

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

© ИЗУТКИН Д.А., 2015

УДК 614.2:616-092.12-058

Изуткин Д.А.

КОНЦЕПЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И ЕЕ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ В ЗАРУБЕЖНОЙ СОЦИОЛОГИИ

ГБОУ ВПО "Нижегородская государственная медицинская академия", 603005, г. Нижний Новгород,
Россия

Для корреспонденции: Изуткин Дмитрий Анатольевич, dan55@mail.ru

На основе анализа зарубежной социологической литературы выясняются подходы к концепции "факторов риска" для здоровья и ее интерпретация в работах различных социологов. Выделяются две основные тенденции в рассмотрении данной проблемы: приоритет вредным для здоровья формам поведения и неблагоприятным условиям окружающей среды. Дается критическая оценка этим направлениям в контексте их субъективно-объективного характера.

Ключевые слова: факторы риска; здоровье; субъективное; объективное.

Для цитирования: Изуткин Д.А. Концепция факторов риска для здоровья и ее интерпретация в зарубежной социологии. *Социология медицины*. 2016; 15 (1): 34—37. DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-34-37

Izutkin D.A.

THE CONCEPT OF HEALTH RISK FACTORS AND ITS INTERPRETATION IN FOREIGN SOCIOLOGY

The Nizhniy Novgorod state medical academy, 603005 Nizhniy Novgorod, Russia

For correspondence: Izutkin D.A. dan55@mail.ru

The approaches to concept of health "risk factors" and its interpretation in works of different sociologists are found out on the basis of foreign sociological literature. Two main tendencies in considering of this issue are marked out — priority of unhealthy forms of behavior and unfavorable conditions of environment. The critical evaluation of this trends is given in context of their subjective objective character.

Key words: risk factor; health; subjective; objective

For citation: Izutkin D.A. The concept of health risk factors and its interpretation in foreign sociology *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (1): 34—37 (in Russ.) DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-34-37

Received 09.09.15

Accepted 01.04.16

Концепция факторов риска для здоровья, сформулированная во второй половине XX века как отражение негативных для здоровья человека и популяции тенденций в образе жизни и окружающей среде, продолжает оставаться одним из ведущих направлений в области теоретических и практических исследований по вопросам индивидуального и общественного здоровья. В значительной степени это обусловлено стремлением выделить и обосновать важность факторов и условий, влияющих на психосоматическое состояние организма человека на индивидуальном уровне и на уровне отдельных групп населения, с целью формирования эффективной политики в области профилактической медицины. Значительные изменения в образе и условиях жизни индивида, группы, общества, а также глобальные трансформации в окружающей среде (социум, экосистема, культура и др.) стали рассматриваться как ведущие причины, обусловившие неблагоприятную динамику в показателях общественного здоровья. Непосредственное отношение проблемы факторов риска к системе среда—образ жизни—здоровье, определило главный вектор многочисленных исследований в области конкретных дисциплин, в частности эпидемиологии.

К факторам риска развития заболеваний принято относить "...те аспекты индивидуального поведения человека, его образа жизни, рода занятий и особенностей окружающей среды, социально-экономических условий, врожденных или генетически обусловленных свойств, которые на основании эпидемиологических доказательств, связываются с развитием определенных болезненных состояний, предотвращение которых признано важным. Неинфекционные заболевания часто являются многофакторными и обостряются под влиянием "факторов риска". Количественная оценка факторов риска важна для эпидемиологической оценки вероятности развития в будущем данных заболеваний и создания условий для регулирования риска (снижения)" [1, с. 226].

Первые эпидемиологические проспективные исследования, проведенные в 1950—1960-е годы в Великобритании R. Doll и A. Hill (взаимосвязь между курением табака и раком легких) [3] и в США (взаимосвязь между рядом факторов образа жизни и сердечно-сосудистыми заболеваниями в штате Массачусетс), выявили устойчивые и достоверные связи между конкретными факторами риска поведенческого характера и патологическими изменениями в человеческом

