

Наталія Фойгт,

кандидат економічних наук,

старший науковий співробітник,

докторант кафедри управління охороною здоров'я НАДУ

Здоров'я населення як сучасний науково-управлінський підхід: окреслення дефініційних меж

Окреслюються межі дефініційного апарату та диференціюються категоріальні характеристики здоров'я населень як напряму, теорії, концептуальної структури і управлінсько-політичного підходу, доводяться аналітичні переваги концепції здоров'я населень над індивідуально-орієнтованим підходом і відповідною політикою у сфері управління здоров'ям населення.

Ключові слова: здоров'я населень, управління здоров'ям, науковий напрям, концептуальна структура, управлінський підхід.

In the article the definitional limits of the health of populations as the perspective, theory, conceptual structure and political approach are differentiated, the analytical advantages of health of populations concept in comparison with the individual-oriented approach and correspondent policy in the field of health are proved.

Key words: health of populations, scientific perspective, conceptual structure, political approach.

Вступ. Стійкість різниці в очікуваній тривалості життя населень різних за соціальним і економічним розвитком країн давно вже наштовхнула дослідників на думку про те, що статус здоров'я на рівні населень формується чинниками, відмінними від тих, які визначають різницю у здоров'ї окремих індивідів. Аналогію можна провести з різницею між станом лісу і станом окремих дерев. Пошук відповіді на питання "Чому одні люди здорові, а інші - ні?" в умовах тотальної кризи національних систем охорони здоров'я і винайдення раціональних шляхів їх реформування стали найактуальнішими проблемами в управлінському і політичному середовищі.

Постановка проблеми. На сьогодні здоров'я населення (населень) як сучасний теоретичний і управлінський підхід до проблем здоров'я дедалі більше набуває рис окремого напряму соціальної та охороноздоровчої управлінської науки і практики. Водночас дефініційна атрибутика поняття "здоров'я населень" у контексті нової політичної парадигми все ще залишається невизначеною й дискусійною. Йдеться про взаємозв'язки поняття "здоров'я населень", тобто його об'єктивної функції у діяльності і спілкуванні людей, з його гносеологічною сутністю, теоретико-

методологічним змістом, концептуальною структурою та політичним підходом. Здоров'я населення (населень) як науково-практичний напрям включає не тільки певний стиль мислення в агрегованих термінах щодо визначення субнаселень, які перебувають у стані ризику або уразливості. Порівняно з індивідуально-орієнтованим цей підхід до здоров'я надає аналітичні переваги у поясненні досягнення населенням певного статусу здоров'я в цілому та фіксації відмінностей у здоров'ї всередині та між окремими субнаселеннями. У гносеологічному сенсі даний підхід забезпечує єдність не тільки суб'єкта і об'єкта пізнання, а і суб'єкта й середовища, коли останні існують не відокремлено, а як постійно перевтілюване ціле. У прикладному аспекті управління здоров'ям населень докорінно відрізняється від охорони суспільного здоров'я, сприяння здоров'ю або освіти у здоров'ї, передусім, своєю зосередженістю на соціально структурованій природі впливів на здоров'я. І хоча вони зрештою втілюються у результатах здоров'я окремих індивідів, як проблемна сфера ці впливи виходять за межі будь-яких індивідуальних характеристик чи обставин.

Метою даного дослідження є диференціація трьох вимірів здоров'я населень як науково-практичного напрямку - концептуальної структури, теоретико-методологічних засад і управлінсько-політичного підходу.

Виклад основного матеріалу. Згідно з одним із визначень, здоров'я населення є певним його статусом, що вимірюється у популяційних індикаторах здоров'я і перебуває під впливом соціального, економічного та фізичного середовищ, персональної самозбережувальної поведінки, індивідуальних здібностей і навичок подолання проблем здоров'я, людської біології, умов розвитку в ранньому дитинстві та стану медичного обслуговування. Як теоретична модель здоров'я населення (населень) зосереджується на взаємодії умов і чинників, що впливають на нього протягом усіх етапів життя, визначаючи систематичні відхилення у проявах цих чинників та умов і прикладаючи отримані знання у розробці та реалізації управлінських дій щодо поліпшення здоров'я та добробуту даних населень [1]. У наведеному визначенні можна розрізнити три типи діяльності: здійснення емпіричних досліджень, інтеграція цих досліджень у вигляді концептуальної схеми в загальне розуміння соціального процесу та впровадження накопиченого

знання у науково обґрунтовану державну політику. Водночас у традиційній дослідницькій практиці фраза "здоров'я населення" зазвичай використовується без будь-яких необхідних політичних зв'язків або розрізнення між теорією і концептуальною структурою.

