

## СОЦИОЛОГИЯ

УДК 316.42

DOI: 10.17223/1998863X/51/13

Е.С. Богомягкова, Е.А. Орех

### СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЗДОРОВЬЯ: ОТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ К ЕЕ НАПОЛНЕННОСТИ<sup>1</sup>

*Поднимается вопрос о необходимости дополнения современных трактовок качества жизни представлениями о наполненности жизни, отражающими актуальные социальные изменения. На основе обзора наиболее распространенных сегодня эмпирических индикаторов, фиксирующих состояние медицинских институтов, а также эволюции концепций здоровья, в качестве показателей наполненности жизни предлагается рассматривать характеристики вовлеченности в сети социальных взаимодействий.*

Ключевые слова: здоровье, качество жизни, наполненность жизни, концепции здоровья, социальные изменения, социальные сети.

#### Введение

Благосостояние нации и благополучие отдельного человека декларируются в качестве целей социального развития ведущими международными организациями и отдельными государствами. Для их оценки собираются статистические данные, проводятся мониторинги и обследования, разрабатываются различные критерии и индикаторы. Среди комплексных показателей благополучия индекс качества жизни, вошедший в научный оборот в 1960-х гг., занимает лидирующие позиции. Ученые до сих пор спорят по поводу его понимания и измерения, тем не менее большинство трактовок стремится учесть широкий спектр социальных и экономических показателей, а также использует и объективные, и субъективные оценки [1–3]. Представления о качестве жизни объединяет и то, что многие из них индикаторами благополучия видят состояние здоровья и системы здравоохранения [3–5]. Большинство исследовательских организаций включает показатели здоровья в оценку качества жизни населения. В 2018 г. в ходе опроса ВЦИОМ среди предлагавшихся респондентам составляющих благополучия россияне на первое место поставили здоровье<sup>2</sup>. Для ВОЗ уровень здоровья выступает самостоятельным маркером социального развития.

Применение конкретных индикаторов явно или неявно опирается на теоретические представления об изучаемом социальном феномене. Это справедливо и для показателей здоровья, в основании которых лежат различные ин-

---

<sup>1</sup> Статья подготовлена в рамках исследования, поддержанного грантом Российского научного фонда, проект № 18-18-00132.

<sup>2</sup> Более подробную информацию можно получить на сайте ВЦИОМ: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9460>

терпретации «хорошего самочувствия» – концепции здоровья. Обычно учитываются не только физиологические характеристики, но и социальные отношения и практики, необходимые для сохранения и поддержания здоровья. Физическое состояние важно, но оно отражает только один из аспектов благополучия индивида.

Концепции здоровья, служащие опорой современным трактовкам качества жизни, зачастую предстают как непроблематичные и редко поддаются рефлексии, что делает реальное положение вещей ускользающим от взгляда исследователя, политика, управленца. Однако представления о том, что значит быть здоровым и больным, меняются с течением времени. В нашей работе мы ставим вопрос: насколько имеющиеся на сегодняшний день интерпретации здоровья, выраженные в социальных индикаторах и статистических инструментах, отражают реальную картину жизни общества? Выявить концепции здоровья, имплицитно применяемые в современных системах расчета показателей качества жизни, и оценить их достаточность для формулирования выводов о благополучии современного человека входит в задачи данной статьи. Во-первых, мы опишем трактовки здоровья и болезни, лежащие в основании использования самых распространенных на сегодняшний день индикаторов здоровья. Во-вторых, продемонстрируем трансформацию понимания здоровья, вызванную актуальными социальными преобразованиями. В заключение продемонстрируем необходимость корректировки существующих представлений на основе учета новейших тенденций социальных изменений.

### **Здоровье как показатель качества жизни: теоретические основания и эмпирические индикаторы**

Обзор индикаторов здоровья, используемых в некоторых российских системах измерения качества жизни<sup>1</sup>, позволяет систематизировать их следующим образом:

- индикаторы, характеризующие население в целом и выраженные в средних оценках; среди них – ожидаемая продолжительность жизни, показатели заболеваемости (в том числе социально опасными и хроническими заболеваниями), смертности, рождаемости;
- индикаторы, фиксирующие уровень развития здравоохранения – например доступность врачебной помощи, расходы государства на медицину;
- индикаторы, отражающие физиологическое самочувствие человека и субъективные оценки удовлетворенности им;
- индикаторы, характеризующие практики взаимодействия индивида с институтом здравоохранения, – частота и регулярность обращений за врачебной помощью, удовлетворенность качеством медицинских услуг;
- индикаторы, регистрирующие индивидуальные способы заботы о здоровье, например распространение практик здорового образа жизни – занятия спортом, соблюдение диеты, отказ от никотина и алкоголя.

