The right to health // *Georgetown Law Journal.* 1969. March. N 57. P. 734–751.

экономических расчетов, так как ее решение связано с трансформацией общества индивидуализма и потребления³⁵.

Поворотной вехой в изучении социального неравенства и здоровья в международном научном поле становится 1976 г., когда в английском социологическом журнале “Новое общество” была опубликована статья Р. Уилкинсона, тогда еще стипендиата Совета по санитарному просвещению на факультете общественного здравоохранения Ноттингемского университета, а впоследствии известного профессора социальной эпидемиологии и общественного здравоохранения, адресованная Дэвиду Энналсу, который в тот период занимал пост Государственного секретаря по здравоохранению и социальному обеспечению Великобритании³⁶. Собственно, статья так и называлась “Дорогому Дэвиду Энналсу” (“Dear David Ennals”). В своем обращении молодой исследователь, опираясь на анализ статистических данных, представляет результаты проведенного сравнительного исследования уровня заболеваемости и смертности среди разных социальных групп населения Великобритании по двадцати различным показателям. В их числе: условия жилья, работы, уровень образования, доходов, состояние окружающей среды (загрязненность воздуха), состав потребительской корзины. Автор приходит к выводу о том, что распространенность заболеваний и, как следствие, уровень смертности, находятся в прямой зависимости не столько от доступности медицинских услуг, сколько от общего уровня качества жизни. Хотя Р. Уилкинсон обосновывал свои выводы на основе анализа данных о рационе питания различных социальных групп, что в аспекте современных исследований представляется несколько ограниченной доказательной базой, тем не менее, он затронул важнейшую проблему ресурсного неравенства, когда из-за низкого дохода, под влиянием средств массовой информации, люди покупают менее качественные продукты, товары, по сути, своими руками наносят вред своему здоровью. По мнению автора статьи, ее решение — не в дополнительных субсидиях, а в социальной ответственности производителей продуктов питания.

Для того, чтобы оценить тот “взрыв”, который породила статья Р. Уилкинсона в общественно-политических кругах Англии того периода, стоит вспомнить послевоенные социальные мероприятия, развернутые в рамках “Отчета Бевериджа” или программы создания всеобщей системы социального обеспечения, разработанной

³⁵ Szasz T. Op. cit. P. 750.

³⁶ Wilkinson R. Dear David Ennals // New Society. 1976. 16 Dec.

английским экономистом Уильямом Бевериджем в 1942 г.³⁷ Один из пунктов этого документа предусматривал создание системы всеобщего национального здравоохранения (так называемая модель Бевериджа), основанной на равном бесплатном всеобщем медицинском обслуживании всех граждан, независимо от их экономического статуса (“не по доходу, а по потребности”)³⁸.

Однако спустя тридцать лет выяснилось, что обеспечение доступности медицинских услуг населению хотя и привело к улучшению состояния общественного здоровья, но не ликвидировало различий в уровне здоровья представителей разных социальных классов. Более того, как указал в своей статье Р. Уилкинсон, произошел переворот в статистике заболеваний: если в предыдущие периоды ожирением, и, как следствие, сердечно-сосудистыми заболеваниями страдали богатые, что было связано с перенасыщением жирной пищей, то во второй половине XX в. болезнь лишнего веса и все сопутствующие ей проблемы стали “достоянием” представителей низших классов из-за употребления некачественных продуктов питания, содержащих вредные рафинированные жиры и углеводы. И это вызвало огромный общественно-политический резонанс. Проблема социального неравенства и здоровья стала еще серьезнее, что вызвало необходимость ее дальнейшего изучения и разработки соответствующих решений.

В целом, анализ зарубежных исследований социального неравенства в отношении здоровья позволяет выделить следующие этапы разработки данной темы в научном дискурсе:

- 1) подготовительный (XIX в. — до середины XX в.);
- 2) зарождения (1960–1975 гг.);
- 3) актуализации темы (1976–1980-е гг.);
- 4) институциональный (формирование теоретико-методологической базы) (1990-е — начало 2000-х гг.);
- 5) современный (начало 2000-х гг. — по настоящее время).

Таким образом, очевидно, к началу XXI в. социальное неравенство в отношении здоровья становится одной из актуальных тем научного дискурса.

Несмотря на относительно небольшой временной период, следует подчеркнуть, что накоплен значительный объем научных исследований, посвященных изучению социального неравенства в отношении

³⁷ Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. L., 1942. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560775/pdf/10916922.pdf> (accessed: 02.04.2020).

³⁸ Ibid. P. 853.

здоровья. Их анализ позволяет выделить несколько исследовательских направлений, сформировавшихся вокруг данной темы.

Первое направление объединяет работы, посвященные анализу состояния здоровья населения разных стран и выявлению факторов, детерминирующих существующие различия. Это исследования голландских социологов А. Кунста и Й. Макенбаха, британских исследователей М. Уайтхед, Р. Вилкинсона, испанского социолога В. Наварро, американского социолога В. Коккерхема³⁹. На глобальный характер социального неравенства в отношении здоровья указывает в своих работах шведский социолог Г. Тернборн, рассматривая его как витальное неравенство⁴⁰.

В рамках второго направления получает разработку само понятие “социальное неравенство в отношении здоровья”. В этом аспекте следует отметить вклад английских ученых М. Уайтхед, М. Мармота, Г. Скамблера и др., в трудах которых представлен анализ данного концепта⁴¹.

Третье направление связано с изучением трансформации социальных детерминант здоровья в условиях современного социума, когда наряду с традиционными (материальными и социально-структурными) факторами социального неравенства в сфере здоровья происходит формирование новых. Так, в работах американского исследователя И. Кавачи поднимается вопрос о гендерном аспекте социального неравенства в отношении здоровья⁴². Другой американский ученый Д. Уиллимс исследует влияние расового фактора

³⁹ См.: *Whitehead M.* The concepts and principles of equity and health // *International Journal of Health Services*. 1992. N 22(3). P. 429–445; *Wilkinson R.G.* Income distribution and life expectancy // *British Medical Journal*. 1992. N 304. P. 165–168; *Mackenbach J., Kunst A.* Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe // *Social Science and Medicine*. 1997. N 44(6). P. 757–771; *Kunst A.E., Groenhouf F., Mackenbach J.P.* Mortality by occupational class among men 30–64 years in 11 European countries // *Social Science and Medicine*. 1998. N 46(11). P. 1459–1476; *Navarro V.* Health and equity in the world in the era of “globalization” // *International Journal of Health Services*. 1999. N 29(2). P. 215–226; *Cockerham W., Bauldry S., Hamby B., Shikany J., Bae S.* A comparison of black and white racial differences in health lifestyles and cardiovascular disease // *American Journal of Preventive Medicine*. 2017. Vol. 52. N 1. P. 56–62.

⁴⁰ См.: *Тернборн Г.* Глобализация и неравенство: проблемы концептуализации и объяснения // *Социологические исследования*. 2005. Т. 4. № 1. С. 31–62.

⁴¹ См.: *Whitehead M.* The concepts and principles of equity and health // *International Journal of Health Services*. 1992. N 22(3). P. 429–445; *Scambler G.* Health inequalities // *Sociology of Health & Illness*. 2012. Vol. 34. N 1. P. 130–146.

⁴² См.: *Kawachi I., Kennedy B.P., Gupta V., Prothrow-Stith D.* Women’s status and the health of women and men: a view from the States // *Social Science and Medicine*. 1999. N 48(1). P. 21–32.

как значимой причины социальных дифференциаций, отмечая его негативное влияние на состояние здоровья⁴³.

В рамках четвертого направления получает разработку методология изучения социального неравенства в отношении здоровья, в частности, выбор методов измерения и необходимых индикаторов. Это работы британского социолога М. Мармота, финского исследователя Т. Валконена, шведского ученого П. Карлсона, экспертов Всемирной организации здравоохранения Э. Гакиду, К. Мюррея, Дж. Френк⁴⁴.

В работах отечественных социологов изучение социального неравенства в отношении здоровья получает развитие в 1990-е гг. Анализ научных публикаций по данной теме в базе российского индекса научного цитирования указывает на рост исследований социального неравенства в сфере здоровья с 2000-х гг. На наш взгляд, это объясняется тем, что внимание к этой проблеме среди отечественных исследователей формируется позже, так как в начале 1990-х гг. еще сохранялось влияние наследия советской системы здравоохранения, а дисбаланс в уровне здоровья населения стал проявляться только к концу перестроечного периода.

Особый вклад в разработку данной темы внесли такие отечественные ученые, как К.Р. Амлаев, А.И. Антонов, Ю.П. Аверин, А.Ш. Викторов, Н.А. Вялых, Е.В. Дмитриева, В.И. Добреньков, И.В. Журавлева, Н.Г. Осипова, Н.М. Римашевская, Т.К. Ростовская, Н.Л. Русинова и др.⁴⁵

⁴³ См.: *Williams D.* Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. N 3. P. 173–188.