З огляду на багатоаспектність значень і дій, що об'єднуються словосполученням "здоров'я населень", з метою усунення невизначеностей під час міркувань доцільно рельєфніше виокремити різницю між напрямом, теорією, структурою та управлінським підходом. Фраза "напрямок здоров'я населень" використовується у випадках, коли треба звернутись до дискурсу здоров'я населень у найбільш генералізованому сенсі. Термін "напрямок" виступає, так би мовити, "парасольковим" для трьох інших складових даної категорії здоров'я. Відмінність між теоретичною моделлю і концептуальною структурою в академічному лексиконі завжди залишається дещо невизначеною.

Передусім слід зазначити, що концепція і теорія здоров'я населень сформувалися на ґрунті потужного емпіричного доробку в цій сфері. Автори книги "Чому одні люди здорові, а інші - ні?" [2], яка сьогодні вважається фундаментальним теоретичним обґрунтуванням здоров'я населень як нового підходу в державній політиці охорони здоров'я, першими зафіксували наявність парадигмального зсуву у дослідженнях і політиці щодо здоров'я. Зокрема, стійкі й послідовні відмінності у стані здоров'я різних соціальних груп майже у всіх індустріально розвинутих країнах світу, незалежно від процесів розвитку конкретних хвороб, були визнані авторами асоційованими із соціально-структурними впливами - доступністю та організацією зайнятості, розгалуженістю соціальної мережі, умовами розвитку в ранньому дитинстві, ступенем економічної нерівності, станом фізичного середовища тощо. При цьому елімінація впливу таких чинників, як стан формальної системи охорони здоров'я чи спосіб життя, ніяким чином не позначалась на існуванні зазначених відмінностей, які очевидно на фундаментальнішому рівні оформлюються взаємодією соціально-структурних нерівностей та індивідуальних відгуків на них. Представлений і обговорений у даній роботі широкий діапазон наукових досліджень спрямовує до висновку про те, що щось має бути зроблено для врахування

послідовних і стійких соціальних відхилень. Проте пояснення того, що саме треба зробити, автори не дають, як не здійснюють й інтегрованого аналізу того, яким саме чином окремі частини запропонованої ними теоретичної моделі здоров'я населень поєднуються в контексті реального життя. Попри спірність окремих міркувань і широку наукову й політичну критику, дане дослідження свого часу створило ключові передумови дисциплінарного розвитку здоров'я населень як окремої сфери наукового і практичного знання.

Проблема розуміння того, що концептуально означає "здоров'я населень", впливає з його еволюційної природи. Академічний аналіз триває, і його ядро (безпосередньо концепція, що визначається) відкривається поступово у часі та диференційовано у просторі, перебуваючи під впливом багатьох ситуативних обставин: розуміння ключовими лідерами місцевих громад їх спроможності впливати на місцеву політику і громадську думку щодо здоров'я населення, позиція цих лідерів у межах всього спектра дій в охороноздоровчій сфері, традиційні владні інтереси та їх роль у закріпленні статус-кво певного становища, культурна етика, специфіка компетенцій, фізичний простір тощо.