Перечисленные показатели можно разделить на две большие группы: 1) направленные на описание общества как целого и дающие представление о состоянии социальных институтов; 2) отражающие самочувствие человека и

---

<sup>1</sup> В расчет принимались показатели здоровья и состояния здравоохранения, используемые ВЦИОМ, Российским мониторингом экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ, Федеральной службой государственной статистики РФ.

индивидуальные практики заботы о здоровье. Остановимся на каждой группе отдельно и проанализируем концепции здоровья, на которые они опираются.

Стремление «охватить» население в целом, представив его в виде средних величин, а также акцент на зависимости состояния здоровья от эффективности взаимодействия человека с институтами официальной медицины позволяют предположить, что в основании учета данных показателей лежит сформулированная Т. Парсонсом в середине XX в. концепция здоровья. В соответствии с его функциональной и нормативной моделью здоровье понимается как состояние оптимальной возможности индивида эффективно выполнять роли и задачи, для которых он был социализирован [6]. Болезнь не считается ошибкой индивида, т.е. не всегда зависит от его личных усилий по поддержанию здоровья, но в случае заболевания он призывается к активному взаимодействию с институтами здравоохранения. Больной временно «выпадает» из повседневной жизни и обязан лечиться. В концепции Парсонса болезнь рассматривается как временная недееспособность, которую нужно преодолеть, а обладающий моральным обязательством к выздоровлению индивид полностью включен в социальные институты, регулирующие его деятельность, в том числе заботу о здоровье.

В то же время для Т. Парсонса болезни связываются с угрозой общественному равновесию и социальному порядку, а здоровье выступает в качестве не только медицинской, но и социальной нормы. «Быть здоровым» означает быть способным выполнять свои социальные функции, что, в свою очередь, вносит вклад в стабильность и равновесие системы. Отсюда внимание к характеристикам общества как некоторой целостности и сбору индикаторов, оцениваемых с позиции оптимального (нормального) воспроизводства социального порядка и угроз / рисков этому процессу. Концепция американского социолога описывает общество всеобщего благосостояния середины XX в. со значительным средним классом, задающим не только стандарты потребления, но и способы заботы о здоровье, и рассматривает индивида как следующего нормативным предписаниям социальных ролей.

Фокусирование исследователей на индивидуальных практиках сохранения и поддержания хорошего самочувствия опирается на концепцию здоровья, возникшую в последние десятилетия XX в., что обусловлено социальными изменениями этого периода. Во-первых, на смену идеям равновесного, стабильного, «нормального» состояния общества приходят концепции общества риска [7], текучей современности [8], отражающие ощущение растущей неопределенности социального мира и необходимости ориентироваться в этой неопределенности [9]. Во-вторых, значительные успехи медицины в лечении острых и инфекционных заболеваний привели к увеличению продолжительности жизни и старению населения развитых стран, что, в свою очередь, внесло вклад в рост интереса как ученых, так и обывателей к образу жизни как основному способу обеспечения качественной и здоровой жизни. В-третьих, триумф неолиберального проекта в глобальной перспективе вызвал усиление тенденций индивидуализации [8]. На уровне государства и проведения социальной политики неолиберальная логика реализуется в уменьшении финансирования здравоохранения и сокращении государственной поддержки различных категорий нуждающихся. Ответственность за здоровье и благополучие перекладывается на индивида, который призывается к

активным действиям по поддержанию собственного хорошего самочувствия и профилактике заболеваний [10, 11]. В 1986 г. значимость персональной ответственности в достижении и сохранении здоровья зафиксирована в документах ВОЗ [12]. Теперь здоровье декларируется в качестве ключевой жизненной ценности, главного блага, к достижению которого нужно стремиться, приобретает черты достигаемого социального статуса [13]. Отсутствие болезней и хорошее самочувствие оказываются результатом личных усилий человека и все менее связываются с эффективностью социальных институтов. Критически настроенные социологи обозначили это новое понимание здоровья термином «хелсизм» (healthism) [14, 15].