⁴⁴ См.: *Marmot M., Wilkinson R.* Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al // *British Medical Journal*. 2000. N 322. P. 1233–1236; *Valkonen T.* Adult mortality and level of education: a comparison of six countries // *Health Inequalities in European Countries*. Aldershot, 1989. P. 142–172; *Carlson P.* Educational differences in self-rated health during the Russian transition. Evidence from Taganrog 1993–1994 // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51 (9). P. 1363–1374; *Gakidou E., Murray C., Frenk J.* World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy. A framework for measuring health inequality // World Health Organization. Geneva, 1999.

⁴⁵ См.: *Амлаев К.Р., Курбатов А.В.* Современное состояние проблемы неравенства в здоровье (обзор) // *Профилактическая медицина*. 2012. Т. 15. № 1. С. 10–15; *Аверин Ю.П., Добреньков В.И., Добренькова Е.В.* Неравенство российского населения в отношении качества жизни и предпочитаемый социальный порядок // *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология*. 2014. № 2. С. 12–35; *Антонов А.И.* Проблемы изучения самосохранительного поведения населения в демографии // *Демографическое поведение и возможности социального воздействия на него в условиях социализма*. М., 1986; *Викторов А.Ш.* Введение в социологию неравенства. М., 2015; *Вялых Н.А.* Методология социологического исследования неравенства в доступе к медицинской помощи: Научно-методическое пособие. Ростов-н/Д., 2013; *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: методологические

Анализ публикаций отечественных исследователей позволяет выделить следующие аспекты в изучении социального неравенства и здоровья:

а) влияние социально-экономического статуса на уровень здоровья⁴⁶;

б) особенности организации здравоохранения и доступность медицинских услуг⁴⁷;

подходы и коммуникационные программы. М., 2002; Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Российская система здравоохранения как фактор неравенства // Социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира: XII Международная научная конференция “Сорокинские чтения-2018”. Сб. мат-в. М., 2018. С. 876–878; Осипова Н.Г. Социальное конструирование общественного здоровья // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. Т. 22. № 4. С. 119–141; Ростовская Т.К., Шимановская Я.В. Здоровье и качество жизни как основные жизненные ценности современной молодежи // Стратегии будущего в меняющемся мире: вопросы, ответы и ответственность. Материалы XXIII Социологических чтений РГСУ. Сб. М., 2018. С. 22–25; Ростовская Т.К., Шимановская Я.В. Роль самосохранительного поведения как фактора, обуславливающего состояние здоровья россиян // Социально-демографический потенциал России: состояние и перспективы. М., 2019. С. 248–264; Римашевская Н.М., Мигранова Л.А., Молчанова Е.В. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. 2011. № 1 (51). С. 38–49; Браун Д., Русинова Н.Л. Социальные неравенства и здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. 2. № 1. С. 103–114.

⁴⁶ См.: Аверин Ю.П., Добреньков В.И., Добренькова Е.В. Неравенство российского населения в отношении качества жизни и предпочитаемый социальный порядок // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2014. № 2. С. 12–35; Канева М.А., Байдин В.Б. Неравенство в доходе и самооценка здоровья в России // ЭКО. 2019. № 12. С. 105–123; Кислицына О.А. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. 2015. Т. 13. № 2. С. 289–302; Римашевская Н.М., Мигранова Л.А., Молчанова Е.В. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. 2011. № 1 (51). С. 38–49.

⁴⁷ См.: Амлаев К.Р., Курбатов А.В. Современное состояние проблемы неравенства в здоровье (обзор) // Профилактическая медицина. 2012. Т. 15. № 1. С. 10–15; Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Чухриенко И.Ю., Бузина Т.С., Шикина И.Б., Михайлов А.Ю. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006–2019): обзор социологических исследований // Профилактическая медицина. 2020. Т. 23. № 3. С. 42–47; Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Российская система здравоохранения как фактор неравенства // Социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира: XII Международная научная конференция “Сорокинские чтения-2018”. Сб. мат-в. М., 2018. С. 876–878; Новосёлова Е.Н. Снижение уровня бедности как способ повышения эффективности системы здравоохранения в России // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2020. № 2. С. 111–129; Осипова Н.Г. Социальное конструирование общественного здоровья // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. Т. 22. № 4. С. 119–141; Панова Л.В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте // The Journal of Social Policy Studies. 2019. Т. 17. № 2. С. 177–190; Семина Т.В. Парадигма взаимоотношений врача и пациента // Безопасность и этические аспекты деятельности медицинских работ-

в) вопросы методологии исследования социального неравенства в отношении здоровья⁴⁸;

г) сравнительный анализ состояния здоровья различных социальных групп⁴⁹.

Авторы обращают внимание на депривацию под влиянием уровня дохода самосохранительных практик в отношении к своему здоровью⁵⁰. Особое внимание ученые уделяют анализу состояния отечественной системы здравоохранения. По мнению исследователей, российское здравоохранение характеризуется растущим неравенством в уровне здоровья жителей России, что находит отражение в статистике заболеваний по регионам и социально-экономическим группам⁵¹.

Таким образом, как показывает историко-сравнительный анализ социологического дискурса о социальном неравенстве в отношении здоровья, в изучении данной проблемы накоплен значительный исследовательский опыт. Сегодня эта тема является одной из актуальных в работах социологов, демографов, экономистов, работников общественного здравоохранения и социальной гигиены и в России, и за рубежом.

Однако акцентируя внимание на ее разработке в социологическом поле, следует отметить на ее относительную новизну. Как было показано выше, становление этого направления происходит с конца прошлого столетия, что обусловлено значительными трансформациями современного социума, влияние которых на здоровье человека имеет амбивалентный характер.

ников. Правовое обеспечение. Управление библиотечных фондов (Парламентская библиотека). М., 2016. С. 12–16.

⁴⁸ См.: *Вялых Н.А.* Методологические основы исследования социального неравенства в сфере доступности услуг здравоохранения // *Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия: Общественные науки.* 2012. № 2; *Он же.* Методология социологического исследования неравенства в доступе к медицинской помощи: Научно-методическое пособие. Ростов-н/Д., 2013.

⁴⁹ См.: *Козырева П.М., Смирнов А.И.* Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода // *Социологические исследования.* 2020. № 4. С. 70–81; *Ростовская Т.К., Карповская Е.Е., Абдрашитова А.Х.* Здоровье молодежи Казахстана и России как залог решения демографических проблем // *Вопросы управления.* 2018. № 6(55). С. 204–210; *Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В.* Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // *Социологические исследования.* 2010. № 1. С. 87–100.

⁵⁰ *Амлаев К.Р., Курбатов А.В.* Современное состояние проблемы неравенства в здоровье (обзор) // *Профилактическая медицина.* 2012. Т. 15. № 1. С. 10–15.

⁵¹ *Журавлева И.В., Лакомова Н.В.* Российская система здравоохранения как фактор неравенства // *Социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира: XII Международная научная конференция “Сорокинские чтения-2018”.* Сб. мат-в. М., 2018. С. 876–878.

Анализируя накопленный исследовательский опыт в изучении социального неравенства в отношении здоровья, следует указать, что представленные точки зрения ученых на природу социальных различий в состоянии здоровья населения не однородны. Их сравнение позволяет объединить их по следующим направлениям (подходам): стратификационный, институциональный, расово-гендерный, поведенческий, глобальный.

В рамках наиболее распространенного подхода, стратификационного, в качестве первопричины социального неравенства в отношении здоровья обосновывается влияние социально-экономического статуса⁵². По мнению американских исследователей Б. Линка и Дж. Фелан, такие социальные факторы, как условия жизни, работы, благополучие семьи, могут иметь положительный или негативный эффект на состояние здоровья человека: "...чем дольше люди живут в стрессовых экономических и социальных условиях, тем больше у них физиологический износ ... и тем менее вероятно, что они будут наслаждаться здоровой старостью"⁵³. В данном аспекте социальное неравенство в отношении здоровья предстает как результат отношений, формирующихся в рамках заданного социального поля, что позволяет его интерпретировать через призму структурного конструктивизма П. Бурдьё и его теорию габитуса⁵⁴.

Согласно подходу французского социолога, социальный мир, хоть и является объективно существующим, тем не менее предстает как поле активных действий проживающих в нем индивидов⁵⁵. Однако их конструирование не определяется только в ходе субъективного восприятия самого актора, а детерминировано параметрами его существования или габитусом, которое автор трактует как "...системы устойчивых и переносимых диспозиций, структурированные структуры, предрасположенные функционировать как структурирующие структуры, т.е. как принципы, порождающие и организующие практики и представления"⁵⁶.

⁵² Lago S., Cantarero D., Rivera B., Pascual M., Blázquez-Fernández C., Casal B., Reyes F. Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review // *Zeitschrift Fur Gesundheitswissenschaften*. 2018. Vol. 26. N 1. P. 1–14.

⁵³ Link B., Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease // *Journal of Health and Social Behaviour*. 1995. N 35. P. 80–94.

