УДК 316.64:613:331.101.262

Самосохранительное поведение и человеческий капитал как социальные составляющие здоровья индивида

Лещенко Л.А.
Аспирант кафедры философии и социологии
Волгоградского института управления – филиала
Российской академии народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации

Феномен здоровья на протяжении последних десятилетий все чаще рассматривается как социальная составляющая, сущность которого анализируется в понятиях: «самосохранительное поведение», «человеческий капитал». Данный акцент сделан не случайно и связан во-первых с трансформацией культурно ценностных норм, во-вторых, с увеличением показателей смертности среди населения РФ. Самосохранительное поведение как социальный процесс позволяет индивиду в процессе его жизнедеятельности выработать комплекс мер, которые направлены на сохранение или сокращение жизненного долголетия. Основываясь на теоретических концепциях М. Вебера, А. Маслоу, нами была рассмотрена модель формирования самосохранительного поведения, которая представляет собой совокупность биологического, социального и психологического уровней, на каждом из которых формируется положительная или отрицательная модель. В свою очередь, капитал здоровья как компонент человеческого капитала представляет собой «социальную платформу» для развития индивидуальных, профессиональных и физиологических качеств индивида.

Ключевые слова: здоровье, самосохранительное поведение, человеческий капитал, саморазрушительное поведение, девиантный тип здравоохранительного поведения, капитал здоровья.

По истечении последних десятилетий «здоровье» как особое состояние живого организма стало рассматриваться как многоплановый феномен, проблемы которого отражаются в медицинской, философской, социологической и экономической мысли. Данный акцент, на наш взгляд, сделан не случайно и связан с социально-демографическими и экономическими проблемами современности. Согласно Всемирной организации здравоохранения, уровень жизненного долголетия на 50 % зависит от образа жизни индивида, но, как известно, начиная с 90-х гг. XX в., ценностные ориентации населения претерпевают изменения. При этом, с одной стороны, индивиды получили больше возможностей для доступа к различным ресурсам независимо от социального статуса и положения, а с другой – в погоне за материальным благополучием стали меньше уделять внимания своему здоровью, что способствовало увеличению смертности населения. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики, за 2015 г. в России родилось 26,2 %, при этом процент умерших составил 27 % [1]. Как правило, индивид, который социализируется в современных условиях рыночных отношений, рассматривает свое здоровье как частную собственность и при этом наделен всеми необходимыми полномочиями по ее сохранению и развитию. На наш взгляд, данная позиция может негативно отражаться на здоровье индивида. В социологической науке здоровье как социальная составляющая рассматривается и анализируется в рамках понятий «самосохранительное поведение», «саморазрушительное поведение» и «человеческий капитал».

Самосохранительное поведение как фактор продления и сохранения жизненного долголетия индивидов

Под системой действий и установок личности, направленных на сохранение и поддержание здоровья и жизненного долголетия, следует понимать самосохранительное поведение [2]. Для индивидов самосохранение является ключевым в процессе формирования сознательных действий по сохранению здоровья. Так, по мнению А. Маслоу, совокупность человеческих потребностей есть не что иное, как реализация «стержневой» потребности, заключающейся в самосохранении. При таком подходе иерархия потребностей индивидов может быть сведена к одному базовому принципу, связанному с сохранительным поведением. В результате, чем выше уровень человеческих потребностей, тем осознаннее отношение индивида к своему здоровью и выше уровень социальной активности.

Между тем отдельного внимания и рассмотрения требуют вопросы: «что из себя представляют положительная и отрицательная модель самосохранительного поведения?», «какие факторы являются основополагающими при выборе индивидом модели самосохранительного поведения?».

Основываясь на идеях М. Вебера и теоретических разработках Т.Н. Шушуновой, самосохранительное поведение как особый тип социального действия, связанный со здоровьем, в первую очередь формируется в процессе повседневных практик и включает в себя три уровня потребностей: биологический, психологический и социальный, на каждом из которых формируется положительная или отрицательная форма поведения [3, с. 102]. На основании этого нами был проанализирован процесс формирования модели самосохранительного поведения, под которым мы будем понимать личностные стратегии индивида, направленные на сохранение или ухудшение здоровья в процессе его жизнедеятельности (см. рис. 1).

Рассмотрим каждый из элементов предложенной схемы отдельно.