Поскольку здоровье мыслится зависимым от личного выбора и активности человека, то риски развития социального целого теперь связываются с индивидуальными поведенческими рисками, а потому оптимизация поведения и контроль за соблюдением правил заботы о здоровье приобретают первостепенное значение. В качестве главного инструмента обеспечения благополучия провозглашается здоровый образ жизни как совокупность культурно одобряемых социальных практик заботы о себе и своем теле. Достижение и поддержание здоровья вменяется в обязанность современному человеку, который должен стать «активным, ответственным и осмотрительным биологическим гражданином» [16]. Отметим, что индикаторы, соответствующие такому пониманию здоровья, ограничиваются данными о количестве людей, реализующих те или иные практики здорового образа жизни (физическая активность, отказ от вредных привычек, контроль питания) и не включают оценку доступности современной высокотехнологичной медицины, играющей сегодня существенную роль в диагностировании, профилактике и предупреждении заболеваний.

Полагаем, что концепции здоровья, основанные на представлениях об обществе, сформулированных в XX в. (Т. Парсонс, У. Бек, З. Бауман, Э. Гидденс), оказываются нечувствительными к социальным изменениям последних десятилетий. Среди актуальных преобразований, оказавших влияние на практики сохранения и поддержания здоровья, – возникновение альтернативных традиционным социальным институтам сетевых и потоковых структур современного общества. В связи с этим нуждается в дополнении и уточнении понимание того, что означает «быть здоровым».

### **Актуальные тенденции в здравоохранении и практиках заботы о здоровье**

Сегодня наряду с традиционными социальными институтами, долгое время выступавшими основными регуляторами человеческих действий, активно развиваются новые формы социальности – в частности сетевые структуры [17]. Сети представляют собой новую модель структурности, основанную на символических коммуникациях [18]. Их основное отличие от социальных институтов заключается в меньшей нормативности и большей гибкости: взаимодействия участников коммуникаций селективны и требуют доверия. В то же время сети являются устойчивыми во времени структурами нового типа, определяющими поведение человека.

Утрата необходимости однозначно следовать заданным нормативным образцам приводит к многообразию стилей и образов жизни, что снижает

ценность расчета средних величин для характеристики здоровья населения, рассмотренного в целом. Ученые отмечают нарастание статусной и культурной дифференциации и исчезновение среднего слоя, который традиционно рассматривался как социокультурно однородное большинство [19], задающее стандарты потребления и реализующее сходные практики лечения, сохранения и поддержания здоровья. Нерелевантными становятся как функциональная нормативность в духе Т. Парсонса, так и культурная нормативность здорового образа жизни. Люди сопротивляются доминированию единых поведенческих образцов, креативно раздвигая нормы, отстаивая свою субъектность и предлагая альтернативные варианты понимания «нормального». Нередко провозглашение иной трактовки нормы выливается в устойчивую общественную реакцию или приобретает организационные формы. В качестве примеров можно привести движение «бодипозитив» (The Body Positive)<sup>1</sup>, а также «право не знать» в ситуации генетического тестирования [20, 21].

Институты официальной медицины утратили монополию на обеспечение благополучия человека в области здоровья. Об этом свидетельствуют и данные о влиянии расходов государства на здравоохранение на общую удовлетворенность здоровьем: увеличение расходов в этой сфере не обязательно обеспечивает повышение уровня удовлетворенности населения [22]. Активное развитие получают альтернативные структуры, среди которых важное место занимают группы взаимопомощи, объединяющие пациентов со сходными заболеваниями. Несмотря на то, что подобные сообщества существовали и ранее, сетевой характер виртуальной реальности позволил им приобрести глобальные и транснациональные формы. Люди с различными недугами получили новые площадки для выражения своих потребностей и интересов. В современном «обществе ремиссии» (термин А. Франка) [23, 24] болезнь более не может восприниматься как временное отклонение от нормы или как провал в практиках здорового образа жизни, а понимается как состояние, которое может сопровождать человека всю жизнь. Признание того, что болезни являются хроническими и неизлечимыми, а медицинская норма оказывается недостижимой, не отменяет факта, что человек может жить наполненной, насыщенной жизнью. Участие в сетевых форматах коммуникации – возможность рассказать свою историю болезни, поделиться опытом выздоровления или жизни с хроническим недугом, спросить совета, а также ощущение принадлежности к группе – сегодня выступает важной составляющей субъективной оценки благополучия человека. Одним из примеров таких сообществ является международная платформа PatientsLikeMe. Любопытно, что в качестве ее миссии декларируется возможность лучшей жизни (better life) и процветания (thriving), которых можно достичь, несмотря на ограничения болезни.