⁵⁴ Bourdieu P. *Le sens pratique*. P., 1979; Бурдьё П. *Формы капиталов* // *Экономическая социология. Электронный журнал*. 2002. Т. 3. № 5. С. 60–74; Бурдьё П. *Структура, габитус, практика* // *Журнал социологии и социальной антропологии*. 1998. Т. 1. № 2. С. 40–58.

⁵⁵ Бурдьё П. *Практический смысл*. СПб., 2001. С. 43.

⁵⁶ Там же. С. 44.

П. Бурдьё рассматривает габитус как продукт истории и разделяет производимые им практики на два типа: индивидуальные и коллективные, что указывает на “присутствие прошлого опыта” в субъективном опыте индивида через определенные схемы восприятия, мышления, стиля жизни⁵⁷. Поэтому вкусы, предпочтения, поведение людей, структурированные в рамках данного социального пространства, определяющего их образ жизни, можно рассматривать как маркер их социальной позиции, детерминирующей соответствующие модели поведения. Однако эти паттерны обусловлены не только субъективными целями, но и имеющимся уровнем экономического, социального и культурного капитала в рамках данного социального класса.

В процессе проецирования данной концепции на проблему социального неравенства в отношении здоровья становится понятным, что эти различия являются следствием ограничения возможностей индивида рамками заданных социальной структурой моделей поведения и практик в сфере здоровья. Так, установлена положительная связь между уровнем экономического капитала и здоровьем, что объясняется большей доступностью необходимых для поддержания своего здоровья ресурсов для людей с высоким доходом, по сравнению с теми, чей материальный статус гораздо ниже⁵⁸.

Если влияние уровня дохода (экономического капитала) на состояние здоровья подтверждается многочисленными исследованиями, уже рассмотренными ранее в данной работе, то связь здоровья и социального капитала является предметом активного обсуждения, особенно в последние годы, что, возможно, обусловлено множественностью самих форм социального капитала в современном социуме⁵⁹.

По определению П. Бурдьё, социальный капитал есть “...совокупность реальных или потенциальных ресурсов, связанных с об-

⁵⁷ Бурдьё П. Практический смысл. С. 45.

⁵⁸ Prandy K. Class, stratification and inequalities in health: a comparison of the Registrar-General's social classes and the Cambridge scale // *Sociology of Health & Illness*. 1999. N 21. P. 466–484; Mirowsky J., Ross C. Education, social status and health. N.Y., 2003; Pinxten W., Lievens J. The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu based approach in research on physical and mental health perceptions // *Sociology of Health & Illness*. 2014. N 20. P. 11.

⁵⁹ Kawachi I., Kennedy B.P., Lochner K. Long live community: social capital as public health // *The American Prospect*. 1997. Vol. 35. P. 56–59; Harpham T., Grant E., Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues // *Health Policy and Planning*. 2002. Vol. 17. N 1. P. 106–111; Turner B. Social capital, inequality, and health: the Durkheimian revival // *Social Theory and Health*. 2003. Vol. 1. N 1. P. 4–20; Silva M.J., Huttly S.R., Harpham T., Kenward M. Social capital and mental health: a comparative analysis of four low income countries // *Social Science and Medicine*. 2007. Vol. 64. P. 5–20.

ладанием устойчивой сетью... более или менее институционализированных отношений взаимного знакомства и признания — иными словами, с членством в группе»⁶⁰.

Если исходить из данного понятия, то становится очевидно, что влияние социального капитала на здоровье следует рассматривать на нескольких уровнях. На институциональном уровне оно прослеживается через степень доверия членов общества тем учреждениям, которые призваны обеспечить охрану здоровья и, как следствие, влияют на степень комплаентности в поведении индивида. На уровне социальных групп здоровье определяется системой их ценностных ориентаций и норм, а также степенью сплоченности и уровнем взаимной поддержки. Поэтому, как показывают результаты проведенных исследований, зачастую в условиях ограниченности экономического капитала крепкие социальные связи способствуют нивелированию действия негативных факторов на уровень здоровья членов социума, когда благодаря поддержке других происходит перераспределение ресурсов, необходимых для решения проблем со здоровьем, в пользу нуждающихся членов⁶¹.

Так, согласно исследованиям, проведенным социологами О. Мартинес-Мартинесом и А. Родригес-Брито из Ибероамериканского университета (Факультет социальных и политических наук) среди населения Мексики, установлено, что социальный капитал представляет собой важный инструмент решения проблем со здоровьем. Как отмечают авторы, социальные сети как один из видов социального капитала становятся основным ресурсом решения проблем, связанных с доступом к системе здравоохранения, лекарствам в условиях высокого уровня маргинализации. Также социальные связи помогают в сборе средств на оплату медицинских услуг. Для маргинализированных групп социальный капитал выступает в качестве инструмента эмоциональной поддержки, снятия стресса, способствуя позитивному настрою в состоянии болезни⁶².

Также отмечается, что в обществах с высоким уровнем коллективной солидарности реже наблюдается проблема социальной изоляции индивидов, которая негативно влияет как на психическое, так и на

⁶⁰ Бурдые П. Формы капиталов // Экономическая социология. Электронный журнал. 2002. Т. 3. № 5. С. 66.

⁶¹ Morgan A., Swann C. Health development agency. Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health. L., 2004.

⁶² Martínez-Martínez O.A., Rodríguez-Brito A. Vulnerability in health and social capital: a qualitative analysis by levels of marginalization in Mexico // International Journal of Equity Health. 2020. N 3. P. 19–24.

физическое здоровье⁶³. Так, по данным, полученным в ходе исследования среди жителей Китая, установлена прямая корреляция между уровнем общественной солидарности и доверия и субъективной оценкой здоровья: чем крепче доверие, тем люди выше оценивают свое самочувствие, и, наоборот, в условиях социальной изоляции, когда индивиды склонны не доверять окружающим, их самооценка своего здоровья снижается⁶⁴.

Таким образом, “ментальный” вид социального капитала, выражающийся через уровень доверия, обусловлен особенностями самого общества, его историей, традициями и уровнем развития.

Тем не менее, как подтверждают исследования, проведенные среди жителей европейских стран, данная связь прослеживается и на микроуровне при исследовании влияния друзей, семьи на здоровье их близких⁶⁵. В этом аспекте интересно обратиться к работе норвежских социологов, посвященной изучению данного вопроса среди населения Норвегии, стране, относящейся к государствам социального типа с высоким уровнем благосостояния, социального равенства и обеспечения⁶⁶. На основе многомерного анализа, проведенного авторами, можно сделать вывод о значимости социального капитала для хорошего самочувствия, что проявляется в эмоциональной и материальной поддержке со стороны близких людей. Однако в состоянии болезни, особенно хронического типа, роль социального капитала снижается, что, по мнению авторов, может свидетельствовать о его меньшем влиянии на макроуровне, на котором более значимым является экономический капитал, обуславливающий доступ индивида к необходимым ресурсам для поддержания своего здоровья⁶⁷.

По мнению отечественных исследователей Н.Л. Русиновой и В.В. Сафронова, влияние социального капитала оказывается сильнее

⁶³ *Suhrcke M., McKee M., Rocco L.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии // Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2008.

⁶⁴ *Meng T., Chen H.* A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from China // *Health Place*. 2014. Vol. 27. P. 38–44; *Lee S., Jung M.* Social capital, community capacity, and health // *The Health Care Manager*. 2018. Vol. 37(4). P. 290–298.

⁶⁵ *Mansyur C., Amick B.C., Harrist R.B., Franzini L.* Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries // *Social Science of Medicine*. 2008. Vol. 66 (1). P. 43–56; *Backhaus I., Kawachi I., Ramirez A., Jang S.* Social capital and students' health: results of the splash study // *European Journal of Public Health*. 2019. Vol. 29. P. 313; *Annahita E., Hannah S.K., Alexander B., Dario S.* Social capital and health: a systematic review of systematic reviews // *Population Health*. 2019. Vol. 8. P. 1–15.

⁶⁶ *Dahl E., Malmberg-Heimonen I.* Social inequality and health: the role of social capital // *Social Health and Illness*. 2010. Vol. 32(7). P. 1102–1119.

⁶⁷ *Ibid.* P. 1117.

в развитых странах, что связано с депривацией и стрессами при сравнении с благополучным большинством, хотя, в целом, социальный капитал оказывает благоприятное воздействие на здоровье людей во всех общественных странах⁶⁸.

В работах, посвященных изучению этой проблемы среди населения России, также указывается на значимость социальной интеграции и поддержки для хорошего самочувствия⁶⁹. Однако авторы отмечают, что его распределение имеет неравномерный характер, и во многом, обусловлено социально-экономическим статусом индивида, в частности, уровнем образования и дохода⁷⁰. По мнению Н.А. Лебедевой-Несевря, обладание социальным капиталом тесно связано с уровнем социально-экономического статуса, который раскрывается в контексте здоровья с позиций доступа к безопасному жилью, качественному питанию, квалифицированной медицинской помощи, возможности заниматься физическими нагрузками и в целом вести здоровый образ жизни⁷¹.

