

## СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ВО ФРАНЦИИ

**Шинкаренко М.В.**

*В начале статьи объясняется происхождения термина «здоровье» во Франции. Во второй части рассматривается социальное неравенство в области здоровья в современной Франции. В статье приведены примеры влияния социального статуса, образования и материального благополучия на здоровье человека.*

**Ключевые слова:** *здоровье, неравенство, рабочие, дети, социальность, профилактика.*

Здоровье на данный момент играет важную роль в жизни общества и становится настоящей одержимостью. Чрезмерная медиализация, которая сейчас существует в мире, свидетельствует о частичном непонимании того, чем на самом деле является здоровье.

Во многих культурах разговор начинается с вопроса о здоровье или пожелания его собеседнику: «Как вы поживаете?», на латинском языке говорят «Vale», что означает «Будьте здоровы», на французском это звучит «Как поживаете?», а на английском буквально «Как ты?». Само «Приветствие» происходит от латинского «salutem», что означает здоровье. Во многих африканских странах, прежде чем начинать общение, принято узнавать новости о здоровье семьи собеседника. Даже если это делается иногда немного механически, для того, чтобы наладить контакт с собеседником, такое приветствие показывает значимость здоровья в нашей жизни.

Практики заботы о здоровье существовали всегда. Историк Georges Vigarello писал об этом в своей книге «Здоровые и нездоровые люди во времена средневековья» (1999) [1], прослеживая, таким образом, историю со времен средневековья в нашем обществе. «Ясно одно – поддержание тела в форме или даже профилактическое отношение к злу, мистической силе не были изобретены в современном мире. Этому предшествовали многочисленные шаги, сделанные ранее, для того, чтобы активизировать органы и защитить их от внешних повреждений». Этого достаточно, чтобы понять ценность здоровья в средние века: в то время верили в силу драгоценных камней, чистота которых защитила бы их владельцев, в успех таинственного эликсира, который поможет предостерегать различное зло. Все это было по-

пулярно в XVI в., но, разумеется, эти практики были присущи только элите в период разоренной классической Франции. Государство задумалось о принятии мер по гигиене бедняков, о профилактике инфекций, т. к. они угрожали и другим жителям городов. Во второй половине XIX в. началось развитие гимнастики. Но все же забота о здоровье оставалась далека от современной.

Для Georges Vigarello, несмотря на эволюцию этих практик, основные понятия остаются теми же: «Желание очищения, например, преодолевает время, питаясь постоянным страхом того, что телу угрожает неумолимый распад. Наряду с этим также преодолевают время: предусмотренное потребление пищевых продуктов, напитков; то, над чем работает данное упражнение; образ жизни и рецептурная книга (фармакопея)». Сегодня именно жиры привлекают внимание и воплощают в себе отходы, в то время как сила идентифицируется с энергией, полученной из пищи.

Тем не менее, есть много особенностей в современных способах заботы о здоровье. На сегодняшний день здоровье стало настоящим продуктом потребления. Об этом, например, свидетельствует развитие средств массовой информации в области здоровья, «здоровые продукты». На полках магазинов все больше появляются продукты с низким содержанием холестерина. Как утверждает Georges Vigarello, сейчас в моде выражение «забота о своем здоровье».

Сами границы между здоровьем и нездоровьем изменились. Требования по отношению к собственному здоровью в настоящее время стали выше. И Georges Vigarello в поддержку этого тезиса проводит исследование. Проведя его с помощью двух

идентичных анкет и на одной и той же выборке населения, он выявил, что количество заявленных болезней увеличилось более чем на 75 % между 1970 и 1980 гг., хотя средняя продолжительность жизни увеличилась за тот же период времени. Также свидетельствует об этом ужесточение требований к определению понятия здоровья предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Здоровье – это «состояние полного физического, умственного и социального благосостояния, которое характеризуется не только отсутствием болезней и физических дефектов». Это весьма утопическая и, в любом случае, очень требовательная концепция: мало кто может утверждать о своем абсолютном здравии.

Здоровье стало сегодня настоящей политической целью. Если политика здравоохранения существует уже многие века, ее господство сегодня, без сомнения, больше, чем когда-либо. Некоторые осуждают санитарный контроль или надзор за созданием нового морального порядка, где было бы неправильно много есть, курить, или пить.

Во всяком случае, понимание того, что ставит под угрозу здоровье, тоже изменилось. Это не просто борьба с внешними воздействиями (бактерии, загрязненный воздух), но и предотвращение того, что угрожает нам изнутри: предрасположенность к раку, ожирение, нарушение кровообращения. Человек мечтает как никогда ранее о здоровом теле и его бесконечном совершенствовании благодаря достижениям в области науки и техники.

Справедливо считать, что в идеале каждый человек должен иметь шанс достичь своего полного потенциала здоровья, и что более важно, в достижении этого потенциала ему ничто не будет мешать.

