

Лядова Анна Васильевна

кандидат исторических наук, доцент
кафедры современной социологии,
социологического факультета
Московского государственного
университета им. М.В. Ломоносова
<https://orcid.org/0000-0002-2820-8589>

СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ КАК ОБЪЕКТ НАУЧНОГО ДИСКУРСА: ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ*

Аннотация:

Социальное неравенство в отношении здоровья как глобальная социальная проблема относится к одной из актуальных тем научного и общественного дискурса, что обусловлено значимостью здоровья в жизнедеятельности индивида и социума в целом. Преодоление социально обусловленных различий в состоянии здоровья отдельных социальных групп, между населением разных стран является приоритетной задачей «Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года». Среди отечественных ученых данная тема является относительно новым, но актуальным направлением, что вызывает необходимость ее исследования. Анализ существующих публикаций показывает, что накоплен значительный исследовательский опыт в разработке рассматриваемой проблемы. В связи с этим в данной работе на основе историко-сравнительного подхода и метода качественного анализа научных работ, посвященных проблеме социального неравенства в сфере здоровья, выделены основные этапы, подходы и направления ее изучения в зарубежном исследовательском поле.

Ключевые слова:

социальное неравенство в отношении здоровья; научный дискурс; здоровье как социальный феномен; социальные различия в статусе здоровья; факторы, детерминирующие социальное неравенство в сфере здоровья; стратификационный подход; социальные институты; поведенческий подход; глобализация; политика неолиберализма

Lyadova Anna Vasilevna

PhD in History, Associate Professor,
Modern Sociology Department,
Faculty of Sociology,
Lomonosov Moscow State University
<https://orcid.org/0000-0002-2820-8589>

HEALTH INEQUALITY AS AN OBJECT OF SCIENTIFIC DISCOURSE: MAIN APPROACHES AND DIRECTIONS IN THE INTERNATIONAL STUDIES

Summary:

Social inequality in health as a global social problem, which refers to one of the traditional questions of the scientific and public discourse due to the importance of health in the life of the individual and society as a whole. Overcoming socially determined differences in the health status of certain social groups, between the population of different countries is a priority task of the «2030 Agenda for Sustainable Development». Among domestic scientists, this topic is a relatively new, but relevant direction, which makes it necessary to study it. The analysis of existing publications shows that significant research experience has been accumulated in the development of a considered problem. In this regard, in this work, based on the historical-comparative approach and the method of qualitative analysis of scientific works devoted to the problem of social inequality in health, the main stages, approaches and directions of its study in the foreign research field are highlighted.

Keywords:

social inequalities in health; scientific discourse; health as a social phenomenon; social differences in health status; factors that determine social inequality in health; stratification approach; social institutions; behavioral approach; globalization; the politics of neoliberalism

Социальное неравенство в отношении здоровья, будучи традиционной темой научного дискурса, в настоящее время приобретает особую актуальность. Это обусловлено глобальным характером и самого феномена социального неравенства, и амбивалентным влиянием на здоровье человека происходящих в современном социуме трансформаций, которые усугубляют существующие и создают новые барьеры для отдельных социальных групп в реализации их потребностей в отношении здоровья. Сложившаяся вследствие распространения новой коронавирусной инфекции ситуация служит убедительным доказательством этому. Люди, не имеющие возможности получить медицинскую помощь из-за отсутствия страхового покрытия, средств для оплаты лечения, удаленности места проживания, в условиях пандемии оказываются одни перед лицом этой угрозы.

Преодоление социально детерминируемых различий в состоянии здоровья отдельных социальных групп, между населением разных стран является приоритетной задачей «Повестки дня

* Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФИ. Грант «Новые формы социального неравенства и особенности их проявления в современной России», проект № 18-011-01106.

в области устойчивого развития на период до 2030 года» [1]. Однако, несмотря на активные мероприятия, программы, предпринимаемые как на уровне мирового сообщества, так и отдельных государств, проблема социальных дифференциаций в статусе здоровья индивидов, социальных групп, населения разных стран остается в центре научно-общественного внимания.