Влияние культурного капитала также носит амбивалентный характер, хотя следует отметить, что до начала 2000-х гг. в исследованиях, посвященных проблеме здоровья и социального неравенства, данный аспект не рассматривался⁷².

Согласно П. Бурдье, культурный капитал выступает в трех состояниях: инкорпорированном, объективированном и институ-

⁶⁸ Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте // Вестник Института социологии. 2019. Т. 10. № 1. С. 140–141.

⁶⁹ Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Продолжительность жизни в регионах России: значение экономических факторов и социальной среды // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. № 1. С. 140–161; Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // Социологические исследования. 2010. № 1. С. 87–100; Белов В.Б., Роговина А.Г. Социальный капитал и здоровье населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 6. С. 3–5; Лебедева-Несевря Н.А., Елисеева С.Ю. Социальный капитал как фактор формирования здоровья населения: аналитический обзор // Анализ риска здоровью. 2018. № 3. С. 156–164.

⁷⁰ Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // Социологические исследования. 2010. № 1. С. 98–99.

⁷¹ Лебедева-Несевря Н.А., Елисеева С.Ю. Социальный капитал как фактор формирования здоровья населения: аналитический обзор // Анализ риска здоровью. 2018. № 3. С. 156–164.

⁷² Pampel F.C. Does reading keep you thin? Leisure activities, cultural tastes, and body weight in comparative perspective // *Sociology of Health & Illness*. 2012. N 34. P. 396–411; Veenstra G., Patterson A.C. Capital relations and health: mediating and moderating effects of cultural, economic and social capitals on mortality in Alameda County, California // *International Journal of Health Services*. 2012. N 42. P. 277–291.

ционализированном⁷³. В обобщенном виде культурный капитал представляет собой символические и информационные ресурсы индивида, которые формируются главным образом в процессе социального научения через усвоение норм, ценностей, паттернов поведения и в ходе образовательной деятельности. По мнению социолога Т. Абея, в аспекте влияния на здоровье культурный капитал может выступать как фактор формирования определенного образа жизни в отношении здоровья, проявляясь в соответствующих моделях поведения, ценностных ориентациях и знаниях, в частности, через уровень санитарной грамотности, приверженность здоровому образу жизни⁷⁴.

Накапливаясь в течение социальной жизнедеятельности индивида, культурный капитал во многом обусловлен социально-экономическим статусом и также может выступать как фактор социального неравенства в отношении здоровья. Как показывают исследования, респонденты с более высоким уровнем образования, включая доступ к более широким информационным ресурсам о здоровье, имеют более высокую самооценку их самочувствия, проявляют больше заботы о здоровье, что объясняется их большими возможностями в обладании необходимыми ресурсами в результате конвертирования на определенном уровне культурного капитала в экономический и социальный⁷⁵. Так, по данным, полученным в ходе масштабного исследования корреляции уровня смертности и образования среди населения Австралии, установлено, что уровень смертности среди мужчин, не имеющих высшего образования, в два раза превышает этот показатель среди тех, кто окончил высшее учебное заведение.

⁷³ Бурдые П. Формы капиталов // Экономическая социология. Электронный журнал. 2002. Т. 3. № 5. С. 60.

⁷⁴ Abel T. Cultural capital in health promotion // *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. N.Y., 2007. P. 43–73; Abel T. Cultural capital and social inequality in health // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2008. August; Abel T., Hofmann K., Ackermann S., Bucher S., Sakarya S. Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research // *Journal: Health Promotion International*. 2015. Vol. 30. N 3.

⁷⁵ Shim J.K. Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment // *Journal of Health and Social Behavior*. 2010. N 51(1). P. 1–15; Mackenbach J.P. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox // *Social Science & Medicine*. 2012. N 75(4). P. 761–769; Kamin T., Kolar A., Steiner P. The role of cultural capital in producing good health: a propensity score study // *Zdrav Var*. 2013. N 52. P. 108–118; Oude Groeniger J. Socioeconomic inequalities in health: a life-course perspective on social stratification, cultural capital and health-related behaviors. Rotterdam, 2019.

Среди женского населения эта тенденция также имеет место, но несколько с меньшим разрывом (1,6 раза)⁷⁶.

Прямая корреляция наблюдается и при соотнесении различий в структуре заболеваний в пространственном аспекте, что также обусловлено устоявшейся системой практик в отношении здоровья среди населения различных по пространственному признаку социальных групп (например, сельские и городские жители)⁷⁷.

Таким образом, в рамках стратификационного подхода социальное неравенство в отношении здоровья предстает как результат социальной стратификации, в рамках которой формируются модели поведения в отношении здоровья, определяемые следующими факторами: а) уровнем дохода, б) социальным статусом, в) уровнем образования, г) наличием социальных связей, д) степенью социальной интеграции, е) доступностью материальных и нематериальных (информационных) ресурсов для реализации потенциала в отношении своего здоровья.

В основе следующего, институционального, подхода лежит идея о том, что социальное неравенство в отношении здоровья есть продукт конкретной эпохи и представляет собой особую форму социальных отношений, сложившихся под влиянием существующих на данном этапе развития общества социальных институтов, формирующих соответствующие повседневные практики, способствующие его воспроизводству. Это позволяет рассматривать сам концепт в рамках теории структуризации Э. Гидденса⁷⁸ и постмодернистских идей, представленных в работах М. Фуко, И. Зола, Т. Шаца.

В рамках данного подхода ключевыми факторами неравенства выступают устройство самой социальной системы, ее социальные институты, ведущие к формированию различий в отношении здоровья⁷⁹. Прежде всего, это находит отражение в распределении медицинских ресурсов, что обусловлено особенностями развития медицины как социального института⁸⁰.

⁷⁶ Korda R., Biddle N., Lynch J., Eynstone-Hinkins J., Soga K., Banks E., Priest N., Moon L., Blakely T. Education inequalities in adult all-cause mortality: first national data for Australia using linked census and mortality data // *International Journal of Epidemiology*. 2019. N 3. P. 4.

⁷⁷ Gatrell A.C., Popay J., Thomas C. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? // *Health Place*. 2004. N 10(3). P. 245–257.

⁷⁸ Гидденс Э. Устроение общества: очерк теории структуризации. М., 2005.

⁷⁹ Raphael D., Bryant T. Power, intersectionality and the life-course: identifying the political and economic structures of welfare states that support or threaten health // *Social Theory and Health*. 2015. N 13 (3–4). P. 245–266.

⁸⁰ Лисицын Ю.П. История медицины. М., 2008.

Из истории ее становления известно, что на протяжении многих веков, начиная с Античной эпохи, услуги эскулапов относились к разряду особого искусства, доступного избранным. Так, несмотря на то что в Древнем Риме, когда происходит по сути формирование данной профессиональной группы, выделялись общественные врачи, которые занимались излечением всех граждан в городских лечебницах, за что и получали свое жалование, все-таки не все население имело возможность обратиться за помощью. В частности, здоровье иностранцев, рабов зависело либо от кошелька, либо от воли их хозяина⁸¹.

В эпоху Средних веков, когда, по сути, происходит зарождение научной медицины, врачи, хотя и подчинялись в своей деятельности церковным догматам, все-таки сохраняли свой высокий статус, поддерживаемый не только за счет владения особым знанием о человеческом организме, но и стоимостью оказываемых ими услуг⁸². Обслуживание же бедных слоев населения происходило за счет либо монастырей, которые в принципе выполняли функции изоляторов, оказывая паллиативную помощь, либо через народных целителей или знахарей⁸³.

Лишь в эпоху Нового времени, когда под давлением происходящих социальных трансформаций, здоровье не только общественной элиты, а всего населения, приобретает определенную, прежде всего экономическую, ценность, зарождается идея о создании соответствующих служб по его поддержке и предотвращению эпидемиологических кризисов, которые крайне негативно, особенно в условиях активных международных военных конфликтов, сказывались на дальнейшем развитии государств.

В этой связи, рассматривая в исторической перспективе особенности формирования существующих национальных систем здравоохранения, можно выделить три их базовые модели: государственную, страховую, рыночную. Однако фактические варианты имеют смешанные черты, что связано с активным реформированием и трансформациями, которые обусловлены, с одной стороны, объективными тенденциями развития социума, а с другой — дальнейшим прогрессом медицины как науки и социального института. В первом аспекте на современном этапе особую роль играют демографические тенденции, связанные со старением населения, что в свою очередь вызывает необходимость увеличения расходов на лечение и ставит под вопрос возможности государственного финансирования ме-

⁸¹ Лисицын Ю.П. Указ. соч. С. 60–62.

⁸² Бушля А.А. Отношение к врачу в средневековом обществе: презрение или уважение? // Известия ВГПУ. 2015. № 1 (96). С. 155.

⁸³ Лисицын Ю.П. Указ. соч. С. 71.