Шеринг (sharing) – возможность поделиться личной информацией с другими людьми – становится важной составляющей практик селф-трекинга (self-tracking), получающих сегодня широкое распространение. Изначальный смысл цифрового самомониторинга заключался в контроле самочувствия путем отслеживания различных физиологических показателей с помощью гаджетов и цифровых устройств. Однако показатели и достижения становятся

<sup>1</sup> О «бодипозитиве» см. сайт движения: <https://www.thebodypositive.org/>

субъективно более важными, когда оцениваются сообществом единомышленников [25, 26]. Крупнейшей шеринговой платформой выступает движение «Исчисляемый я» (Quantified Self), насчитывающее на данный момент более 70 тыс. членов по всему миру. Многие трекеры (например, Endomondo, Strava, Runkeeper), а также социальные медийные платформы позволяют формировать сетевые сообщества, в которых пользователи делятся своими результатами друг с другом. На основе серии глубинных интервью с пользователями цифровых девайсов Р. Кент обнаружила любопытную связь: чем больше люди делятся информацией и обсуждают свои практики с сообществом, чем больше лайков и последователей имеют, тем «здоровее» они себя чувствуют вне зависимости от объективных показателей активности [27].

Некоторым исследователям кажется очевидным, что новые практики заботы о здоровье являются продолжением логики хелсизма [13] и лишь стимулируют человека поддерживать ценности здорового образа жизни. Мы же хотим подчеркнуть, что ощущение благополучия не столько становится результатом личной активности по поддержанию здоровья и взаимодействию с институциями здравоохранения, сколько все больше обусловлено принадлежностью человека к новым сообществам, возможностью делиться своими данными и опытом с другими людьми и получать обратную связь. Кроме того, забота о здоровье перестает сводиться только к целенаправленной деятельности, а часто сочетается с иными практиками – потребительскими, коммуникативными, игровыми, пересекает привычные институциональные границы. Мы видим в них новые источники, обеспечивающие благополучие человека, ощущение им полноценной и насыщенной жизни.

Преобразования затрагивают и институты официальной медицины, оказавшиеся перед лицом социальных изменений. Трендом последних десятилетий является развитие цифрового здравоохранения (d-Health). Речь идет о формировании единого информационного медицинского электронного пространства, доступ к которому должны иметь все участники лечебного процесса. Например, в России действует «Мед@рхив» – облачный сервис для тех, кто желает собрать в одном месте всю свою медицинскую информацию для последующего получения к ней удаленного доступа. Меняются и способы идентификации человека в роли пациента, который оказывается уже не пассивным пользователем, но креативным и независимым участником взаимодействий нового типа. Активно развиваются медицинские транснациональные онлайн-платформы, формирующие новые сети пациентов. Например, коммерческая компания «23 and Me», предлагая услуги по генетическому тестированию на риски наследственных заболеваний, в то же время позволяет пользователям стать участниками глобальных исследований. Таким образом реализуются практики партиципативности. Мы можем предположить, что ощущение благополучия усиливается возможностью участия пациентов в сетевой коммуникации медицинских организаций.

## Дискуссия

Мы можем выделить три концепции здоровья (таблица), основанные на различных представлениях о структуре общества. Во-первых, это взгляды на здоровье Т. Парсонса, полученные на основе описания равновесного, стабильного общества середины XX в. с ярко выраженным большинством пред-

ставителей среднего класса, следующих предписаниям социальных ролей. Во-вторых, это концепция хелсизма, получившая распространение на рубеже XX–XXI вв. и рассматривающая современное общество как общество риска, растущей индивидуализации, победы неолиберальных ценностей и возлагающая ответственность за здоровье на самого человека. По нашим оценкам, существующие на сегодняшний день индикаторы здоровья опираются именно на эти две концепции, а следовательно, и на лежащие в их основании образы социальной реальности. При этом социальные изменения последних десятилетий остаются незамеченными с точки зрения концепций здоровья, сформулированных в XX в.