Учитывая актуальность рассматриваемой проблемы, особенно в условиях пандемии COVID-19, а также значительный, но разнообразный исследовательский опыт, представляются необходимыми его изучение и систематизация. В связи с этим в данной работе на основе историко-сравнительного подхода и метода качественного анализа научных работ, посвященных проблеме социального неравенства в сфере здоровья, выделены ключевые этапы, определены направления и особенности ее разработки в зарубежном исследовательском поле, а также выявлены основные подходы к определению сущности данного феномена.

Рассматривая в историко-сравнительном аспекте этапы развития темы социального неравенства в отношении здоровья в зарубежном исследовательском поле, следует отметить, что становление научного интереса к ней тесно связано с изучением здоровья как социальной феномена. Так, начиная с середины XIX в. активно разрабатываются проблемы социальной детерминированности здоровья, влияния на его состояние условий труда, проживания, а также обосновывается необходимость создания системы общественной охраны здоровья, что находит отражение в соответствующих исследованиях, причем главным образом – представителей медицинского сообщества. В связи с этим следует отметить вклад немецких ученых Р. Вирхова (Rudolf Virchow) (1821–1902) и С. Нейманна (Salomon Neumann) (1819–1908), французского врача и общественного деятеля Жюль Рене Герена (Jules René Guérin) (1801–1886), Президента медицинской академии Бразилии, врача Хосе Франсиско Ксавье де Сигауда (Jose Francisco Xavier de Sigaud) (1796–1856), американского ученого Чарльза МакИнтайэра (McIntire) [2].

Анализ их работ показывает, что, несмотря на активные исследования влияния на здоровье различных факторов внешней (прежде всего, социальной) среды, в этот период ученые не акцентируют внимание на изучении проблемы неравенства и здоровья среди представителей различных социальных групп, хотя отмечают ее существование, а именно характерный для низших классов невысокий уровень состояния их здоровья [3].

Наряду с этим следует указать на интерес именно к общественному, а не к индивидуальному здоровью, что может быть объяснено потребностями в стабильной рабочей силе в условиях капиталистического общества конца XIX – начала XX вв. для эффективного развития производства. В связи с этим следует обратить внимание на тот факт, что именно в этот период получают государственную поддержку законы социального страхования рабочих на предприятиях в Германии, в России, послужившие впоследствии основой формирования национальных систем здравоохранения [4].

Интерес к индивидуальному здоровью в русле социальных исследований актуализируется позже, во второй половине XX в., что связано с формированием гуманистической парадигмы, в рамках которой находят обоснование идеи ценности здоровья, принципы равенства права каждого человека на охрану здоровья и «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья независимо от происхождения, веры, политических и религиозных убеждений» [5]. Вследствие этого получают развитие социальные прикладные исследования, анализирующие не только особенности влияния на здоровье разных факторов, но и те различия, которые они формируют в уровне здоровья представителей отдельных социальных групп. В связи с этим стоит отметить работы А. Антоновского, И. Зола, Дж. Коза, в которых на основе историко-сравнительного анализа данных рассматривается влияние социального статуса человека на продолжительность его жизни [6]. Однако это еще единичные публикации, в основном представителей американской и английской научной мысли, что, на наш взгляд, связано с актуализацией в этих странах в рассматриваемый период социологии медицины и здоровья.

Если до конца 1970-х гг. тема социального неравенства в отношении здоровья не является центральным направлением среди исследователей, то к началу 1980-х гг. прослеживается рост научного интереса к ней, что подтверждается увеличением публикаций, посвященных ее изучению, как в американских, английских, так и европейских научных изданиях. Их авторы, рассматривая данные о состоянии здоровья населения разных социальных групп, стран, акцентируют внимание на существовании значимых дифференциаций и факторах, их обуславливающих. В связи с этим следует отметить работы Р. Уилкинсона, Д. Блэка, Д. Кромби, Р. Холлингворта и др. [7].