дицины⁸⁴. Как следствие, происходит сокращение государственной поддержки сектора социального страхования и увеличение доли платных услуг, что ставит под сомнение существование равных возможностей у различных групп населения в доступе к медицинским ресурсам и источникам для сохранения своего здоровья. Выплаты из собственного кармана усиливают неравенство в доступе к медицинской помощи и способствуют обнищанию населения. Также децентрализация медицинских услуг как следствие их коммерциализации ведет к пространственному неравенству в их распределении в рамках существующей системы охраны здоровья, формируя различия в уровне здоровья между жителями отдельных регионов и стран⁸⁵.

Наряду с системой здравоохранения в качестве факторов, оказывающих влияние на формирование социального неравенства в отношении здоровья, в рамках институционального подхода рассматриваются политические и правовые институты, закрепляющие социальную политику, проводимую современными государствами. Так, эксперты указывают на проблему реализации права на охрану здоровья среди мигрантов, национальных меньшинств⁸⁶. Кроме того, в условиях современного развития крайне дискуссионным становится вопрос об эффективности предпринимаемых мер по преодолению социального неравенства⁸⁷.

Исследователи отмечают, что в большинстве случаев декларируемые средства имеют ограниченный характер и связаны, как правило, с расширением доступа к первичной медицинской помощи и проведением профилактических мероприятий с целью формирования здоровьесберегающей идеологии у населения. Однако эти меры не затрагивают глубинные причины неравенства, которые связаны с функционированием самих институтов общества и его структурой.

В результате, несмотря на желание и попытки индивида следовать здоровому образу жизни, что подразумевает правильное питание, режим дня, физические упражнения, благоприятные условия проживания, институциональные практики задают свой “тон” и кор-

⁸⁴ *Лядова А.В.* Особенности становления социологии медицины как междисциплинарного научного направления // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2019. Т. 25. № 1. С. 45–64.

⁸⁵ *Kurbanov A.R., Liadova A. V., Verzhinina I.A.* Spatial inequality and health of Russian population // *Espacios*. 2019. Vol. 40. N 10.

⁸⁶ *Parra-Casado L., Stornes P., Solheim E.* Self-rated health and wellbeing among the working-age immigrant population in Western Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health // *European Journal of Public Health*. 2017. N 27. P. 40–46.

⁸⁷ *Lynch L.* Reframing inequality? The health inequalities turn as a dangerous frame shift // *Journal of Public Health*. 2017. Vol. 39. N 4. P. 653–660.

ректируют индивидуальные действия в определенных структурной рамках. В частности, выбор продуктов питания зависит от того, что есть в магазине, на рынке; нивелирование негативного влияния окружающей среды обусловлено районом проживания и т.п., что порождает дисбаланс в реализации прав на здоровье.

Наряду с указанными факторами в современном социуме особую роль играют средства массовой информации⁸⁸. Например, реклама лекарственных препаратов, с помощью которой происходит мифологизация предлагаемых решений различных проблем здоровья, на основании чего люди могут принимать неверные решения в отношении своего самочувствия, что может вести к ухудшению их состояния в целом⁸⁹. Проведенные исследования показывают, что зачастую в группу “рекламного риска” попадают пожилые люди, менее образованные, с низким доходом и этнические меньшинства⁹⁰.

Кроме того, через средства массовой информации в современном социуме активно внедряется потребительское отношение к здоровью, что ведет к снижению эффективности мер по формированию здорового образа жизни. Пропагандируя различные лекарственные препараты, новые методы медицины по коррекции существующих проблем со здоровьем, например, ожирением, курением, информационные каналы формируют “товарно-денежное” восприятие здоровья, что снижает чувство личной ответственности за последствия деструктивного поведения в сфере здоровья.

Таким образом, в рамках институционального подхода социальное неравенство в отношении здоровья является следствием функционирования существующих социальных институтов.

Третий, расово-гендерный, подход, в рамках которого социальное неравенство в отношении здоровья рассматривается как результат расовых и гендерных отличий, получил наибольшее признание в США, где данная проблема достаточно актуальна⁹¹.

⁸⁸ Савельева Ж.В. Конструирование социальной проблемы здоровья и болезни СМК: концептуальная модель исследования // Вестник Казанского технологического университета. 2011. № 16. С. 223–279.

⁸⁹ Mastin T., Julie L. Andsager, Choi J., Lee K. Health disparities and direct-to-consumer prescription drug advertising: a content analysis of targeted magazine genres, 1992–2002 // Health Communication. 2007. Vol. 22. N 1. P. 49–58.

⁹⁰ Khalil Zadeh N., Robertson K., Green J.A. “At-risk” individuals’ responses to direct to consumer advertising of prescription drugs: a nationally representative cross-sectional study // British Medical Journal. 2017. N 6.

⁹¹ Stith A.Y., Nelson A.R. Institute of medicine. Committee on understanding and eliminating racial and ethnic disparities in health care, board on health policy, institute of medicine. Washington, 2002; Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in

Изучая различия в состоянии здоровья через расовые характеристики, исследователи опираются на данные в статистике заболеваемости и смертности, в том числе, младенческой, которые отличаются более высокими показателями среди представителей именно национальных меньшинств⁹².

Следует отметить, что в ряде исследований в качестве причины этих отличий рассматриваются биологические факторы, обуславливающие предрасположенность к определенным заболеваниям⁹³. Однако как показывает анализ публикаций, в том числе, представленных в специализированном американском научном периодическом издании, ориентированном на изучение данной темы “*Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*”, эти отличия вызваны скорее не расовыми характеристиками, а политикой, проводимой в отношении расовых меньшинств⁹⁴.

Эксперты указывают, что существующая расовая дискриминация, уходящая своими корнями в историю Америки, способствует воспроизводству социального неравенства в отношении здоровья, прежде всего, через ограничения в доступе к медицинским ресурсам, что особенно ощутимо в случае хронических и инфекционных заболеваний, к образованию, создавая непреодолимые барьеры в социальной мобильности и способствуя криминализации жизни, через пространственную сегрегацию, ведущую к выселению в менее урбанизированные и экологически неблагоприятные районы проживания⁹⁵. Кроме того, существующая стигматизация расовых меньшинств ведет к ухудшению их психического здоровья, провоцируя стрессы, депрессии, что становится следствием распространения среди них негативных практик в сфере здоровья (употребление наркотиков, самоубийства).

health care. Washington, 2003; *Braveman P.* Health inequalities by class and race in the US: what can we learn from the patterns? // *Social Science & Medicine*. 2012. N 74. P. 665–667.

⁹² *Pathak E.B.* Mortality among black men in the USA // *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2018. N 5. P. 50–61.

⁹³ *Keyes K., Vo T., Wall M., Caetano R., Suglia S., Martins S., Galea S., Hasin D.* Racial/ethnic differences in use of alcohol, tobacco, and marijuana: is there a cross-over from adolescence to adulthood? // *Social Science and Medicine*. 2015. N 124. P. 132–141; *Cockerham W.C., Bauldry S., Hamby B.W., Shikany J.M., Bae S.* A comparison of black and white racial differences in health lifestyles and cardiovascular disease // *American Journal of Preventive Medicine*. 2017. Vol. 52. N 1. P. 56–62.

⁹⁴ *Castle B., Wendel M., Kerr J.* Public health's approach to systemic racism: a systematic literature review // *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2019. N 6. P. 27–36. URL: <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0494-x> (accessed: 10.08.2020).

⁹⁵ *Pathak E.B.* Mortality among black men in the USA // *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2018. N 5. P. 50–61.

Таким образом, расовый и гендерный факторы в рамках данного подхода выступают как первопричины социального неравенства в отношении здоровья⁹⁶.

Анализируя расово-гендерный подход, на наш взгляд, можно отметить его близость к вышеизложенному институциональному, так как обоснование политики расизма и сексизма в качестве первопричины означает по сути признание того, что формируемые в рамках нее социальные институты способствуют производству социального неравенства через соответствующие нормы, правила и практики.

Поведенческий подход трактует социальное неравенство в отношении здоровья как различия в уровне здоровья, обусловленные индивидуальным поведением⁹⁷. Следует отметить, что впервые данный подход был использован для объяснения социального неравенства в сфере здоровья в уже упомянутом выше “Отчете о неравенстве в здоровье” Д. Блэка в 1980 г.⁹⁸ Однако наибольшую известность он приобрел в последние годы⁹⁹, что, на наш взгляд, имеет определенный “политический” контекст, а его разработка обусловлена необходимостью сокращения государственных расходов в сфере общественного здравоохранения и обоснования индивидуальной ответственности за здоровье.

Тем не менее, следует признать, что подтверждается и в многочисленных исследованиях и зарубежных, и отечественных ученых, что субъективное отношение к здоровью, действительно, является важнейшим фактором, определяющим его уровень¹⁰⁰. Исследования показывают, что в современном социуме индивидуальное поведение в отношении здоровья может иметь как самосохранительную или

⁹⁶ Vallejo-Torres L., Hale D., Morris S. Income-related inequality in health and health-related behaviour: exploring the equalisation hypothesis // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014. N 68. P. 615–621; Pinillos-Franco S., Somarriba N. Examining gender health inequalities in Europe using a synthetic health Indicator: the role of family policies // *European Journal of Public Health*. 2019. Vol. 29. N 2. P. 254–259.