#### Современные концепции здоровья

Категория	Середина XX в. (Т. Парсонс)	Конец XX в. (хелсизм)	Начало XXI в.
Здоровье	Возможность выполнения социальных функций	Результат индивидуальных личных усилий, достигаемый статус	Возможность жить наполненной жизнью, насыщенный виртуально-телесный опыт
Болезнь	Случайность / провал в исполнении роли больного	Провал в практиках здорового образа жизни	Граница между здоровьем и болезнью размывается
Норма	Медицинская и социальная норма	Культурно заданный образец здорового образа жизни	Множественность норм и образцов, отсутствие единого понимания здоровья
Модель общества	Равновесное, стабильное общество всеобщего благосостояния	Общество риска, растущей неопределенности и индивидуализации, выраженных неолиберальных ценностей	Глобальное, сетевое, потоковое общество
Практики	Выполнение роли пациента, взаимодействие с институтом здравоохранения	Практики здорового образа жизни	Коммуникации в сетях социальных взаимодействий
Показатели благополучия	Заболеваемость, смертность, доступность медицинской помощи и удовлетворенность ею	Распространенность практик здорового образа жизни	Вовлеченность в сети социальных взаимодействий

На наш взгляд, необходима разработка новой концепции здоровья, опирающейся на актуальные представления о социальной реальности. Среди главных результатов изменений отмечаем формирование сетевых структур, альтернативных традиционным социальным институтам и размывающих единую нормативность. Сегодня границы между здоровьем как медицинской и социальной нормой и болезнью как отклонением от нее становятся подвижными. Быть здоровым сегодня – это не оценивать себя по шкале соответствия медицинскому стандарту, а максимально реализовывать имеющийся в каждом случае спектр возможностей «полноценной» и насыщенной жизни, используя ресурсы новых социальных структур. Практики сохранения и поддержания здоровья, описанные в предыдущих концепциях, не исчезают, а дополняются новыми вариантами. Благополучие человека перестает зависеть исключительно от успешности медицинского лечения или быть результатом личных целенаправленных усилий, а может быть связано с возможностями получения виртуально-телесного опыта, обеспечиваемого интегрированностью в социальные сети. Мы говорим о сетевых структурах как о «точках доступа» к новому виртуально-телесному опыту, как о ресурсах, обеспечивающих человеку возможность быть активным, мобильным и креативным в

вопросах сохранения и поддержания хорошего самочувствия, несмотря на физические ограничения.

Обозначенный нами новый тренд в понимании здоровья не фиксируется в представлениях о качестве жизни и (пока) не находит отражения в эмпирических индикаторах. Это дает основание поставить вопрос о формулировании альтернативной концепции – концепции наполненности жизни. В условиях сетевого характера современного общества не качество жизни, а ее наполненность, показывающая, насколько активно, интенсивно, насыщенно, включенно человек живет [28], может рассматриваться как основа современного понимания благополучия. Требуется дальнейшая концептуализация представлений о наполненности жизни и разработка соответствующих эмпирических индикаторов, позволяющих фиксировать ее проявления. Применительно к здоровью трактуемое таким образом благополучие предполагает получение интенсивного виртуально-телесного опыта путем «подключения» к сетям социальных взаимодействий. В качестве показателей наполненности жизни могли бы выступать количество социальных контактов, коммуникативная встроенность в социальные сети и практики обмена данными, наличие значимых групп поддержки. Здесь мы инициируем социологическую дискуссию о назревшей потребности в обновлении концептуального аппарата для понимания и объяснения составляющих «счастливой жизни» в свете трендов социальных изменений.

### Заключение

Практики сохранения и поддержания здоровья перестают сводиться к традиционным вариантам – посещению врача и / или следованию здоровому образу жизни. «Реальный» опыт физической активности сочетается с виртуальным контролем и управлением своим здоровьем с помощью цифровых технологий, получением поддержки и обменом данными в социальных сетях. Границы между заботой о здоровье, игрой, коммуникацией в онлайн-сообществах становятся проницаемыми. Не отрицая важности и необходимости учета классических индексов качества жизни, мы начали разговор о возможности их дополнения представлениями о наполненности жизни, отражающими современные взгляды на социальное благополучие. Трансформация медицинских институтов, равно как и практик заботы о хорошем самочувствии, обусловленная тенденциями актуальных социальных изменений, требует разработки не только новой концепции здоровья, но и ее эмпирических индикаторов. В качестве таковых мы предлагаем использовать критерии, отражающие вовлеченность в сети социальных взаимодействий. Можно возразить, что большинство населения развитых стран по-прежнему реализуют традиционные практики заботы о здоровье и пока рано говорить о разработке и внедрении новых показателей социального благополучия. Однако в этом случае исследователи рискуют упустить актуальные социальные различия, новейшие разрывы и неравенства, вовремя не отреагировать на острые вопросы повестки дня.