Франция является страной, чье состояние здоровья населения является одним из лучших в Западной Европе. Но и той страной, где неравенство в области здравоохранения проявляется наиболее остро [2]. Чаще всего, неравенство в уровне состояния здоровья зависит от принадлежности к тому или иному социальному классу [3]. Мы рассмотрим объективные показатели здоровья, такие, как смертность, или мнимые, такие, как качество жизни [4].

Неравенства в уровне состояния здоровья уже давно принято понимать как последствия социального неблагополучия [5], но этот факт не скрывает того, что у них есть более широкое распределение в обществе [6]. Мы будем использовать утверждение, предложенное М. Whitehead, смысл которого заключается в том, что у социальных неравенств есть разногласия в плане здоровья, которые можно не только избежать, но и считать несправедливыми. Если рассмотреть классические социальные неравенства по полу, возрасту, принадлежности к социопрофес-

сиональной группе, то стоит выделить разногласия, связанные с уровнем социального обеспечения, в том числе дополнительной заботы о здоровье или вида на жительство [7].

**Распределение проблем со здоровьем в зависимости от социальных различий.** Уровень здоровья зависит от показателей смертности, заболеваемости, инвалидности, а также от социальных различий, таких, как: род занятий, уровень образования, уровень семейного дохода. Для иллюстрации проблем неравенств в отношении здоровья мы их рассмотрим последовательно в трех категориях: смертность и заболеваемость, качество жизни и отношение к здоровому образу жизни [8].

Смертность и заболеваемость. Классическим показателем зависимости социального неравенства по отношению к здоровью является уровень смертности. За последние 20 лет уровень смертности во Франции снизился с 12 000 до 10 000 за период 1980–1982 гг. и до 8170 в период 2000–2002 гг. В результате чего увеличился средний показатель продолжительности жизни. Но стоит отметить, что средняя продолжительность жизни зависит от социального положения. Например, средняя продолжительность жизни значительно выше среди руководителей, нежели чем у служащих и рабочих (различия составляют 6 и 2 года соответственно у мужчин и женщин за период 1991–1999 гг.).

Уровень смертности также сопровождается выраженной зависимостью от территориального расположения [9]. Например, в географическом районе, состоящем из Норд-Па-Де-Кале, Пикардии, Эльзаса, Лотарингии, уровень смертности превышает 11 на 1000 (в среднем по стране показатель 9,9 на 1000), а в других регионах, таких, как Де-Ла-Луар, Пуату-Шарант показатель ниже – 9,2 на 1000. Эти географические различия отмечены больше из-за смертности (смертность, неожиданно проявляющаяся до 65 лет). Зависимость уровня смертности в регионах, находящихся в неблагоприятных районах Франции, от общего уровня составляет 45 %.

С точки зрения заболеваемости, последовательные исследования в области здоровья и социального обеспечения застрахованных французских лиц, проведенного Институтом исследований (IRDES), и документации в области экономики здравоохранения, показывают сильный перепад состояния здоровья у разных слоев населения с поправкой на возраст и пол [10]. Исследования показывают, что рабочие и служащие имеют худшее здоровье, чем лица, ими управляющие. И эти же результаты обнаруживаются в опросах о здоровье и медицинском обслуживании взрослых лиц, живущих во Франции. Сообщения о наиболее частых заболеваниях или проблемах со здоровьем чаще всего связаны с низкими доходами,

с низким уровнем образования, с положением безработицы, особенно при хронических заболеваниях.

Другой неисследованный аспект социального неравенства заболеваемости – значимость психических расстройств. Национальный институт профилактики и воспитания здоровья (INPES) документирует характерные депрессивные эпизоды. Их годовой показатель высок – 7,8 % из 100 пострадавших взрослых, это около 3 млн. людей в год. Психические заболевания чаще наблюдаются у женщин (в 2 раза больше, чем у мужчин) и одиноких, безработных людей, а также у тех, кто столкнулся с финансовыми проблемами в семье.

Точно так же в последнее время социальные неравенства во Франции были зарегистрированы по отношению к людям с ограниченными способностями (инвалидам). На основе опроса населения главными факторами стали «затруднение, зависимость». Например, если в 1998 г. и 1999 г. половина респондентов в возрасте 55 лет или больше заявила что имела функциональную проблему (физическую, чувственную или когнитивную), через 2 года проблемы по восстановлению функций или сохранению самостоятельности стала более значительной у дипломированных специалистов. Это можно объяснить тем, что у дипломированных лиц есть более широкий доступ к техническим средствам и реабилитации [11].

**Социальные неравенства конкретных подгрупп населения.** Другой способ решения проблемы неравенства в отношении здоровья состоит в наглядном описательном подходе к отдельным специфическим группам, составляющим население Франции. Некоторые группы заслуживают пристального внимания. Мы выбрали детей, подростков и рабочих.