⁹⁷ Bartley M. *Health inequality: an introduction to theories, concepts, and methods*. Cambridge, 2004.

⁹⁸ *Inequalities in health: report of a research working group*. L., 1980.

⁹⁹ Goldberg D. Social justice, health inequalities and methodological individualism in US health promotion // *Public Health and Ethics*. 2012. Vol. 5(2). P. 104–115; Katikireddi S., Higgins M., Smith K.E. Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2013. Vol. 67. P. 715–716; Cohn S. From health behaviours to health practices: an introduction // *Sociology of Health and Illness*. 2014. Vol. 36(2). P. 157–162; Holman D., Lynch R., Reeves A. How do health behaviour interventions take account of social context? A literature trend and co-citation analysis // *Health*. 2018. Vol. 22(4). P. 389–410.

¹⁰⁰ *Ibid.* P. 51.

здоровьесберегающую, так и деструктивную направленность¹⁰¹. Самосохранительная модель подразумевает систему действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление срока жизни в пределах этого цикла¹⁰². Деструктивная модель имеет противоположную характеристику и, как следствие, негативное воздействие на здоровье. При этом закономерно возникает вопрос: а что обуславливает выбор той или иной модели поведения индивидом?

По мнению исследователей, индивидуальное поведение в сфере здоровья, ведущее к различиям в его уровнях, обусловлено особенностями выбора индивида и связано с психологическими аспектами мотивации его поведения, что позволяет рассматривать данную модель в рамках таких социально-психологических концепций, как теории рискованного поведения¹⁰³, запланированного поведения А. Айзена¹⁰⁴, мотивации защиты Р. Роджерса¹⁰⁵. Исходя из их основных положений, индивидуальное поведение, связанное со здоровьем, можно представить как: а) определенную копинг-стратегию, обусловленную оценкой уровня угрозы и способа совладания с нею; б) результат субъективного восприятия полезности предполагаемых действий; в) деятельность по преодолению неопределенности в ситуации неизбежного выбора¹⁰⁶. Соответственно, факторы, определяющие ту или иную модель поведения, включают: а) субъективное восприятие угрозы, основанное на предшествующем опыте,

¹⁰¹ Антонов А.И. Проблемы изучения самосохранительного поведения населения в демографии // Демографическое поведение и возможности социального воздействия на него в условиях социализма. М., 1986. С. 131; Лебедева-Несевря Н.А. Социальные факторы риска здоровью как объект управления // Вестник Пермского университета. Серия Биология. 2010. Вып. 3. С. 36–41; Короленко А.В. Модели самосохранительного поведения населения: подходы к изучению и опыт построения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2018. Т. 11. № 3. С. 251.

¹⁰² Социология семьи: Уч. / Под ред. А.И. Антонова. М., 2005. С. 33.

¹⁰³ Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. 2014. № 3. С. 5–16; Graham H. Cigarette smoking and inequalities in health // Inequalities in Health / Ed. by S. Waller, A. Crosier, D. Mcvey. L., 1999. P. 101–108; Petrovic D., Mestral C., Bochud M., Bartley M., Kivimäki M., Vineis P., Mackenbach J., Stringhini S. The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: a systematic review // Preventive Medicine. 2018. Vol. 113. P. 15–31.

¹⁰⁴ Ajzen I., Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, 1980; Ajzen I. The theory of planned behavior // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1999. N 50. P. 179–211.

¹⁰⁵ Rogers R.W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation // Social Psychophysiology. N.Y., 1983. P. 153–176.

¹⁰⁶ Альгин А.П. Риск и его роль в общественной жизни. М., 1989. С. 19.

имеющемся знании; б) самооценку здоровья; в) систему личностных установок, ценностей и норм; г) адаптивные способности¹⁰⁷.

В этом аспекте представляется интересным рассмотреть первые результаты исследований поведения россиян в ситуации пандемии COVID-19¹⁰⁸. Так, опираясь на данные мониторингов, российский исследователь А.А. Шабунова отмечает, что “в стрессовой ситуации, связанной с пандемией, россияне проявляют обеспокоенность относительно своей безопасности и безопасности близких. Большинство из них ответственно относятся к требованиям и стараются соблюдать ограничения”¹⁰⁹.

Таким образом, при интерпретации социального неравенства в отношении здоровья, основной акцент в рамках данного подхода ставится на субъективном аспекте поведения, обусловленном внутренними мотивами выбора индивида.

На наш взгляд, поведенческий подход недостаточно убедителен, так как по сути “вырывает” индивида и его мотивацию из социального контекста. Если же обратиться к анализу указанных факторов, то становится очевидным, что уровень информированности зависит от доступности соответствующих источников информации, самооценка здоровья также обусловлена степенью социальной интеграции и связей индивида, осознанием собственной пользы для окружающих и т.п. Тем не менее, данный подход представляется интересным в контексте обоснования мер по смягчению социального неравенства, которые в условиях современного социума подразумевают все-таки активное индивидуальное участие и стремление к улучшению своего здоровья.

Наряду с рассмотренными выше подходами исследователи указывают и на глобальные тенденции в развитии современного социума как способствующие усилению социального неравенства в отношении здоровья (глобальный подход)¹¹⁰. По мнению таких

¹⁰⁷ *Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю.* Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема “Разрыва” между намерением и действием // Психология. Журнал ВШЭ. 2015. № 1. С. 105–130.

¹⁰⁸ *Шабунова А.А.* Здоровье и самосохранительное поведение населения в контексте COVID-19 // Социальное пространство. 2020. Т. 6. № 3. С. 1–7.

¹⁰⁹ Там же. С. 7.

¹¹⁰ *Осинова Н.Г.* Рыночный фундаментализм как источник глобального социального неравенства // Представительная власть — XXI век. 2018. № 5–6. С. 1–12; World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2008. URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/ (accessed: 02.04.2018).

исследователей, как, например, В. Наварро¹¹¹, Н.Г. Осипова¹¹², наиболее существенной причиной усиления социальных различий в состоянии здоровья населения в современном мире является неолиберальная идеология, несовместимая с декларируемыми такими международными организациями, как Всемирная организация здравоохранения, идеями о социальной справедливости и равенстве всех в сфере здоровья. Политика неолиберализма ведет к сворачиванию социальных мероприятий и программ, в условиях коммерциализации общественной жизни наблюдается несправедливое перераспределение материальных благ¹¹³. В этой связи уже с началом третьего тысячелетия в публикациях по социальному неравенству в отношении здоровья все чаще употребляется термин “несправедливость”, что открывает более широкий подход к ее пониманию и позволяет рассматривать также в аспекте теорий равенства и справедливости Дж. Ролза¹¹⁴ и А. Сена¹¹⁵, т.е. с позиции несправедливости/справедливости, когда одни социальные группы или индивиды имеют большие преимущества, по сравнению с другими, при получении доступа к основным источникам и ресурсам для поддержания и сохранения своего здоровья¹¹⁶.

Следует отметить, что впервые понятие социальной справедливости по отношению к здоровью было использовано в “Оттавской Хартии ВОЗ по укреплению здоровья”, принятой в 1986 г. Согласно данному документу, “непременными условиями и предпосылками здоровья являются мир, кров, образование, пища, заработок, стабильная экосистема, устойчивые ресурсы, социальная справедливость и равенство”, “...укрепление здоровья людей неотделимо от достижения социальной справедливости”¹¹⁷.

Оперируя понятием социальной справедливости в аспекте его применения к сфере здоровья, следует иметь в виду, что оно содержит в своем определении как морально-этические, так и социально-пра-

¹¹¹ Navarro V. Health and equity in the world in the era of “globalization” // International Journal of Health Services. 1999. N 29(2). P. 215–226.

¹¹² Осипова Н.Г. Рыночный фундаментализм как источник глобального социального неравенства. С. 1–12.

¹¹³ Там же. С. 1–2.

¹¹⁴ Ролз Дж. Теория справедливости. Новосибирск, 1995.

¹¹⁵ Сен А. Идея справедливости. М., 2016.

¹¹⁶ Arcaya M., Arcaya A., Subramanian S. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories // Global Health Action. 2015. N 8. URL: <http://doi.org/10.3402/gha.v8.27106> (accessed: 01.04.2018); Graham H., Kelly M. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. L., 2004.

¹¹⁷ Оттавская хартия по укреплению здоровья 1986 года. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf (дата обращения: 09.09.2020).

вовые аспекты¹¹⁸. Такое понимание определяет основные принципы воплощения концепции социальной справедливости на практике, ключевым из которых можно считать признание права на охрану здоровья как неотъемлемого человеческого права. Реализация права на охрану здоровья означает, в первую очередь, предоставление равных условий для сохранения и улучшения своего здоровья. Следовательно, идея социальной справедливости в отношении здоровья по своей сути означает социальное равенство.