### Литература

1. Costanza R., Fisher B., Ali S., Beer C., Bond L., Boumans R., Gayer D.E. Quality of Life: an Approach Integrating Opportunities, Human Needs, and Subjective Well-being // Ecological Economics. 2007. Vol. 61, № 2–3. P. 267–276.



2. Павлова И.А., Монастырский Е.А., Гуменников И.В., Барышева Г.А. Российский индекс благополучия старшего поколения: методология, методика, апробация // Журнал исследований социальной политики. 2018. Т. 16, № 1. С. 23–36.
3. Чентемирова Н.А. Социологические критерии качества жизни в аспекте социологии здоровья // Вестник Астраханского государственного технического университета. 2007. № 5 (40). С. 97–101.
4. Кислицина О.А. Национальный индекс качества жизни (благополучия) как инструмент мониторинга эффективности социально-экономической политики в России // Журнал исследований социальной политики. 2017. Т. 15, № 4. С. 547–558.
5. Baer H., Singer M., Susser I. Medical Anthropology and the World System. Westport : Praeger, 2003.
6. Парсонс Т. О социальных системах. М. : Академический проект, 2002.
7. Beck U. Risikogesellschaft. Frankfurt am Main : Suhrkamp, 1986.
8. Бауман З. Текучая современность. СПб. : Питер, 2008.
9. Гидденс Э. Ускользящий мир: как глобализация меняет нашу жизнь. М. : Весь Мир, 2004.
10. Crawford R. Health as a Meaningful Social Practice // Health. 2006. Vol. 10, № 4. P. 401–420.
11. Lock M., Nguyen V.-K. An Anthropology of Biomedicine. Oxford : Wiley-Blackwell, 2010.
12. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. URL: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (accessed: 08.07.2019).
13. Гольман Е.А. Новое понимание здоровья в политике и повседневности: истоки, актуальные направления проблематизации // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12, № 4. С. 509–522.
14. Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life // International Journal of Health Services. 1980. Vol. 10, № 3. P. 365–388.
15. Skrabanek P. The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism. Suffolk : Social Affairs Unit, 1994.
16. Governmentality. Current Issues and Future Challenges / U. Bröckling, S. Krasmann, T. Lemke (eds.). New York : Routledge, 2011.
17. Castells M. The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture. Oxford : Wiley-Blackwell, 2010. Vol. I.
18. Иванов Д.В. К теории потовых структур // Социологические исследования. 2012. № 4. С. 8–16.
19. Иванов Д.В. Новые конфигурации неравенства: анклавы глобальности и структуры глэм-капитализма // Телескоп : журнал социологических и маркетинговых исследований. 2015. № 4. С. 24–31.
20. Andorno R. Law, ethics and medicine. The right not to know: an autonomy based approach // Journal of Med. Ethics. 2004. Vol. 30. P. 435–439.
21. Rhodes R. Genetic links, family ties, and social bonds: Rights and responsibilities in the face of genetic knowledge // Journal of Medicine and Philosophy. 1998. Vol. 23, № 1. P. 10–30.
22. Здоровье – 2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. URL: [https://www.ndphs.org/documents/3239/NCD\\_5\\_6\\_3-Info\\_2\\_rus\\_Health\\_2020\\_WHO-EURO\\_short.pdf](https://www.ndphs.org/documents/3239/NCD_5_6_3-Info_2_rus_Health_2020_WHO-EURO_short.pdf) (дата обращения: 08.07.2019).
23. Frank A.W. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. Chicago : University of Chicago Press, 1997.
24. Лехциер В.Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда : очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс : Logvino literatūros namai, 2018. 312 с.
25. Ajana B. Communal Self-Tracking: Data Philanthropy, Solidarity and Privacy // Self-Tracking. Empirical and Philosophical Investigations / B. Ajana (ed.). Cham : Palgrave Macmillan, 2018. P. 125–141.
26. Ним Е.Г. Селф-трекинг как практика квантификации телесности: концептуальные контуры // Антропологический форум. 2018. № 38. С. 172–192.
27. Kent R. Social Media and Self-tracking: Representing the “Health Self” // Self-tracking: Empirical and Philosophical Investigations / B. Ajana (ed.). Cham : Palgrave Macmillan, 2018. P. 61–76.
28. Иванов Д.В. От глобализации к постглобализации: анклавы дополненной современности и перспективы социального развития // Телескоп : журнал социологических и маркетинговых исследований. 2019. № 1. С. 12–18.