1. **Биологический уровень.** Под *положительной моделью* биологического уровня мы будем понимать действия, направленные на сохранение и продление жизни посредством ведения здорового образа жизни [физические упражнения, правильное питание, отказ от вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания)]. Под *негативной моделью* биологического уровня подразумеваются действия, направленные на ухудшение и снижение уровня здоровья посредством ведения асоциального образа жизни [регулярное употребление алкогольных и наркотических веществ, самоубийство и др.].

2. **Психологический уровень.** Защищенность личности является одной из главных условий выживания человека в обществе. На психологическом уровне под положительной моделью следует понимать устойчивость эмоциональных переживаний, которые, во-первых, способствуют улучшению состояния здоровья за счет осознания индивидом возможности удовлетворять базовые потребности, во-вторых, формируют социально-активную личность, которая проявляет себя в экономической, социальной, духовной сферах общества. В условиях социально-экономической нестабильности уровень психологической защищенности личности снижается и оказывает влияние на формирование *негативной модели самосохранительного поведения* или агрессии, что проявляется в нежелании индивида принимать во внимание мнения, желания, советы индивидов из первичной социальной среды и, как результат, способствует полному или частичному отстранению индивида от общества.

3. **Социальный уровень.** С самого рождения индивид включен в социальную среду, в процесс, обеспечивающий активное включение индивида в социальную систему посредством овладения социальными нормами и правилами. От результатов прохождения социализации зависит успешное развитие и функционирование личности в обществе (*положительная модель*). Стоит отметить, что только целенаправленное взаимодействие социальных институтов (семьи, образования и др.) способно сформировать полноценную личность. Если социальные институты выполняют свою функцию частично, то происходит деградация личности, формируется склонность к девиантному поведению, полному или частичному отказу от социальных правил и норм (*негативная модель*).

Анализ научной литературы позволил выделить нам две взаимодополняемые формы отрицательной модели самосохранительного поведения: «саморазрушительное поведение» и «девиантный тип здравоохранительного поведения». Рассмотрев с теоретической позиции вопрос о формах отрицательной модели самосохранительного поведения, мы можем выявить основные различия между понятиями (см. табл. 1).

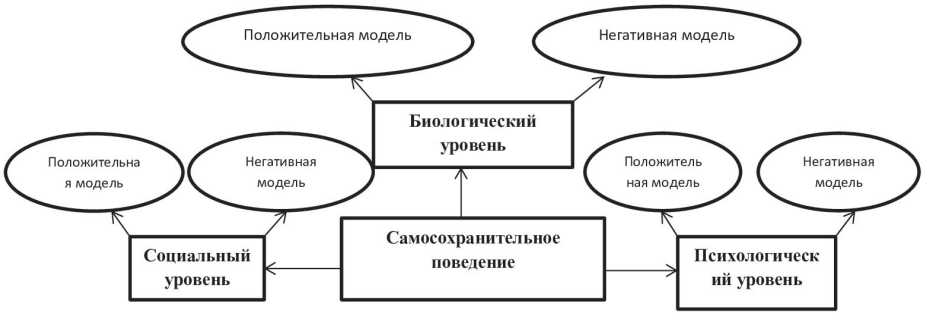

Рис. 1. Модель формирования самосохранительного поведения

Исходя из данных, представленных в таблице 1, следует, что выбор отрицательной модели самосохранительного поведения может

быть сделан индивидом в силу социально-экономического положения. Согласно теории социальной аномии Р. Мертона, в «социуме существует разрыв между постулирующими целями и возможностями их осуществления…» [6, с. 94]. По сути, аномию следует рассматривать неким разногласием в процессе достижения социально одобряемых, признаваемых целей, что, по мнению американского социолога, провоцирует индивидов к совершению девиантного поведения. Следует отметить, что Р. Мертон выделял пять типов приспособления к ситуации аномии: «конформизм», «инновация», «ритуализм», «ретризм», «мятеж». В данном случае при положительной модели самосохранительного поведения будет присущ конформизм, ритуализм, а отрицательной модели – ретризм и мятеж. Для того, чтобы проанализировать сущность влияние аномии на здоровье населения, рассмотрим таблицу 2.

Из представленной таблицы 1 следует, что выбор определенной модели самосохранительного поведения (положительной или отрицательной) обусловлен социально-экономическим положением индивида в обществе, культурными ценностями и нормами, политическими условиями, образом жизни и гендерными аспектами.