Концептуальна структура ідентифікує сукупність операціональних змінних та взаємозв'язків між ними, які за комплексом припущень відображають сукупність певних явищ. Від невеликого набору змінних вона може сягати аж до парадигми, тобто надієрархічної інтелектуальної категорії, генералізованої архітектури припущень, що використовуються для вивчення сфери наукового інтересу. Концептуальна структура здоров'я населень поступово розроблялась у процесі досліджень соціальних детермінант здоров'я. Більшість із запропонованих протягом минулих десятиліть концептуальних структур мають три важливих загальних особливості. По-перше, вони визнають важливість контексту і спроможність соціального, економічного, культурного і фізичного середовищ змінювати взаємозв'язок між здоров'ям та індивідуальними характеристиками. По-друге, вони визнають складність взаємодій багатьох детермінант здоров'я, навіть якщо не можуть розв'язати їх цілком. По-третє, вони спрямовують діяльність (і необхідні ресурси) систем охорони здоров'я у більш збалансованому напрямі, в якому увага концентрується не на

тому, як зробити хворих людей здоровими, а на тому, передусім, чому ці люди захворіли. У своїй книзі "Нездорові суспільства" Р.Вілкінсон [3] спробував об'єднати емпіричні й соціально-теоретичні виміри аналізу в послідовне пояснення спостережуваних соціальних відмінностей, базуючись на системі доказів, використаній у книзі Еванса зі співавторами [2]. Він поставив за мету розробити концептуальну структуру здоров'я населень, увівши подвійні поняття матеріальності й сенсу: матеріальні ресурси, якими ми володіємо (наші матеріальні обставини, а саме - наше тіло, доход, житло тощо), і наше розуміння свого існування у світі (або, за автором, соціальні сенси наших матеріальних обставин, те, як ми відчуваємо наші матеріальні обставини і, зрештою, самих себе). Вілкінсон констатував визначальну роль структури соціальних відносин у формуванні статусу здоров'я окремих населень. "Чим вищий ступінь соціальної нерівності, що має, передусім, економічне підґрунтя, тим нижчий статус здоров'я і вища смертність" - ось основний висновок його дослідження.

Однією з переваг здоров'я населення (населень) як концептуальної структури є поліпшення розуміння того, як властивості населення відображають структуру соціальних відносин у конкретному просторі, яким чином вони пов'язані із здоров'ям, і які це має наслідки для формування і реалізації державної політики. Зразки подій, незалежно від ступеня їх систематичності, не є самоочевидними і мають бути пояснені з посиланням на першопричину їх виникнення. З такої точки зору увага має бути зосереджена на причинах виникнення нерівності та шляхах і механізмах її впливу на диференціацію здоров'я. Так, наприклад, географічні характеристики населення (за різними шкалами) справляють вплив на індивідуальне здоров'я та самозберігаючу поведінку незалежно від індивідуальних характеристик і властивостей. Доведено, що так званий емерджентний (такий, що несподівано з'явився) або контекстуальний вплив демографічних характеристик (стать, вік, шлюбний стан, професійна група тощо) здатний незалежно регулювати здоров'я безпосередньо і/або через ризикову поведінку, скажімо, куріння. Доведено також, що широка різноманітність статусів здоров'я споріднена із соціально-економічними характеристиками населень різних

адміністративних рівнів (територіальної громади, регіону чи країни в цілому).

У такому контексті інструментальний пошук формалізації стану здоров'я населень має бути сконцентрований на тих соціально-економічних індикаторах, які репрезентують властивості саме населення, таких як розподіл доходу або економічна сегрегація, що, зокрема, яскраво ілюструють поняття емерджентних властивостей. (Адже для індивідуума не існує понять розподілу доходів або індексів сегрегації, це притаманно лише населенню.) Увага також має бути спрямована на відмінності у досвіді повсякденного життя представників різних ділянок соціального спектра, і, знову ж таки, структури соціальних відносин, які формують такі відмінності. Це означає, що проживання в середовищі з обмеженими житловими ресурсами, низьким базовим рівнем податку при великих соціальних потребах, низьким доступом до джерел влади і впливу на оточуюче фізичне і соціальне середовище, обмеженими можливостями в освіті й зайнятості тощо має аналізуватись як з точки зору впливу на індивідуальне здоров'я тих, хто живе у таких обставинах, так і з боку специфіки структури соціальних відносин, які формуються в такому середовищі.