**Elena S. Bogomyagkova**, Saint Petersburg State University (Saint Petersburg, Russian Federation).

E-mail: e.bogomyagkova@spbu.ru, elfrolova@yandex.ru

**Ekaterina A. Orekh**, Saint Petersburg State University (Saint Petersburg, Russian Federation).

E-mail: e.orekh@spbu.ru

*Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science. 2019. 51. pp. 129–139.*

DOI: 10.17223/1998863X/51/13

## THE CURRENT CONCEPTS OF HEALTH: FROM QUALITY OF LIFE TO FULLNESS OF LIFE

**Keywords:** health; quality of life; fullness of life; concepts of health; social change; social networks.

The article raises the question of the need to supplement modern interpretations of the quality of life with ideas about the fullness of life, reflecting the current social changes to a greater extent. So far, human well-being, articulated as the main goal of social development, is measured by indicators of the quality of life. Among them, health indicators play an important role. They are based on explicit and implicit ideas about what it means to be healthy and sick – the concept of health. Three basic concepts of health were elaborated in the study. The first concept is normative and functional views on health by Talcott Parsons, derived from the description of a balanced, stable society of the mid-20th century with a distinct majority of the middle class, following the requirements of social roles. The second is the concept of healthism, which spread at the turn of the 21st century and considers modern society as a risk society, with the growing individualization and the victory of neo-liberal values. This concept makes individuals be responsible for their own health. The third is a modern understanding of health as an opportunity to live a full life, involving an intense virtual-corporeal experience, which arose in the context of current social changes in the early 21st century. Among these changes, the formation of network and flow structures, alternative to traditional social institutions and leading to the erosion of a single normativity, can be distinguished. A review of the most common health indicators used by Russian research companies in the calculation of the quality of life leads to the conclusion that the transformations in the understanding of health and disease are not taken into account in them, which requires the development of a new understanding of well-being. In the light of current trends, it is not the quality of life, but its fullness, showing how intensely, fully, richly a person can live. In relation to the sphere of health, it is proposed to consider indicators of the fullness of life that reflect the involvement in networks of social interactions. The indicators include, for example, the number of social contacts, communicative inclusion in social networks and sharing, the presence of significant support groups. Further conceptualization of ideas about the fullness of life and the development of appropriate empirical indicators to diagnose its manifestations are important research tasks.

## References

1. Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R. & Gayer, D.E. (2007) Quality of Life: An Approach Integrating Opportunities, Human Needs, and Subjective Well-being. *Ecological Economics*. 61 (2-3). pp. 267–276. DOI: 10.1016/j.ecolecon.2006.02.023
2. Pavlova, I.A., Monastyrsky, E.A., Gumennikov, I.V. & Barysheva, G.A. (2018) The Russian Elderly Well-Being Index (REWI): Methodology, Methods, Approbation. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki – The Journal of Social Policy Studies*. 16(1). pp. 23–36. (In Russian). DOI: 10.17323/727-0634-2018-16-1-23-36
3. Chentemirova, N.A. (2007) Sotsiologicheskie kriterii kachestva zhizni v aspekte sotsiologii zdorov'ya [Sociological criteria of quality of life in terms of sociology of health]. *Vestnik Astrakhanskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta – Vestnik of Astrakhan State Technical University*. 5. pp. 97–101.
4. Kislitsina, O.A. (2017) The National Index for the Quality of Life (Well-Being) as a Tool for Monitoring the Effectiveness of Socio-Economic Policy in Russia. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki – The Journal of Social Policy Studies*. 15(4). pp. 547–558. (In Russian). DOI: 10.17323/727-0634-2017-15-4-547-558
5. Baer, H., Singer, M. & Susser, I. (2003) *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Praeger.
6. Parsons, T. (2002) *O sotsial'nykh sistemakh* [The Social System]. Translated from English by V.F. Chesnokov, S.A. Belanovsky. Moscow: Akademicheskiy proekt.
7. Beck, U. (1986) *Risikogesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

