

УДК 316:61

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ПРЕДМЕТ ЭМПИРИЧЕСКОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ*

А.О. Барг, Н.А. Лебедева-Несебря

Приводится типология социальных факторов риска здоровью, выделяются факторы микро- и макроуровня. Приводится пример методики и инструментария эмпирического исследования распространенности микросоциальных факторов риска здоровью работающих граждан. На основе результатов пилотажного исследования проанализированы основные проблемы применения инструментария, даны рекомендации по совершенствованию эмпирического изучения социальных детерминант здоровья.

Ключевые слова: фактор риска; оценка риска; здоровье; здоровый образ жизни.

Здоровье представляет собой сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия [1]. Формирование здоровья как на индивидуальном, так и на популяционном уровне обусловлено действием множества факторов различной природы — экзогенных и эндогенных, объективных и субъективных, находящихся, тем не менее, в неразрывной связи и взаимодействии.

В зависимости от направленности воздействия, все факторы, детерминирующие здоровье человека, разделяют на факторы устойчивости или, факторы антириска (укрепляющие здоровье), и факторы риска (ухудшающие здоровье). Факторы устойчивости повышают сопротивляемость человека факторам риска. Предполагается, что эффективность факторов антириска является для индивидуального и общественного здоровья более высокой, чем устранение привычных факторов риска [2]. Факторы риска — факторы различной природы, провоцирующие или увеличивающие риск ухудшения здоровья человека (развития определенных заболеваний, преждевременной смерти

и пр.); влияние факторов риска проявляется при определенном воздействии.

Определение социальных факторов риска диктуется содержанием категории «социальное», под которой понимается специфические характеристики взаимодействия индивидов как членов определенного общества. Социальное проявляется на уровне личности, выражаясь в совокупности приобретенных индивидом в процессе социализации социальных качеств (статусов, ролей, ценностей, норм, установок и пр.), на уровне группы — во взаимодействии интересов и целей и их разделении, на уровне институтов — в устойчивых практиках, организующих общественную жизнь, и, наконец, на уровне общества в целом — в деятельностном взаимодействии людей, воспроизводящем, «творящем» общество. Следовательно, социальные факторы риска здоровью могут проявляться на различных уровнях (в соответствии с уровнями существования социального). На микроуровне социальными факторами риска здоровью будут выступать поведенческие особенности индивида, обусловленные его интегрированностью в социальные структуры (интегрированные в процессе социализации

* Статья подготовлена при финансовой поддержке РГНФ (проект № 12-16-59016).

Барг Анастасия Олеговна — старший научный сотрудник лаборатории методов анализа социальных рисков; Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения; 614045, Пермь, ул. Монастырская, 82; an-bg@yandex.ru.

Лебедева-Несебря Наталья Александровна — кандидат социологических наук, заведующая лабораторией методов анализа социальных рисков; Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения; 614045, Пермь, ул. Монастырская, 82; natnes@list.ru.

ценности и нормы, усвоенные социальные роли и пр.), на институциональном уровне — специфика функционирования социальных институтов, их существующие явные и латентные эу- и дисфункции, на социетальном уровне — социальное расслоение, особенности социально-экономической, социокультурной и социально-политической подсистем общества. Какие-то из данных факторов напрямую определяют вероятность наступления нежелательного события (прямые факторы риска), какие-то — влияют на возникновение негативных последствий, опосредованно выступая условиями формирования факторов риска.

Эмпирическое изучение распространенности социальных факторов риска здоровью в определенной социальной группе (или в обществе в целом) требует определения внутренней структуры социальных факторов риска здоровью, их операционализации и выделения переменных, характеризующих их состояние и в определенной степени динамику.

Специалистами ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» при финансовой поддержке РГНФ (грант № 12-16-59016) было проведено пилотажное социологическое исследование, направленное на апробацию метода и инструментария изучения подверженности работающего населения микросоциальным факторам риска здоровью. Исследование проводилось в апреле–июне 2012 г. на одном из предприятий нефтегазовой отрасли Пермского края, метод — раздаточное анкетирование на рабочем месте, объем выборки — 360 человек, способ отбора респондентов — стихийный.

При построении выборочной совокупности ставилась задача представления определенных групп, выделенных по признакам, значимым для восприятия инструментария исследования (формализованного вопросника для самозаполнения). К указанным признакам были отнесены: а) уровень образования респондентов (высшее (в том числе незаконченное), среднее специальное и ниже среднего специального образования), б) возраст респондентов, в) пол респондентов. Структура выборочной совокупности представляет собой следующее. Большинство опрошенных (72%) — мужчины, 28% — женщины. К возрастной группе 18–25

лет относилось 12% опрошенных, 24% респондентов были в возрасте 26–35 лет, 31% принадлежали к возрастной когорте 36–45 лет, доля опрошенных в возрасте от 46 до 55 лет составила 30%, люди 56 лет и старше приняли участие в опросе в 3% случаев. Доля опрошенных, отказавшихся указать свой возраст, составила менее 1%. Что касается образования, то 52% опрошенных имели высшее или неполное высшее образование. Среднее специальное и начальное специальное образование было у 36% респондентов, среднее общее или ниже — у 12%. Каждая типическая группа представлена достаточным числом респондентов (не менее 30) [См. об этом: 4], исключение составили опрашиваемые в возрасте 56 лет и старше, что закономерно, так как объектом исследования выступило работающее население, среди которого группа предпенсионного или пенсионного возраста закономерно находится в меньшинстве.