Організуючи перебіг наукового пошуку і будучи певним етапом у розвитку теорії, концептуальна структура, втім, не забезпечує пояснення отриманих результатів. Вона є передвісником і передумовою формулювання теорії, яка являє собою низку логічно пов'язаних положень, призначених для пояснення певного генералізованого феноменологічного комплексу. Лише теорія дає змогу систематизувати набуте знання, пояснити і передбачити подальший розвиток феномену та генерувати нові гіпотези для подальшого наукового пошуку. Теоретико-методологічний зміст здоров'я населень, тобто сукупність його найбільш важливих ознак як об'єкта, який позначається поняттям "здоров'я населень", поки що перебуває у стані розробки. Теоретичний розвиток здоров'я населень як наукової дисципліни - розробка підходів до розуміння базових процесів і механізмів, а не статистичні або методичні студії здійснюється переважно в епідеміології, соціології і охороні суспільного здоров'я. Крім того, існування окремих теоретичних моделей здоров'я населень або їх відсутність є предметом жвавих дебатів також в екології, політиці й державному управлінні.

Визначаючи здоров'я населень як теоретичну сферу, Д.Данн наділяє його функцією пояснення систематичного диференціювання розподілу статусу здоров'я за соціально-економічним становищем [4]. На його думку, ця сфера обіймає широкий спектр кондицій здоров'я і станів хвороби, що переломлюються у призмі концептів соціального становища (соціального класу, гендеру, статусу меншин, освітнього статусу тощо) і диференціюються в різні ступені на різних стадіях життєвого циклу окремих категорій населення.

Слід зазначити, що поняття "здоров'я населення" як охороноздоровча категорія є хоча і дещо схожим, але не ідентичним поняттям "суспільне" або "громадське здоров'я", оскільки в цілому визначається як рівень здоров'я групи індивідів, об'єднаної за певною ознакою (статтю, віком, територією, соціальним статусом тощо). У цьому розумінні найбільш точним теоретичним визначенням здоров'я населення, на думку багатьох експертів, слід вважати формулювання Кіндіга і Грега, в якому зазначається, що "здоров'я населення як один з концептів здоров'я може бути визначене, як статус здоров'я групи індивідуумів з урахуванням розподілу цього статусу в межах групи" [5]. Автори включають у це поняття як стан здоров'я окремих населень, так і його детермінанти, а також політику та інтервенції, що поєднують дві попередні сфери.

Методологічно узагальнений масив наукових спостережень здоров'я населень (теорія) та інтеграція їх у послідовний аналіз (концептуальну структуру) мають бути відокремлені від застосування цих знань при формуванні державної політики, тобто від здоров'я населення як управлінсько-політичного підходу. Цей підхід сконцентрований на комплексі індивідуальних і колективних чинників, які визначають здоров'я. Негативні й позитивні впливи фізичного, а особливо соціального середовища, можуть спрямовувати певні групи населення до раціональних або ірраціональних поведінкових реакцій. Вони можуть також викликати різні біологічні відповіді, які є креативними або руйнівними способами реагування на стрес. Трактування біологічних і поведінкових реакцій як якісно різних призводить до теоретичної і політичної дихотомії виду "свобода волі проти детермінізму", що в управлінсько-політичному аспекті реалізується в ідеології "просто скажи «Ні!»" у програмах поліпшення здоров'я, у яких обрання здорового або нездорового

способу життя спрощується до процедури, схожої на вибір між шоколадом і ванільним морозивом. Такий деконтекстуалізований погляд на людську поведінку забезпечує виправдання для політичної і управлінської бездіяльності, пропонування проповідей замість програм і може дуже швидко перетворитися на звинувачення жертв.