В 1990-е гг. наряду с проведением эмпирических исследований ставятся вопросы о необходимости разработки единой методологии изучения, которые подробно освещаются в работах А. Кунста и Й. Макенбаха, Т. Валконена, П. Карлсона, Э. Гакиду, К. Мюррея, Дж. Френка [8]. Од-

новременно с этим разрабатывается и само понятие «социальное неравенство в отношении здоровья». В этом аспекте следует отметить вклад английских ученых М. Уайтхед, М. Мармота, Г. Скамблера и иных, в трудах которых представлен анализ данного концепта [9].

С начала XXI в. в центре научного дискурса оказываются вопросы трансформации социальных детерминант здоровья в условиях современного социума, когда наряду с традиционными факторами социального неравенства в сфере здоровья, такими как доход, социальный класс, появляются новые. Анализ их влияния позволяет сделать вывод о том, что в современном социуме социальное неравенство в отношении здоровья приобретает глобальный характер, что указывает на глубину и остроту этой проблемы и ставит вопрос о ее дальнейшем исследовании. В связи с этим следует отметить вклад В. Наварро, В. Кокерхема, Г. Тернборна, в исследованиях которых находят отражение эти вопросы [10].

В целом, на основе проведенного историко-сравнительного анализа представленных зарубежных публикаций по данной проблеме можно выделить следующие этапы в ее разработке:

- 1) подготовительный (XIX в. – до середины XX в.);
- 2) этап зарождения (1960–1975 гг.);
- 3) этап 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).

Следует отметить, что само понятие социального неравенства в отношении здоровья вошло в научный дискурс относительно недавно, со второй половины XX в. Тем не менее, несмотря на относительно небольшой временной промежуток, в его изучении накоплен существенный исследовательский опыт. Однако представленные точки зрения ученых на природу социальных различий в состоянии здоровья населения отличаются разнородностью. Данная гетерогенность в трактовках социального неравенства в отношении здоровья ставит необходимость их систематизации.

Анализ представленных в научном дискурсе позиций исследователей в отношении определения сущности и причин социального неравенства в отношении здоровья позволяет классифицировать их в рамках следующих подходов: а) стратификационного, б) институционального, в) расово-гендерного, г) поведенческого, д) глобального.

Представители стратификационного подхода (А. Антоновски, И. Зола, Р. Уилкинсон, Й. Макенбах, А. Кунст, Дж. Коза) интерпретируют социальное неравенство в отношении здоровья как результат влияния сложившейся в обществе социальной структуры, в рамках которой задаются определенные параметры потребления и иерархия в распределении ресурсов, что позволяет анализировать феномен социального неравенства в отношении здоровья через призму концепции габитуса и теорию социального поля П. Бурдьё [11].

В рамках институционального подхода социальное неравенство в сфере здоровья рассматривается как особая форма социальных отношений, сложившихся под влиянием существующих на конкретном историческом этапе развития общества социальных институтов, формирующих соответствующие повседневные практики, которые и способствуют его воспроизводству. Представители данного подхода (Л. Линч, М. Уайтхед) рассматривают в качестве ключевого фактора дифференциаций в статусе здоровья устройство самой социальной системы, ее социальные институты, которые формируют среди населения различия в доступе к необходимым для поддержания здоровья ресурсам [12]. Это дает основание анализировать концепт социального неравенства в отношении здоровья в рамках теории структуризации Э. Гидденса, постмодернистских идей о социальном контроле М. Фуко, И. Зола, П. Конрада.

Источником социально детерминированных различий в состоянии здоровья среди населения в контексте третьего – расово-гендерного подхода – выступают такие факторы, как раса и гендер. Представители этой концепции (Р. Брейвман, И. Кавачи, В. Коккерхем), получившей наибольшее распространение среди американских исследователей, указывают, что существующая расово-гендерная дискриминация способствует воспроизводству социального неравенства через такие факторы, как: ограничение в доступе к медицинским услугам и образованию, пространственная сегрегация, которые оказывают негативное влияние на здоровье представителей этих социальных групп и провоцируют распространение среди них деструктивных практик в отношении здоровья [13].