Дети и подростки. Здоровье детей и подростков характеризуется соматическими нарушениями, самые очевидные касаются веса и заболеваниям полости рта. В 2005 г. 16 % школьников страдали от избыточного веса, а 4,3 % – от ожирения. Если количество подростков с избыточной массой тела в Европе оставалось стабильным, то, начиная с 2002 г., их процент увеличился. Уровень показателя избыточного веса максимально вырос в 2003 г. и составил 23 % от общего количества выбранных респондентов. В группе детей работников степень ожирения значительно ниже, нежели чем у детей, чьи родители занимают руководящую должность – 2 и 10 % соответственно [12].

Другим фактором неравенства в данном возрасте является гигиена полости рта. У детей, чьи родители занимают руководящие должности, процент кариеса ниже, чем у детей рабочих. Другим фактором, правда, который не имеет прямых доказательств привязанно-

сти к социальному неравенству, является сенсорные нарушения. Подростки, которые обучаются в платных школах, чаще носят очки или линзы, что свидетельствует о том, что они чаще обращаются к врачу.

Рабочие. Заболевания опорно-двигательной системы являются основной причиной профессиональных заболеваний во Франции и Европе. Наблюдения показывают, что 27 % опрошенных женщин в возрастной группе 50–59 лет имеют нарушения опорно-двигательной системы.

Показатели здоровья за 2005 г. проливают свет на конкретные связи между работой и здоровьем. Опасные факторы, такие, как безработица, неустойчивость социального страхования отражаются на показателях здоровья. Сами люди говорят о последствиях работы для своего здоровья. Четверо из пяти опрошенных говорят, что физические нагрузки на работе плохо сказываются на их здоровье. Стресс возглавляет список болезней, также его можно дополнить усталостью, болью в мышцах шеи и плеч.

Чтобы противостоять стрессу, четверо из десяти опрошенных говорят, что едят чаще, чем обычно, три четверти курильщиков курят больше, а один пьющий из десяти увеличивает потребление алкоголя. Находящиеся в состоянии стресса лица чаще подвержены расстройствам сна, пищеварения, а также злоупотреблению психотропными медикаментами. В целом вредному воздействию (шум, холод/тепло, тяжелые поручения, однообразная работа) значительно чаще подвергаются рабочие и служащие. Воздействие канцерогенов вызвало беспокойство более 3 млн. людей рабочего класса, т. к. длительное воздействие канцерогенных веществ способствует преждевременной смертности и развитию рака. В некоторых отраслях есть определенные профессиональные факторы риска: рабочие, крестьяне, ремесленники наиболее уязвимы. Несчастные случаи на производстве стратифицированы: у рабочих риск вдвое выше, чем у руководителей, менеджеров среднего звена. Также сильно влияет на уровень стресса наличие диплома. Обладатели диплома первой ступени наиболее подвержены стрессу, т. к. не могут претендовать на более престижную и высокооплачиваемую работу, нежели лица, обладающие дипломом высшей категории.

В качестве заключения хочу сказать, что, если в настоящее время Всемирная организация здравоохранения бросает вызов международному сообществу с целью заполнить «интервалы между поколениями», создавая принцип справедливости здравоохранения, путем воздействия на детерминанты здоровья, то Национальный консультативный комитет по этике (CCNE) заявляет, что цель системы здравоохранения – уменьшить неравенства в доступе к системе охраны здоровья, которые наблюдаются в разных регионах,

возрастных группах, профессиональных категориях и являются очень неустойчивыми. Заявления ВОЗ и Национального консультативного комитета по этике (CCNE) приглашают нас к размышлениям о справедливости систем охраны здоровья во Франции.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Vigarello G. Le sain et le malsain depuis le Moyen Age. – Seuil, 1999. – 180 p.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Copenhagen, WHO, Reg. Off. Eur. (EUR/ICP/RPD 414 7734c). In: P. Braveman. Health disparities and health equity: concepts and measurement. – Annu Rev Public Health, 2006. – 27:18. P. 18–28.
3. Grignon M, Sot F. Commentaire sur l'article de G. Men vielle et al.: évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. L'étude en fonction du niveau par cause de décès. Rev Épidémiol Santé Pub, 2008. 56:209–213.
4. Guillaumes, RoChereau T. Enquête santé et protection sociale 2004: premiers résultats // Questions d'économie de la santé. – IRDES, 2006. – P. 1–6.
5. Berkman L.F., Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: L.F. Berkman, I. Kawachi. Social epidemiology. – New York: Oxford University Press, 2000. – P. 137–173.
6. Chauvin P. Précarisation sociale et état de santé: le renouvellement d'un paradigme épidémiologique. In: P. Chauvin, J. Lebas. Précarité et santé. – Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1998. – P. 59–73.
7. Ritter P. Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS). – Paris: ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, janvier, 2008.
8. Pascal, Sambuc R., Lombrail P. État de santé des Français. In: F. Bomdillon, G. Brikket, D. Tabutcau. Traité de santé publique, 2<sup>e</sup> éd. – Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2007. – P. 323–330.