организме. Вышеуказанные исследования стали отправным моментом для изучения других корреляций (в различных половозрастных, социальных, профессиональных, этнических и других группах населения) по принципу "фактор(ы)—исход(ы)". В 1974 г. M. Lalonde [4] указал на четыре главных детерминанты здоровья: *биология человека (наследственность), окружающая среда, образ жизни и организация медицинской помощи* и предложил стратегию укрепления здоровья, направленную прежде всего на определенную коррекцию образа жизни. При этом акцентировалось внимание на специфических факторах, имеющих непосредственное отношение к состоянию здоровья (питание, курение, потребление алкоголя и фармацевтических препаратов, сексуальное поведение и др.). Предложенные меры также предполагали специальные образовательные программы на индивидуальном и групповом уровнях с акцентом на развитие конкретных повседневных навыков в сторону максимального благоприятствования здоровью с целью сделать "здоровый выбор легким выбором". Основное внимание при этом уделялось роли индивидов и их личной ответственности за собственное здоровье на уровне позитивных для здоровья поведенческих навыков. Было подчеркнуто, что все это будет способствовать "улучшению здоровья и снижению потребности в медицинском обслуживании" [4]. Сформулированная в дальнейшем парадигма получила название "многофакторная" или "черный ящик" (метафора, указывающая на структуру, чье содержимое изначально скрыто от исследователя) [5]. Этим была подчеркнута множественность причин хронических заболеваний, выяснение которых требовало определенного эпидемиологического подхода в отличие от *контагиозной* парадигмы, постулировавшей взаимосвязь между конкретным возбудителем и специфическим заболеванием.

К середине 1980-х годов накопилось достаточное количество исследований подобного характера, что позволило их обобщить, классифицировать и оценить в координатах определенного научного знания, в том числе социологического. Этим объясняется значительный объем публикаций зарубежных социологов по вопросам факторов риска для здоровья именно в указанный период времени: Alonzo A., 1985; Becker M., 1974, 1983; Brown E., 1978; Coreil C., 1985; Freudenberg N., 1981; Gunning L., 1987; Kaplan R., 1985; Levin L., 1987; McKinlay J., 1993; Mechanic D., 1980, 1996, 1999; Slater S., Carlton B., 1985; Susser M., 1996; Terris M., 1984; Wikler D., 1987.

Данные авторы выделяют главную тенденцию эпидемиологических исследований по данной проблеме: внимание, которое эпидемиологи придают конкретным *образцам (паттернам) поведения* (отношение к вредным привычкам, характер питания, степень двигательной активности и др.) с целью выявить их возможное влияние на психосоматическое состояние определенных групп населения.

Ряд социологов поддерживают позицию индивидуальной ответственности за состояние собственного здоровья, исходя из следующих положений [6—8]. Во-первых, поведение индивидов по отношению к собственному здоровью может быть осмотрительным и независимо модифицируемым; во-вторых, любой может принять решение изменить свое поведение и в дальнейшем успешно ему следовать; в-третьих, каждый имеет собственные предпочтения и несет личную

ответственность за качество своей жизни и здоровья посредством самодисциплины и коррекции поведения.

По мнению J. McKinlay, доказательства, свидетельствующие о более достоверном значении для здоровья отдельных поведенческих характеристик, остаются неопределенными [9]. Более того, M. Becker обращает внимание на возможные негативные для здоровья последствия в случае кардинальных перемен в устоявшихся каждодневных привычках индивидов [10, 11]. В этом же ключе R. Kaplan указывает, что в наблюдениях по изучению связи между коррекцией в пищевых привычках и уровнем смертности от болезней сердца снижение последнего почти уравнивалось увеличением количества смертей от действия других сопутствующих факторов и практически не влияло на среднюю продолжительность жизни [12]. По мнению L. Gunning-Schepers и J. Hagen, продолжительность человеческой жизни определяется в первую очередь биологическими закономерностями развития человека, его наследственностью, факторами окружающей среды, уровнем психоэмоциональной напряженности в обществе, культурной средой обитания [13]. Поэтому наличие поведенческих риск-факторов в определенной степени увеличивает вероятность нежелательных последствий в состоянии здоровья, но их устранение еще не является гарантией позитивных изменений в дальнейшем.

Нет однозначного суждения и относительно возможности индивидов самим изменять или трансформировать собственное поведение. По мнению M. Becker [10, 11], это определяется рядом факторов. Во-первых, каждодневные привычки, имеющие непосредственное отношение к здоровью, приобретаются и усваиваются в рамках определенных социальных групп (семья, группа значимых лиц, субкультура); во-вторых, они часто поддерживаются мощными и влиятельными силами на уровне всего общества (реклама).

Кроме того, для большинства людей персональное поведение не является ведущим определителем их статуса здоровья [14, 15]. На это же указывают E. Brown и E. Glen, считая, что, не отрицая значение здоровых форм индивидуального поведения, положения о роли индивидов в сохранении и укреплении их здоровья не согласуются с представлением о социально-экономических определителях здоровья и предупреждения заболеваний [16]. A. Alonzo полагает, что попытки вмешательства в поведение на исключительно индивидуальном уровне без соответствующих преобразований в области политики, экономики и культуры будут неэффективными [17]. По мнению M. Becker, концепция о роли факторов риска в сохранении и укреплении здоровья способствует игнорированию более сложной, но не менее важной проблемы социально-культурной среды, которая в существенной степени формирует определенный образ жизни и установки по отношению к собственному здоровью [10, 11].