Анализируя расово-гендерный подход, можно отметить его близость к изложенному выше институциональному, т. к. обоснование политики расизма и сексизма в качестве первопричины означает, по сути, признание того, что формируемые в ее рамках социальные институты способствуют производству социального неравенства через соответствующие правила, стереотипы и модели поведения.

Поведенческий подход предлагает интерпретировать социальное неравенство в отношении здоровья как различия в уровне здоровья, обусловленные индивидуальным поведением. Его представители (Х. Грэхем, Р. Уилкинсон и др.) обосновывают особенности поведенческих практик в отношении здоровья через ценностное восприятие здоровья индивидом, его адаптивные способности [14].

На наш взгляд, поведенческий подход недостаточно убедителен, т. к., по сути, «вырывает» индивида и его мотивацию из социального контекста. Если же обратиться к его анализу, 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.

В рамках пятого – глобального – подхода социальное неравенство в отношении здоровья формируется вследствие глобализации и политики неолиберализма. Так, по мнению испанского социолога В. Наварро, 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 [15]. Политика неолиберализма ведет к сворачиванию социальных мероприятий и программ, коммерциализации общественной жизни, несправедливому перераспределению материальных благ. На наш взгляд, данный подход акцентирует внимание на проблеме равенства возможностей, а также позволяет рассматривать социальное неравенство в отношении здоровья через призму теорий справедливости Дж. Ролза и А. Сена [16].

Таким образом, анализ стратификационного, институционального, расово-гендерного, поведенческого и глобального подходов к интерпретации социального неравенства в отношении здоровья показал, что в рамках каждого из них данный феномен обосновывается через набор факторов, которые рассматриваются исследователями как ключевые причины, вызывающие различия в состоянии здоровья населения.

На наш взгляд, все эти подходы можно объединить в две группы: объективистский (институциональный, расово-гендерный, глобальный, стратификационный) и субъективистский (поведенческий) подходы. В рамках объективистского подхода различия в здоровье детерминированы внешними, не зависящими от индивида факторами, такими как социальная структура, особенности функционирования социальных институтов, вследствие чего формируется соответствующая каждой стране модель поведения в отношении здоровья, определяемая уровнем дохода, социальным статусом, образованием, наличием социальных связей, степенью социальной интеграции, доступностью материальных и нематериальных (информационных) ресурсов для реализации потенциала в отношении своего здоровья, проводимой социальной политикой. В рамках субъективистского подхода социальное неравенство определяется через особенности индивидуального поведения в сфере здоровья, детерминантами которого в данном случае выступают субъективный опыт, знания, установки и нормы.

Анализируя возможности использования этих подходов для выявления сущности и причин социального неравенства в современном социуме, можно заметить определенные ограничения. Вследствие этого автором предлагается 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, а также социально-психологических факторов, оказывающих воздействие на формирование индивидуального поведения в сфере здоровья, влияние которых имеет динамичный характер и определяется конкретными историческими условиями. Данный подход позволяет выявить общие и отличительные черты в проявлении социального неравенства в отношении здоровья в современном социуме, что имеет важное практическое значение для разработки мер по его снижению.

Ссылки:

1. United Nations. Sustainable Development Goals. 17 Goals to Transform Our World // Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development [Электронный ресурс]. URL: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/> (дата обращения: 12.01.2020).