Таким образом, анализ стратификационного, институционального, расово-гендерного, поведенческого и глобального подходов, выделенных в работе на основе типологизации существующих среди исследователей определений социального неравенства в отношении здоровья, показал, что в рамках каждого из них данный феномен обосновывается через набор факторов, которые рассматриваются как ключевые причины, вызывающие различия в состоянии здоровья среди населения.

На наш взгляд, анализируя возможности использования этих подходов для выявления сущности и причин социального неравенства в современном социуме, следует указать, что в отдельности все они имеют определенные ограничения. В этой связи представляется обоснованным анализировать социальное неравенство в отношении здоровья в рамках интегративного подхода, основанного на понимании здоровья как комплексного, социально обусловленного, динамичного конструкта, формируемого в процессе совокупного влияния различных факторов, которые образуют сложные системы взаимодействия, улучшающие или ухудшающие его состояние. В рамках данного подхода социальное неравенство в отношении здоровья выступает как комплексный социальный феномен, детерминируемый особенностями функционирования социальных институтов и распределения ресурсов в рамках существующей стратификационной модели общества, влияние которых имеет динамичный характер и определяется конкретными историческими условиями.

Таким образом, историко-сравнительный анализ социологических исследований социального неравенства в отношении здоровья показывает, что данная тема формируется в исследовательском поле в связи с усилением социальной значимости здоровья для развития общества. Ее становление в научном социологическом дискурсе позволяет выделить различные подходы, анализ которых указывает на

¹¹⁸ Лядова А.В. Концепция социальной справедливости и особенности ее реализации в сфере охраны здоровья: социально-правовой аспект // Социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира: XII Международная научная конференция "Сорокинские чтения-2018": Сб. мат-в. М., 2018. С. 68–70.

комплексную природу исследуемого феномена, что дает основание рассматривать его в рамках интегративного подхода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Аверин Ю.П., Добренъков В.И., Добренъкова Е.В. Неравенство российского населения в отношении качества жизни и предпочитаемый социальный порядок // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2014. № 2. С. 12–35.

Амлаев К.Р., Курбатов А.В. Современное состояние проблемы неравенства в здоровье (обзор) // Профилактическая медицина. 2012. Т. 15. № 1. С. 10–15.

Антонов А.И. Проблемы изучения самосохранительного поведения населения в демографии // Демографическое поведение и возможности социального воздействия на него в условиях социализма. М., 1986.

Белов В.Б., Роговина А.Г. Социальный капитал и здоровье населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 6. С. 3–5.

Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М., 1995.

Браун Д., Русинова Н.Л. Социальные неравенства и здоровье // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. 2. № 1. С. 103–114.

Бурдые П. Структура, габитус, практика // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Т. 1. № 2. С. 40–58.

Бурдые П. Практический смысл. СПб., 2001.

Викторов А.Ш. Введение в социологию неравенства. М., 2015.

Вялых Н.А. Методология социологического исследования неравенства в доступе к медицинской помощи: Науч.-метод. пособ. Ростов-н/Д., 2013.

Гидденс Э. Устройство общества: очерк теории структуризации. М., 2005.

Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М., 2006.

Канева М.А., Байдин В.Б. Неравенство в доходе и самооценка здоровья в России // ЭКО. 2019. № 12. С. 105–123.

Кислицына О.А. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. 2015. Т. 13. № 2. С. 289–302.

Козырева П.М., Смирнов А.И. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода // Социологические исследования. 2020. № 4. С. 70–81.

Курбанов А.Р., Лядова А.В. Здравоохранение Бразилии: трудный путь к преодолению неравенства // Латинская Америка. 2018. № 9. С. 56–68.

Лебедева-Несевря Н.А. Социальные факторы риска здоровью как объект управления // Вестник Пермского университета. Серия: Биология. 2010. Вып. 3. С. 36–41.

Лисицын Ю.П. История медицины. М., 2008.

Лядова А.В. Концепция социальной справедливости и особенности ее реализации в сфере охраны здоровья: социально-правовой аспект // Социальная несправедливость в социологическом измерении: вызовы современного мира: XII Международная научная конференция “Сорокинские чтения-2018”. Сб. мат-в. М., 2018. С. 68–70.

Лядова А.В., Лядова М.В. Ценность здоровья в современном обществе // Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования. Екатеринбург, 2017. С. 1506–1512.

Лядова А.В., Лядова М.В. Формирование здоровьесберегающей идеологии как фактор укрепления общественного здоровья // Материалы конференции “Социология физической культуры и спорта: состояние и перспективы развития”. СПб., 2017. С. 227–229.

- Монтень М.* Опыты. Избранные произведения: В 3-х т. Т. 2. М., 1992.
- Осипова Н.Г.* Социальное конструирование общественного здоровья // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. Т. 22. № 4. С. 119–141.
- Осипова Н.Г.* Рыночный фундаментализм как источник глобального социального неравенства // Представительная власть — XXI век. 2018. № 5–6. С. 1–12.
- Панова Л. В.* Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте // The Journal of Social Policy Studies. 2019. Т. 17. № 2. С. 177–190.
- Ролз Дж.* Теория справедливости. Новосибирск, 1995.
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В.* Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте // Вестник Института социологии. 2019. Т. 10. № 1. С. 127–147.
- Савельева Ж.В.* Конструирование социальной проблемы здоровья и болезни СМК: концептуальная модель исследования // Вестник Казанского технологического университета. 2011. № 16. С. 223–279.
- Тернборн Г.* Глобализация и неравенство: проблемы концептуализации и объяснения // Социологические исследования. 2005. Т. 4. № 1. С. 31–62.
- Фуко М.* Рождение биополитики // Интеллектуалы и власть: избранные политические статьи, выступления и интервью. М., 2006.
- Фуко М.* Рождение клиники. М., 2014.

REFERENCES

- Abel T.* Cultural capital in health promotion // Health and Modernity: the Role of Theory in Health Promotion. N.Y., 2007. P. 43–73.
- Ajzen I.* The theory of planned behavior // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1999. N 50. P. 179–211.
- Ajzen I., Fishbein M.* Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, 1980.
- Amlaev K.R., Kurbatov A.V.* Sovremennoe sostoyanie problemy neravenstva v zdorov'e (obzor) [The current state of the problem of inequality in health (review)] // Profilakticheskaya medicina. 2012. Т. 15. N 1. S. 10–15 (in Russian).
- Antonov A.I.* Problemy izucheniya samosohranitel'nogo povedeniya naseleniya v demografii [Problems of Studying the Self-Preservation Behavior of the Population in Demography] // Demograficheskoe povedenie i vozmozhnosti social'nogo vozdeystviya na nego v usloviyah socializma. M., 1986 (in Russian).
- Antonovsky A.* Social class, life expectancy and overall mortality // The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1967. Vol. 45. N 2. Part 1. P. 31–73.
- Arcaya M., Arcaya A., Subramanian S.* Inequalities in health: definitions, concepts, and theories // Global Health Action. 2015. N 8.
- Averin Yu.P., Dobren'kov V.I., Dobren'kova E.V.* Neravenstvo rossijskogo naseleniya v otnoshenii kachestva zhizni i predpochitaemyj social'nyj poryadok [Inequality of the Russian population in relation to the quality of life and the preferred social order] // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sociologiya i politologiya. 2014. N 2. S. 12–35 (in Russian).
- Backhaus I., Kawachi I., Ramirez A., Jang S.* Social capital and students' health: results of the splash study // European Journal of Public Health. 2019. Vol. 29.
- Bartley M.* Health inequality: an introduction to theories, concepts, and methods. Cambridge, 2004.
- Belov V.B., Rogovina A.G.* Social'nyj kapital i zdorov'e naseleniya [Social capital and public health] // Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. 2013. N 6. S. 3–5 (in Russian).

Berger P., Lukman T. Social'noe konstruirovaniye real'nosti. Traktat po sociologii znaniya [Social construction of reality. A treatise on the sociology of knowledge]. M., 1995 (in Russian).

Bloom S.W., Summey P. Models of the doctor-patient relationship: a history of the social system concept // *The Doctor-Patient Relationship in the Changing Health Scene* / Ed. by E.B. Gallagher. Washington, 1978. P. 17–48.

Bourdieu P. Distinction: a social critique of the judgement of taste. L., 1984.

Braun D., Rusinova N.L. Social'nye neravenstva i zdorov'e [Social inequalities and health] // *Zhurnal sociologii i social'noj antropologii*. 1999. T. 2. N 1. S. 103–114 (in Russian).

Braveman P. Health inequalities by class and race in the US: what can we learn from the patterns? // *Social Science & Medicine*. 2012. N 74. P. 665–667.

Burd'e P. Struktura, gabitus, praktika [Structure, habit, practice] // *Zhurnal sociologii i social'noj antropologii*. 1998. T. 1. N 2. S. 40–58 (in Russian).