На рубеже 1985-1986 гг. под руководством А.И. Антонова было проведено первое социологическое исследование, направленное на изучение ценностных ориентаций россиян в отношении здоровья, по результатам которого было установлено, что мужчины наиболее пассивно относятся к своему здоровью в отличие от женщин. Данный факт подтвержден и специалистами в области статистики и демографии, согласно которым разница в средней продолжительности жизни мужчин и женщин обусловлена биологическим фактором и составляет 1,9-2,1 года [7, с. 115].

Человеческий капитал как фактор социально-экономического развития

Первые научно-теоретические представления о человеческом капитале строятся на идеях ученых-экономистов XIX в. (У. Петти, А. Смита, К. Маркса и др.), со второй половины XX в. в трудах Т. Шульца, Г. Беккера была заложена идея, согласно которой человеческий капитал рассматривается как неотъемлемая составляющая здоровья индивида. Так, в трудах Т. Шульца человеческий капитал понимается как способность людей к труду, их эффективная созидательная деятельность в обществе, направленная

Таблица 1

Сущность и формы социального проявления отрицательной модели самосохранительного поведения

Саморазрушительное поведение	Девиантный тип здравоохранительного поведения
Сущность понятий	
нежелания индивида считаться с нормами здорового образа жизни [4, с.181]	Свойственен для индивидов, занимающихся непрестижным видом трудовой деятельности и обладающими в обществе низким социальным статусом [5, с. 348]
Факторы, способствующие формированию отклоняющих форм самосохранительного поведения	
- нерациональное пищевое поведение; - аддиктивное поведение (употребление наркотических и алкогольных веществ); - низкая физическая активность	- низкий социальный статус; - непрестижность профессии; - нехватка материальных средств для обеспечения удовлетворительного состояния здоровья
Роль социального статуса и положения занимаемого индивидом в обществе	
Не имеет значения	Имеет ключевое значение
Результат отрицательной модели самосохранительного поведения	
- снижение уровня социальной активности; - сокращение жизнедеятельности индивида	- снижение уровня социальной активности; - сокращение жизнедеятельности индивида

Таблица 2

Типы аномического приспособления и их влияние на здоровье индивидов

Типы поведения в сфере здоровья	Типы аномического приспособления	Характеристики поведения в сфере здоровья
Самосохранительное поведение (положительная модель)	*Конформизм*	У индивида имеются представления о ценности здоровья. Вырабатываются профилактические меры и способы заботы о нем (ведение здорового образа жизни)
	Ритуализм	У индивида отсутствуют представления о ценности здоровья, однако характерны внешние проявления заботы о здоровье (например, отсутствие вредных привычек)
Самосохранительное поведение (отрицательная модель)	*Мятеж*	Индивид в процессе жизнедеятельности утрачивает представления о ценности здоровья. Цель сохранения здоровья вытесняется другими значимыми целями
	Ретризм	У индивида отсутствуют представления о ценности здоровья. Поведенческие акты направлены на ухудшение здоровья

на поддержание здоровья [8, с. 15]. С точки зрения Г. Беккера, к человеческому капиталу стоит относить нормы, ценности, знания, умения, опыт человека, а также его здоровье.

Понятие человеческий капитал следует рассматривать как социальный канал, посредством которого индивид получает возможность удовлетворять социально-экономические потребности. Исходя из указанного определения, следует, что в состав человеческого капитала следует включать: трудовой, интеллектуальный, социальный капитал и капитал здоровья. Под капиталом здоровья следует понимать «социальную платформу», которая дает основу для развития индивидуальных, профессиональных способностей. На основании проведенного теоретико-методологического анализа под капиталом здоровья следует понимать физиологическое, психологическое состояние индивида, от сохранения и поддержания которого зависит работоспособность индивида, увеличение продуктивного периода жизни и т.д. Среди современных исследователей (И.В. Ильинский, П. Ховит, М. Гоклани, В.В. Радаев, Б.С. Палов и др.) феномен здоровья все чаще трактуется не как физиологическое функционирование живых существ, а как неотъемлемый компонент человеческого капитала. Так, по мнению И.В. Ильинского, капитал здоровья является основополагающим для индивида и представляет собой инвестиции человека, осуществляемые с целью формирования, поддержания и совершенствования своего здоровья и работоспособности. В свою очередь П. Ховит, анализируя феномен здоровья через понятия человеческий капитал и экономическое развитие, приходит к выводу, что уровень здоровья населения оказывает влияние на экономическое развитие общества и способствует: 1) продуктивной эффективности; 2) ожидаемой продолжительности жизни (стабильный уровень навыков на эффективного работника); 3) обучаемости (образование в течение жизни, начиная с детского возраста); 4) креативности (хорошее здоровье делает человека способным к творчеству); 5) адаптивности (чем выше уровень здоровья детей и матерей, тем лучше молодые люди могут справляться со стрессом, адаптироваться к неблагоприятным факторам) [9].