Другая точка зрения, которая ставит под сомнение ведущую роль индивидуальной ответственности за здоровье, касается подхода к понятию "здоровье" как нравственной категории, посредством которой индивиду может быть поставлено в вину его болезненное состояние. Другими словами, "быть нездоровым" значит "быть виноватым" [18, 19].

Наконец, как указывает M. Becker, могут возникнуть непредвиденные последствия для индивидов, если здоровье станет высшей ценностью нашего обще-

ства [10, 11]. Многие поборники укрепления здоровья и благополучия, особенно среди медицинских психологов и работников практической медицины, акцентируют внимание на важности "самоактуализации" и "самореализации" индивидов. Однако представители общественных дисциплин, в частности социологи, приходят к мнению, что достижение подобных обязательств выходит за рамки "самости" и не ограничивается только факторами риска. Таким образом, подход к сохранению здоровья на исключительно индивидуальном уровне может привести к дегуманизации индивида как личности, когда цели и задачи общества и ответственность государства за общественное здоровье подменяются обязательствами индивидуального характера. Любая болезнь или недомогание могут рассматриваться как своеобразное "наказание" индивиду за его "неправильное" поведение по отношению к своему здоровью — концепция, существующая со времен первобытного общества. В связи с этим М. Вебер отмечает, что устранение некоторых факторов риска если и способно увеличить на несколько лет нашу жизнь, то мы должны быть существенно обеспокоены качеством нашего общества и окружающей средой, которые формируют основу для укрепления (или ослабления) здоровья [10, 11]. Он же подчеркивает, что интроспективный (индивидуальный) подход к здоровью и его укреплению, имеющий своими последствиями осуждение больных и их последующую стигматизацию, неизбежно игнорирует ведущую роль для здоровья социальных, экономических и экологических условий жизни и ведет не к благосостоянию общества, а к благополучию отдельных индивидов.

В этом же контексте высказывается и D. Mechanic, указывая, что многие факторы риска для здоровья непосредственно связаны с социально-экономическим статусом и социальным неравенством [20, 21]. Здоровье как определенное психосоматическое состояние правомерно рассматривать как продукт социума и культуры. Относительно роли культурной среды он отмечает, что способы коррекции поведения в сторону позитивного здоровья, требующие постоянной мотивации, поддержки и планирования, нестабильны и легко поддаются обратным изменениям. Если позитивные для здоровья результаты определенного поведения есть следствие каждодневно повторяющихся поведенческих актов, закрепленных в форме привычек, они выполняются инстинктивно, без особого самоконтроля и психологической перестройки. Здоровое поведение достигается более эффективно, когда оно формируется и реализуется на уровне тех или иных культурных традиций и "встроено" в паттерны рабочей деятельности, семейной жизни и формы досуга.

Рассматривая возможности непосредственных воздействий на поведение индивидов с целью его коррекции, D. Mechanic настроен более сдержанно. По его мнению, люди крайне осторожно, а иногда негативно, относятся к прямым попыткам изменить их поведение, даже если оно связано с непосредственной угрозой их здоровью. Они более толерантно относятся к тем или иным опосредованным формам и способам "вторжения" в их образ жизни. Эффективность подобных программ также значительно повышается, если они направлены на определенные группы лиц с конкретными факторами риска, которые в наибольшей степени заинтересованы в их успешном исходе. Кроме этого, образовательные компании, особенно, достаточно продолжительные, тре-

буют участия отдельных лиц и организаций. Эти группы социальной поддержки могут более адекватно реализовывать информационное обеспечение, помогать формировать убеждения и практические навыки следования определенным формам поведения. Взаимодействие с другими людьми, имеющими аналогичные или более серьезные проблемы с собственным поведением, также способствует снижению чувства одиночества, формированию корпоративного мышления и выработке эффективного контроля за собственным поведением. Вместе с тем и в этой ситуации следует учитывать определенные особенности. Не все формы социальной поддержки оказывают позитивное воздействие на лиц даже в рамках определенной группы, что требует соблюдения ее максимальной однородности по основным качественным признакам, четкого формулирования целей и задач коррекции поведения, содержания групповой активности и оптимального соотношения психологических установок индивида и группы в целом.

В итоге D. Mechanic отмечает, что усилия предотвратить болезнь и сохранить здоровье на уровне коррекции факторов риска имеют длительный характер, поскольку психофизическое состояние индивидов во многом определяется социокультурным окружением, а оно часто вступает в противоречие с аксиологическими установками самих индивидов.