Burd'e P. Prakticheskij smysl [Practical meaning]. SPb., 2001 (in Russian).

Carlson P. Educational differences in self-rated health during the Russian transition. Evidence from Taganrog 1993–1994 // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51 (9). P. 1363–1374.

Castle B., Wendel M., Kerr J. Public health's approach to systemic racism: a systematic literature review // *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2019. N 6. P. 27–36.

Cockerham W.C., Bauldry S., Hamby B.W., Shikany J.M., Bae S.A. Comparison of black and white racial differences in health lifestyles and cardiovascular disease // *American Journal of Preventive Medicine*. 2017. Vol. 52. N 1. P. 56–62.

Fuko M. Rozhdenie biopolitiki [The Birth of Biopolitics] // *Intellektualy i vlast': izbrannyye politicheskie stat'i, vystupleniya i interv'yu*. M., 2006 (in Russian).

Fuko M. Rozhdenie kliniki [The birth of the clinic]. M., 2014 (in Russian).

Gakidou E., Murray C., Frenk J. World Health Organization. Global programme on evidence for health policy. A framework for measuring health inequality. Geneve, 1999.

Giddens E. Ustroenie obshchestva: Oчерk teorii strukturacii [Organization of society: an outline of the theory of structuration]. M., 2005 (in Russian).

Goldberg D. Social justice, health inequalities and methodological individualism in US health promotion // *Public Health and Ethics*. 2012. Vol. 5(2). P. 104–115.

Graham H. Cigarette smoking and inequalities in health // *Inequalities in Health* / Ed. by S. Waller, A. Crosier, D. Mcvey. L., 1999. P. 101–108.

Inequalities in health: report of a research working group. L., 1980.

Kaneva M.A., Bajdin V.B. Neravenstvo v dohode i samoocenka zdorov'ya v Rossii [Income inequality and self-assessment of health in Russia] // *EKO*. 2019. N 12. S. 105–123 (in Russian).

Kislicyna O.A. Vliyanie social'no-ekonomicheskikh faktorov na sostoyanie zdorov'ya: rol' absolyutnyh ili otnositel'nyh lishenij [The influence of socio-economic factors on health: the role of absolute or relative deprivation] // *Zhurnal issledovaniy social'noj politiki*. 2015. T. 13. N 2. S. 289–302 (in Russian).

Kozyreva P.M., Smirnov A.I. Dinamika samoocenok zdorov'ya rossiyan: aktual'nye trendy postsovet'skogo perioda [The dynamics of self-assessments of the health of Russians: current trends in the post-Soviet period] // *Sociologicheskie issledovaniya*. 2020. N 4. S. 70–81 (in Russian).

Kurbanov A.R., Lyadova A.V. Zdravoohraneniye Brazili: trudnyj put' k preodoleniyu neravenstva [Healthcare in Brazil: The Difficult Path to Overcoming Inequality] // *Latinskaya Amerika*. 2018. N 9. S. 56–68 (in Russian).

Kurbanov A.R., Liadova A.V., Vershinina I.A. Spatial inequality and health of russian population // *Espacios*. 2019. Vol. 40. N 10.

- Lebedeva-Nesevrya N.A.* Social'nye faktory riska zdorov'yu kak ob'ekt upravleniya [Social risk factors for health as an object of management] // Vestnik Permskogo universiteta. Seriya: Biologiya. 2010. Vyp. 3. S. 36–41 (in Russian).
- Link B., Phelan J.* Social conditions as fundamental causes of disease // Journal of Health and Social Behaviour. 1995. N 35. P. 80–94.
- Lisicyn Yu.P.* Istoriya mediciny [History of Medicine]. M., 2008 (in Russian).
- Lyadova A.V.* Konceptsiya social'noj spravedlivosti i osobennosti ee realizacii v sfere ohrany zdorov'ya: social'no-pravovoj aspekt [The concept of social justice and the peculiarities of its implementation in the field of health protection: the social and legal aspect] // Social'naya nespravedlivost' v sociologicheskom izmerenii: vyzovy sovremennogo mira: XII Mezhdunarodnaya nauchnaya konferenciya "Sorokinskie chteniya-2018". Sb. mat-v. M., 2018. S. 68–70 (in Russian).
- Lyadova A.V., Lyadova M.V.* Cennost' zdorov'ya v sovremennom obshchestve [The value of health in modern society] // Kul'tura, lichnost', obshchestvo v sovremennom mire: metodologiya, opyt empiricheskogo issledovaniya. Ekaterinburg. 2017. S. 1506–1512 (in Russian).
- Lyadova A.V., Lyadova M.V.* Formirovanie zdorov'esberegayushchej ideologii kak faktor ukrepleniya obshchestvennogo zdorov'ya [Formation of health-preserving ideology as a factor in strengthening public health] // Materialy konferencii "Sociologiya fizicheskoy kul'tury i sporta: sostoyanie i perspektivy razvitiya". SPb., 2017. S. 227–229 (in Russian).
- Lynch L.* Reframing inequality? The health inequalities turn as a dangerous frame shift // Journal of Public Health. 2017. Vol. 39. N 4. P. 653–660.
- Mackenbach J., Kunst A.* Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe // Social Science and Medicine. 1997. N 44(6). P. 757–771.
- Marmot M.* Health inequalities in the EU. Final report of a consortium. Washington, 2013.
- Monten' M.* Opyty. Izbrannye proizvedeniya: V 3-h t. [Experiments. Selected works: In 3 volumes]. T. 2. M., 1992 (in Russian).
- Navarro V.* Health and equity in the world in the era of "globalization" // International Journal of Health Services. 1999. N 29(2). P. 215–226.
- Osipova N.G.* Social'noe konstruirovanie obshchestvennogo zdorov'ya [Social construction of public health] // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sociologiya i politologiya. 2016. N 22(4). S. 119–141 (in Russian).
- Osipova N.G.* Rynochnyj fundamentalizm kak istochnik global'nogo social'nogo neravenstva [Market fundamentalism as a source of global social inequality] // Predstavitel'naya vlast' — XXI vek. 2018. N 5–6. S. 1–12 (in Russian).
- Panova L.V.* Dostupnost' medicinskoj pomoshchi: Rossiya v evropejskom kontekste [Accessibility of medical care: Russia in the European context] // The Journal of Social Policy Studies. 2019. T. 17. N 2. S. 177–190 (in Russian).
- Parsons T.* The social system. N.Y., 1951.
- Ramazzini B.* De Morbis Artificum Diatriba (Diseases of Workers) // American Journal of Public Health. 2001. Sept. Vol. 91 (9). P. 1380–1382.
- Rolz Dzh.* Teoriya spravedlivosti [The Theory of Justice]. Novosibirsk, 1995 (in Russian).
- Rusinova N.L., Safronov V.V.* Problema social'nyh neravenstv v zdorov'e: sravnitel'noe issledovanie Rossii v evropejskom kontekste [The problem of social inequalities in health: a comparative study of Russia in the European context] // Vestnik Instituta sociologii. 2019. T. 10. N 1. C. 127–147 (in Russian).
- Savel'eva Zh.V.* Konstruirovanie social'noj problemy zdorov'ya i bolezni SMK: konceptual'naya model' issledovaniya [Construction of the social problem of health and disease of the SMC: a conceptual research model] // Vestnik Kazanskogo tekhnologicheskogo universiteta. 2011. N 16. S. 223–279 (in Russian).

Scambler G. Health inequalities // *Sociology of Health & Illness*. 2012. Vol. 34. N 1. P. 130–146.

Sigaud J.F.X. Du climat et des maladies du Bresil ou statistique medicale de cet empire. P., 1844.

Ternborn G. Globalizaciya i neravenstvo: problemy konceptualizacii i ob"yasneniya [Globalization and inequality: problems of conceptualization and explanation] // *Sociologicheskie issledovaniya*. 2005. T. 4. N 1. S. 31–62 (in Russian).

Valkonen T. Adult mortality and level of education: a comparison of six countries // *Health Inequalities in European Countries*. Aldershot, 1989. P. 142–172.

Viktorov A.Sh. Vvedenie v sociologiyu neravenstva [An introduction to the sociology of inequality]. M., 2015 (in Russian).

Virchow R. Mittheilungen. Mittheilungen Über die in Oberschlesien Herrschende Typhus-Epidemie in German. Berlin, 1848.

Vyalyh N.A. Metodologiya sociologicheskogo issledovaniya neravenstva v dostupe k medicinskoj pomoshchi: Nauch.-metod. Posob [Methodology of sociological research of inequality in access to health care: Scientific-method. manual]. Rostov-n/D., 2013 (in Russian).

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health // *International Journal of Health Services*. 1992. N 22(3). P. 429–445.

Wilkinson R. Dear David Ennals // *New Society*. 1976. 16 Dec.

Williams D. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. N 3. P. 173–188.

Zhuravleva I.V. Otnoshenie k zdorov'yu individa i obshchestva [Attitude towards the health of the individual and society]. M., 2006 (in Russian).