Инструментарий исследования представлял собой набор вопросов, сгруппированных в семь тематических блоков. Первый блок вопросов являлся вводной частью и был направлен на изучение субъективных оценок и объективных показателей здоровья, пять следующих блоков характеризовали подверженность респондента конкретным факторам риска здоровью (нарушение требований личной и бытовой гигиены, неадекватная двигательная активность, нарушение режима и рациона питания, аддиктивное и вынужденное поведение, безответственное медицинское поведение). Заключительный блок был посвящен оценке социального самочувствия и настроения работающих граждан.

Вводные вопросы определяли степень объективности оценок респондента в отношении собственного здоровья. Учитывалось и действительное состояние здоровья, которое характеризовалось такими показателями, как частота заболеваемости острой респираторной вирусной инфекцией, гриппом, наличие хронических заболеваний и т.п. Кроме того, респонденту предлагалось оценить соответствие его образа жизни принципам здорового, что при анализе может интерпретироваться как осознанность подверженности тем или иным поведенческим факторам риска здоровью и адекватность субъективных оценок. Например, если отвечающий говорит о том, что ведет полностью здоровый образ жизни, но при этом в дальнейшем демон-

стрирует несоответствие своих поведенческих практик требованиям самосохранительного поведения, это позволяет сделать вывод о неадекватной оценке респондентом своего образа жизни.

С помощью второго блока вопросов изучалось медицинское поведение респондента, включавшее такие компоненты, как прием лекарственных препаратов (по назначению врача или без него), обращение к врачу (в случае острого недомогания или для профилактических осмотров), посещение узких специалистов (стоматолога, гинеколога (для женщин)), самоконтроль основных маркеров здоровья (артериальное давление, вес, уровень сахара и холестерина в крови и т.д.), вакцинация, способ прохождения лечения, в случае назначения такового (полностью или не до конца).

Третий блок посвящен исследованию группы факторов, относящихся к гигиеническому поведению. Режим сна и бодрствования выражался через такие показатели, как количество часов сна и время отхода ко сну. О режиме труда и отдыха респондента информация складывалась из определения наличия и регулярности перерывов во время рабочего дня, форм проведения повседневного досуга, длительности и регулярности отпуска, форм проведения отпускного периода (активный или пассивный отдых). Соблюдение правил личной гигиены характеризовалось посредством выяснения регулярности мытья рук перед едой, после посещения туалета, частоты чистки зубов, частоты приема ванны, душа и т.п. Гигиенические аспекты сексуального поведения респондента определялись вопросами о наличии постоянного полового партнера, присутствии в жизни отвечающего случайных половых контактов, количестве половых партнеров в год, привычках использовать средства контрацепции.

Аддиктивное и вынужденное поведение (потребление алкогольных напитков и табачных изделий) анализировалось в четвертом блоке вопросов. Относительно практик употребления спиртных напитков рассматривались такие показатели, как частота потребления алкоголя и количество разового приема в зависимости от вида продукции. Что касается курения, выяснялось наличие данного вида поведения, и если таковое присутствовало, то определялись регулярность и стаж курения, количество

выкуриваемых сигарет в день, марка и сорт сигарет, которые обычно курит респондент. Кроме того, обязательным компонентом подверженности воздействию никотина является изучение такого показателя, как пассивное курение, поэтому в данном блоке задавались вопросы о частоте и длительности нахождения респондента рядом с курящими людьми даже в том случае, если сам он не курит.

Анализ режима и рациона питания предполагал учет следующих показателей: соблюдение трехразового режима питания, потребление пищи перед сном и всухомятку, качество воды, используемой для питья и для приготовления еды, присутствие в рационе необходимых для нормального функционирования организма продуктов, наличие или отсутствие в рационе вредных для здоровья продуктов. Этому был посвящен пятый блок вопросов.

Характеристики двигательной активности опрашиваемых выявлялись в шестой группе вопросов. Элементы, составляющие данный вид поведенческих практик респондентов таковы: наличие или отсутствие спорта в жизни, регулярность и частота занятий физкультурой и спортом, длительность занятий (в часах), совершение прогулок на свежем воздухе (их частота и длительность), совершение утренней зарядки.

Заключительный седьмой блок вопросов был направлен на измерение общей удовлетворенности опрашиваемых их профессиональной деятельностью, отношениями в коллективе и семье, анализ эмоционального состояния и настроения, что является необходимым для определения контекстов жизнедеятельности респондентов, важных для оценки среды формирования и изменения их здоровья. Субъективное благополучие в целом и удовлетворенность жизнью, в частности, могут также выступать маркерами психологического и, отчасти, социального здоровья и качества жизни.