Заключение

По мнению зарубежных социологов, в эпидемиологических исследованиях по проблеме факторов риска для здоровья выражен акцент на значение конкретных паттернов человеческого поведения, но в то же время отмечается недостаточное внимание к условиям жизнедеятельности как объективной основе, формирующей субъективные установки по отношению к здоровью. "Паутина причинности" в зарубежной эпидемиологии часто не учитывает сложный комплекс взаимодействия различных форм индивидуальной деятельности и условий окружающей среды, а категория "образ жизни" либо вообще не учитывается, либо предполагает совокупность отдельных поведенческих практик. Адекватно отражающая негативные тенденции в образе жизни различных слоев населения во второй половине XX века, многофакторная парадигма теоретически и практически свелась к концепции индивидуальных факторов риска, когда акцент исследований сместился на уровень поведения индивида. Следствием этого может стать пересмотр приоритетов в области охраны общественного здоровья, в частности необоснованному снижению роли мероприятий социально-экономического характера как основы политики в области здравоохранения.

В настоящее время понятие "риск для здоровья" вышло из рамок многофакторности человеческого поведения. Так, по мнению А.В. Решетникова, "кроме отдельных факторов риска следует видеть и так называемые группы риска, т. е. группы населения в большей степени, чем другие, предрасположенные к различным заболеваниям:

- 1) демографическая группа риска;
- 2) группа профессионального риска;
- 3) группа риска функционального (патологического состояния);
- 4) группа риска низкого материального уровня жизни, бедности, нищеты;
- 5) группа риска лиц с девиантным (отклоняющимся) поведением, наличием психопатических, социально-психологических и других коллизий" [22]. Все это позволяет трактовать концепцию факторов риска для

здоровья достаточно широко и формировать поле деятельности для различных исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. *Новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку*. Иерусалим; 1999.
2. Решетников А.В. *Социология медицины: Руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.

Поступила 09.09.2015

Принята в печать 01.04.2016

REFERENCES

1. Tulchinskiy T.Kh., Varavikova E.A. *The New Public Health. An Introduction. [Novoe obshchestvennoe zdravookhranenie. Vvedenie v sovremennuyu nauku]*. Ierusalim; 1999. (in Russian)
2. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: Guideline. [Sotsiologiya meditsiny: Rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
3. Doll R., Hill A.B. Smoking and carcinoma of the lung: Preliminary report. *Br. Med. J.* 1950; 2: 739—748.
4. Lalonde M.A. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada; 1974.
5. Susser M., Susser E. Choosing a future for epidemiology: Eras and Paradigms. *Am. J. Publ. Hlth.* 1996; 86 (5): 668—73.
6. Coreil J., Jeffrey S.L. A critique of the life style concept in public health education. *Int. Quart. Commun. Hlth Educ.* 1985; 5: 103—14.
7. Levin L.S. Every silver lining has a cloud: The limits of health promotion. *Social Policy.* 1987; 27: 57—60.
8. Wikler D. Who should be blamed for being sick? *Hlth Educ. Quart.* 1987; 14: 11—25.
9. McKinlay J.B. The promotion of health through planned sociopolitical change: Challenges for research and policy. *Social Sci. Med.* 1993; 2: 109—17.
10. Becker M.H. The health belief model and personal health behavior. *Hlth Educ. Monogr.* 1974; 2: 324—508.
11. Becker M.H. Models of health related behavior. In: Becker M.H., Maiman I.A., Mechanic D. (Eds). *Handbook of Health Care and the Health Professions*. New York: Free Press; 1983: 539—68.
12. Kaplan R.M. Behavioral epidemiology, health promotion, and health services. *Med. Care.* 1985; 23: 564—83.
13. Gunning-Schepers L., Hagen J.H. Avoidable burden of illness: How much can prevention contribute to health? *Soc. Sci. Med.* 1987; 24: 945—51.
14. Freudeberg N. Health education for social change: A Strategy for public health in the U.S. *Int. J. Hlth Educ.* 1981; 24: 138—45.
15. Slater C., Carlton B. Behavior, lifestyle, and socioeconomic variables as determinants of health status: Implications for health policy development. *Am. J. Prevent. Med.* 1985; 1: 25—33.
16. Brown E.R., Glen E.M. Health education: can the reformers be reformed? *Int. J. Hlth Serv.* 1978; 8: 3—26.
17. Alonzo A.A. Health as situational adaptation: A social psychological perspective. *Soc. Sci. Med.* 1985; 21: 1341—4.
18. Gillick M.R. Health promotion, jogging and the pursuit of the moral life. *J. Hlth Politics, Policy, Law.* 1984; 9: 369—87.
19. Barsky A.J. The paradox of health. *N. Eng. J. Med.* 1988; 318: 414—8.
20. Mechanic D., Clearly D. Factors associated with the maintenance of positive health behavior. *Prevent. Med.* 1980; 6: 805—14.
21. Mechanic D. Issues in health promotion. *Soc. Sci. Med.* 1999; 48: 711—8.