8. Bauman, Z. (2008) *Tekuchaya sovremennost'* [Liquid Modernity]. Translated from English. St. Petersburg: Piter.
9. Giddens, A. (2004) *Uskol'zayushchiy mir: kak globalizatsiya menyaet nashu zhizn'* [Runaway World: How Globalization is Reshaping Our Lives]. Translated from English. Moscow: Ves' Mir.
10. Crawford, R. (2006) Health as a Meaningful Social Practice. *Health*. 10(4). pp. 401–420. DOI: 10.1177/1363459306067310
11. Lock, M. & Nguyen, V.-K. (2010) *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
12. WHO. (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, November 21, 1986. [Online] Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Accessed: 8th July 2019).
13. Golman, E.A. (2014) New Health Consciousness in Policy and Everyday Life: Origins, Main Directions for Problematisation. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki – The Journal of Social Policy Studies*. 12(4). pp. 509–522. (In Russian).
14. Crawford, R. (1980) Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*. 10(3). pp. 365–388. DOI: 10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY
15. Skrabanek, P. (1994) *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. Suffolk: Social Affairs Unit.
16. Bröckling, U., Krasmann S. & Lemke, T. (eds) (2011) *Governmentality. Current Issues and Future Challenges*. New York: Routledge.
17. Castells, M. (2010) *The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture*. Vol. 1. Oxford: Wiley-Blackwell.
18. Ivanov, D.V. (2012) K teorii potovykh struktur [Towards a theory of flow structures]. *Sotsiologicheskie issledovaniya – Sociological Studies*. 4. pp. 8–16. (In Russian).
19. Ivanov, D.V. (2015) Novye konfiguratsii neravenstva: anklavy global'nosti i struktury glemkapitalizma [New configurations of inequality: Enclaves of globality and structures of glam-capitalism]. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy*. 4. pp. 24–31.
20. Andorno, R. (2004) Law, ethics and medicine. The right not to know: an autonomy based approach. *Journal of Medical Ethics*. 30. pp. 435–439.
21. Rhodes, R. (1998) Genetic links, family ties, and social bonds: Rights and responsibilities in the face of genetic knowledge. *Journal of Medicine and Philosophy*. 23(1). pp. 10–30. DOI: 10.1076/jmep.23.1.10.2594
22. WHO. (n.d.) *Zdorov'e – 2020: Osnovy Evropeyskoy politiki v podderzhku deystviy vsegosudarstva i obshchestva v interesakh zdorov'ya i blagopoluchiya* [Health 2020: European Policy Framework for Action by the State and Society for Health and Well-being]. [Online] Available from: [https://www.ndphs.org/documents/3239/NCD\\_5\\_6\\_3-Info\\_2\\_rus\\_Health\\_2020\\_WHO-EURO\\_short.pdf](https://www.ndphs.org/documents/3239/NCD_5_6_3-Info_2_rus_Health_2020_WHO-EURO_short.pdf) (Accessed: 8th July 2019).
23. Frank, A.W. (1997) *Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
24. Lekhtsier, V.L. (2018) *Bolezn': opyt, narrativ, nadezhda. Ocherk sotsial'nykh i gumanitarnykh issledovaniy meditsiny* [Disease: experience, narrative, hope. An essay on social and humanitarian studies of medicine] Vilnius: Logvino literatūros namai.
25. Ajana, B. (2018) Communal Self-Tracking: Data Philanthropy, Solidarity and Privacy. In: Ajana, B. (ed.) *Self-Tracking. Empirical and Philosophical Investigations*. Cham: Palgrave Macmillan. pp. 125–141.
26. Nim, E. (2018) Self-tracking kak praktika kvantifikatsii telesnosti: kontseptual'nye kontury [Self-tracking as a practice of quantifying body: Conceptual outlines]. *Antropologicheskii forum – Forum for Anthropology and Culture*. 38. pp. 172–192.
27. Kent, R. (2018) Social Media and Self-tracking: Representing the “Health Self”. In: Ajana, B. (ed.) *Self-Tracking. Empirical and Philosophical Investigations*. Cham: Palgrave Macmillan. pp. 61–76.
28. Ivanov, D.V. (2019) Ot globalizatsii k postglobalizatsii: anklavy dopolnennoy sovremenno-sti i perspektivy sotsial'nogo razvitiya [From globalization to post-globalization: Enclaves of augmented modernity and prospects of social development]. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy*. 1. pp. 12–18.