Основываясь на теоретических разработках В.В. Радаева, нами были рассмотрены и проанализированы отличительные черты капитала здоровья от трудового, интеллектуального и социального капиталов:

– ограниченность;

– накапливаемость (в отличие от социального, трудового и интеллектуального капиталов формирование капитала здоровья начинается с момента рождения индивида посредствам генной предрасположенности);

– способность превращаться в денежную форму (физиологическая и психологическая предрасположенность и ее поддержание способствует активному включению индивида в сферу рыночных отношений и получение в дальнейшем материальных благ);

– трансляция, передача генетической предрасположенности последующим поколениям [10, с. 21-22].

Заключение

В научной литературе самосохранительное поведение и человеческий капитал представляют собой сугубо самостоятельные социальные феномены. Проведенный комплексный анализ научной литературы позволил нам выявить и проанализировать наиболее общие и отличительные черты понятий. Самосохранительное поведение и человеческий капитал направлены на сохранение и поддержание жизненного долголетия индивида, который социализируется в условиях рыночных отношений. В зависимости от образа жизни человека, социально-экономического положения индивид является носителем положительной или отрицательной модели самосохранительного поведения, которая формируется на биологическом, социальном и психологическом уровнях. Человеческий капитал, несмотря на сложность структуры, включает в себя капитал здоровья, который накапливается индивидом посредством развития индивидуальных, профессиональных и физиологических качеств.

Литература:

1. Федеральная служба государственной статистки. – URL: www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (дата обращения: 27.09.2016 г.).
2. Ревякин Е.С. Самосохранительное поведение: понятие и сущность. – URL: www.vestnik.ispu.ru/sites/vestnik.ispu.ru/files/publications/79-82_0.pdf (дата обращения: 17.04.2017 г.).
3. Шушунова Т.Н. Самосохранительное поведение: методические основания исследования // Наука и техника. – 2009. – № 5. – С. 101-106.
4. Димов В.М. Здоровье как социальная проблема // Социогуманитарные знания. – 1999. – № 6. – С. 171-185.

5. Шипунова Т.В., Ковалева А.А. Поведение в сфере здравоохранения в контексте аномического приспособления // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2011. – Серия 12. Вып. 2. – С. 343-350.
6. Мертон Р.К. Социальная структура и аномия. – М.: Изд-во «Просвещение», 1966. – 300 с.
7. Гордеева С.С. Гендерные различия в отношении к здоровью: социальный аспект // Вестник Пермского университета. – 2010. – Вып. 2(2). – С. 113-120.
8. Курганский С.А. Структура человеческого капитала и его оценка на макроуровне // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2011. – № 6. – С. 15-22.
9. Артюхов И.П., Горбач Н.А., Лисняк М.А. Человеческий капитал и здоровье: постановка проблемы. – URL: www.cyberleninka.ru/article/n/chelovecheskiy-kapital-i-zdorovie-postanovka-problemy (дата обращения: 27.09.2016 г.).
10. Радаев В.В. Понятие капитал, формы капиталов и их конвертация // Экономическая социология. – 2002. – Т. 3. №4. – С. 20-31.

Self-Consistent Behavior and Human Capital as a Social Component of Health

L.A. Leshchenko,
Volgograd Institute of management – branch of Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration

The phenomenon of health over the past decades is increasingly being seen as a social component, the essence of which is analyzed in terms of "self-preserving behavior" and "human capital". This emphasis was not accidentally made, and is primarily associated with the transformation of cultural values, and secondly, with the increase in mortality rates among the population of the Russian Federation. Self-preserving behavior as a social process allows an individual to develop a set of measures that are aimed at preserving or reducing life longevity. Based on the theoretical concepts of M. Weber and A. Maslow, we considered a model for the formation of self-preserving behavior, which is a combination of the biological, social and psychological levels, on each of which a positive or negative model is formed. In turn, the health capital as a component of human capital is a "social platform" for the development of the individual, professional and physiological qualities of the individual.

Key words: health, health behavior, human capital, self-destructive behavior, deviant behavior type health care, capital health.