Стратегії здоров'я населень плануються для впливу на окремі групи людей або окремі субнаселення і спрямовані на забезпечення і підтримку задовільного стану здоров'я всього населення та зниження нерівності у здоров'ї між його окремими групами. Позитивність результату таких стратегій виходить за межі простого поліпшення стану здоров'я, оскільки здоровіше населення робить значніший внесок у загальний соціальний розвиток, потребує меншої охороноздоровчої та соціальної підтримки і є більш пристосованим до стійкого самозабезпечення протягом тривалого часу. Ключовими елементами здоров'я населень як управлінсько-політичного підходу є: 1) зосередженість на здоров'ї груп людей або субнаселень; 2) спрямованість на чинники здоров'я та їх взаємодію; 3) доказова обґрунтованість рішень; 4) залучення інвестицій; 5) застосування множинних стратегій; 6) міжгалузеве і міжрівневе співробітництво; 7) застосування механізмів включення у процес суспільства і громади; 8) оцінюваність отриманих результатів здоров'я.

Процес переходу від знань до дій пронизують і опосередковують проблеми переконань, культурних очікувань, ідеологічних позицій, влади і повноважень. Диференціація цих трьох вимірів теорії, концептуальної структури і управлінсько-політичного підходу - та послідовний розвиток відповідної термінології для їх описання надає можливість прояснити певні невизначеності, що супроводжують здоров'я населень як науково-практичний напрям. Інша причина необхідності подальшого розвитку дефініційного апарату полягає в аналітичних перевагах підходу з точки зору здоров'я населень. Такий підхід передбачає зосередженість на соціальному виробництві здоров'я і структурі соціальних відносин, які реалізуються у конкретному місці в конкретний час. Так, наприклад, різке підвищення тривалості життя, що спостерігалось у колишньому СРСР у 1985-1986 рр., зазвичай відносять на рахунок упровадження жорсткої антиалкогольної

політики. Попри загальну її критику відчутним соціальним ефектом цієї політики було суттєве зниження злочинності у суспільстві та безпрецедентне зменшення кількості дорожно-транспортних пригод.

Висновки. На завершення слід зазначити, що здоров'я населення (населень) як сучасний науково-управлінський підхід переводить важливість соціальних відносин у центр дослідницької уваги науковців і політиків. Соціальна структура визнається ключовим чинником у формуванні здоров'я і благополуччя, що звільняє теоретичну і практичну дискусію у даній сфері від зацикленості на індивідуальній біології і/або особистому виборі. Демонструючи обмеженість інтервенцій, спрямованих головним чином на індивідуальний рівень, концепція здоров'я населень зосереджує увагу на важливості експертизи, що покращує і розширює наше розуміння соціальних відносин у просторі й часі. Багато аспектів соціальних відносин одночасно залучаються до формування нашого досвіду здоров'я - глобалізація, гендер, етнічна належність, релігія, ідентичність, влада, життєвий простір, телекомунікації тощо, тобто категорії, які у традиційній термінологічній системі здоров'я сприймаються лише як числові змінні, визнані важливими апріорі, без пояснень, як і чому вони є такими або взагалі ігноруються.

Перспективи подальших досліджень. Як часто проголошується, у підвищенні рівня здоров'я населення потрібна широкомасштабна міжгалузєва співпраця, проте на сьогодні важко знайти хоча б кілька успішних прикладів таких зусиль - відповідальність за здоров'я все ще лежить на Міністерстві охорони здоров'я. Таким чином, управлінню здоров'ям населення бракує інтегрованої структури. Це є одним із ключових управлінсько-політичних викликів, оскільки недостатність суспільної цінності й розуміння здоров'я населення призводить до зниження політичної мотивації і громадської зацікавленості у розвитку інтегрованої політичної структури, призначеної для сприяння справедливості й рівності у соціальних відносинах.

Список використаних джерел

1. *Epp J. Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion / J. Epp. - Ottawa : Health and Welfare Canada, 1986.*
2. *Evans R. G. Why Are Some People Healthy and Others Not? / R. G. Evans, M. L. Barer, T. R. Marmor (editors). - New York : Aldine De Gruyter, 1994.*

3. *Wilkinson R* . Unhealthy societies - the afflictions of inequality / R. Wilkinson. - NY : Routledge, 1996.
4. *Dunn J*. Speaking theoretically about population health / J. Dunn // J Epidemiol Community Health, 2006. - N 60. - P. 572-573.
5. *Kindig D*. What is population health? / D. Kindig, G. Stoddart // Am J Public Health. - 2003. - N 93. - P. 380-383.