2. Guérin J.-R. Essai sur L'observation en Médecine. Paris, 1826. 96 с. ; McIntire C. The Importance of the Study of Medical Sociology // Bulletin of the American Academy of Medicine. 1894. Vol. 1. Feb. P. 425–433 ; Neumann S. Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Berlin, 1847. 112 p. ; Sigaud J.F.X. Du Climat et des Maladies du Bresil ou Statistique Medicale de Cet Empire. Paris, 1844. 591 p. ; Virchow R. Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. Berlin, 1848. 187 p.
3. Chadwick E. Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain. A Supplementary Report on the Results of a Special Inquiry Into the Practice of Interment in Towns. L., 1842. 279 p. ; Engels F. The Condition of the Working Class in England. Leipzig, 1845. 324 p.
4. Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter [Электронный ресурс] // Deutsches Reichsgesetzblatt Band, 1883. Nr. 9. P. 73–104. URL: https://de.wikisource.org/wiki/Gesetz_betreffend_die_Krankenversicherung_der_Arbeiter (дата обращения: 22.09.2020) ; Чистяков И. Страхование рабочих в России. Опыт истории страхования рабочих, в связи с некоторыми другими мерами их обеспечения. М., 1912. 422 с. ; Маркузон Ф.Д. Статистика социального страхования. М., 1925. 360 с.
5. Устав Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (дата обращения: 02.09.2020).
6. Antonovsky A. Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1967. Vol. 45, no. 2. Part 1 (Apr., 1967). P. 31–73 ; Poverty and Health: A Sociological Analysis / ed. by J. Kosa, A. Antonovsky, K. Zola. Cambridge, 1969. 449 p.
7. Wilkinson R. Dear David Ennals // New Society. 1976. December 16 ; Inequalities in Health : Report of a Research Working Group / ed. by D. Black. L., 1980. 417 p. ; Crombie DL. Social Class and Health Status. Inequality or Difference. McConaghey Memorial Lecture // The Journal of the Royal College of General Practitioners. Occasional Paper. 1984. No 25. P. 1–15 ; Hollingsworth J.R. Inequality in Levels of Health in England and Wales, 1891–1971 // Journal of Health and Social Behavior. 1981. Vol. 22, no. 3. P. 268–283. <https://doi.org/10.2307/2136521>.
8. 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. No. 44 (6). P. 757–771. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00073-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00073-1) ; 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. No. 46 (11). P. 1459–1476 ; Valkonen T. Adult Mortality and Level of Education: a Comparison of Six Countries // Health Inequalities in European Countries / in Fox J. ed. 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. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00102-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00102-7) ; Gakidou E.E., Murray Ch.J.L., F. Julio & World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy. (1999). A Framework for Measuring Health Inequality [Электронный ресурс]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66266> (дата обращения 02.11.2020).
9. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health // International Journal of Health Services. 1992. № 22 (3). P. 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN> ; Marmot M., Wilkinson R. Psychosocial and Material Pathways in the Relation between Income and Health: A Response to Lynch et al // British Medical Journal. 2001. No 322. P. 1233–1236. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1233> ; Scambler G. Health Inequalities // Sociology of Health & Illness. 2012. Vol. 34, no 1. P. 130–146. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01387.x>.
10. Navarro V. Health and Equity in the World in the Era of «Globalization». International Journal of Health Services. 1999. No. 29. P. 215–226. <https://doi.org/10.2190/MQPT-RLTH-KUPJ-2FQP> ; 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, no 1. P. 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.019> ; Тернборн Г. Глобализация и неравенство: проблемы концептуализации и объяснения // Социологическое обозрение. 2005. Т. 4. № 1. С. 31–62.
11. Бурдые П. Структура, габитус, практика // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Т. 1. № 2. С. 40–58.
12. Lynch L. Reframing Inequality? The Health Inequalities Turn as a Dangerous Frame Shift // Journal of Public Health. 2017. Vol. 39, iss. 4. P. 653–660. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw140> ; Whitehead M. Op. cit..
13. Braveman P. Health Inequalities by Class and Race in the US: What Can We Learn From the Patterns? // Social Science & Medicine. 2012. No 74. P. 665–667. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.009> ; 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, no 1. P. 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.019> ; 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. No. 48 (1). P. 21–32. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00286-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00286-x).
14. Social Determinants of Health: the Solid Facts / ed. by R. Wilkinson, M. Marmot. 2nd ed. Copenhagen, 2003. 31 p. ; Graham H. Cigarette Smoking and Inequalities in Health / in: Inequalities in Health, ed. by S. Waller, A. Crosier, D. Mcvey // Health Education Authority. L., 1999. P. 101–108.
15. Navarro V. Op. cit.
16. Полз Дж. Теория справедливости. Новосибирск, 1995. 535 с. ; Сен А. Идея справедливости. М., 2016. 520 с.

Редактор: Фетисова Ирина Викторовна
Переводчик: Кочетова Дарья Андреевна