В процессе проведения полевого этапа исследования и последующего анализа результатов были выявлены некоторые недостатки предложенного инструментария, связанные, в основном, с восприятием вопросов анкеты респондентами и, соответственно, с правильностью заполнения опросного листа. Первая группа проблем касается работы опрашиваемых с вопросами комбинированного типа. На-

пример, вопрос об измерении основных маркеров здоровья, представленный в табличной форме, при заполнении анкеты часто пропускался респондентами. Формулировка вопроса следующая: «В течение последних 6 месяцев медицинские работники или Вы сами (родственники, друзья) измеряли артериальное давление, уровень сахара в крови, уровень холестерина в крови, частоту сердечных сокращений, вес, рост, окружность талии, окружность бедер?». Доля неответов составила 19% по показателю артериального давления, 36% — по измерению уровня сахара в крови, 85% — по измерению уровня холестерина, 46% — по частоте сердечных сокращений, 23% — по весу, 26% — по росту, 57% — по окружности талии и 66% — по окружности бедер. По строкам в таблице перечислялись маркеры здоровья, по столбцам — утвердительный и отрицательный ответы, а также вариант «затрудняюсь ответить». Предполагалось, что респондент должен сделать выбор по каждой строке. Анализ результатов показал, что часто ответы даются не по каждой строке таблицы или таблица заполняется частично. Еще один момент, который ухудшает качество данных, полученных из таких вопросов, — это смещение ответов, т.е. респондент путается и дает два ответа в одной строке, тогда как полагает, что отмечает варианты для разных пунктов. В итоге указанные недостатки стали очевидны и в других вопросах подобной формы. Например, в вопросе «Часто ли Вы употребляете эти алкогольные напитки?», где в таблице по строкам были представлены виды алкогольной продукции, а по столбцам — частота потребления, и в вопросе «Как часто в ваш рацион питания включаются следующие продукты?» (строки — продукты, столбцы — частота потребления).

Вторая группа проблем связана с чувствительными вопросами, затрагивающими личное, интимное пространство респондента. Исследования показывают, что даже вопросы социально-демографического блока часто полагаются опрашиваемыми как «индивидуально острые и вызывают чувство неловкости и смущения» [3, с. 112]. В задачи данного исследования входило изучение сексуального поведения — темы, которая подавляющим большинством граждан считается крайне деликатной и недопустимой для обсуждения в ходе социологических опро-

сов [3]. Анализ результатов проведенного пилотажного исследования показал, что вопрос «Сколько, примерно, разных половых партнеров в год у Вас бывает?», был проигнорирован 43% респондентов, указавших ранее, что у них бывают случайные половые связи. Кроме того, следует предположить определенное смещение в итоговых данных о сексуальных отношениях опрошенных, поскольку, как показывают специальные исследования, имеется прямая связь между остротой восприятия темы и уровнем искренности ответов респондентов [5, с. 50].

Указанные недостатки инструментария следует учитывать при проведении социологического исследования, направленного на изучение подверженности различных групп населения социальным факторам риска здоровью. В целом же, методика позволяет охарактеризовать основные поведенческие практики, связанные с образом жизни человека и влияющие на его здоровье, распространенность отклонений от самосохранительного поведения или приверженность ему в различных группах работающего населения, появляется возможность определить основные типы поведения людей относительно их здоровья.

Важным аспектом в изучении воздействия социальных факторов риска на здоровье является их количественная оценка. По результатам данного исследования говорить об оценке социальных рисков здоровью нельзя, скорее они позволяют описать качественные характеристики выраженности и распространенности факторов. Для получения возможности оценки риска представляется целесообразным дополнить инструментарий вопросами, способствующими получению данных об уровнях факторов риска, связанных с образом жизни. Количественная оценка риска может осуществляться для следующих факторов риска, связанных с образом жизни: курение (в т.ч. пассивное), злоупотребление алкоголем, нарушение питания и нарушение двигательной активности, так как, по мнению экспертов ВОЗ, накоплено достаточно данных, доказывающих обусловленность негативных эффектов для здоровья воздействием этих факторов образа жизни, и существуют определенные критические значения выраженности фактора, которые позволяют производить расчет и оценку риска.

Список литературы

1. *Васильева О.С., Филатов Ф.Р.* Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Изд. центр «Академия», 2001.
2. *Ефименко С.А.* Риски и рисковое поведение пациентов в сфере здоровья // Социология медицины. 2007. №1. С.7–12.
3. *Мяжков А.И.* Статистические стратегии чувствительных измерений // Социол. исследования. 2002. №1. С.111–121.
4. *Степанов В.Г.* Определение необходимого объема выборки // Статистика. Часть 1. Учебный курс. М., 2010. [Электронный ресурс]. URL: http://www.e-college.ru/xbooks/xbook007/book/index/index.html?go=part-010*page.htm (дата обращения: 30.07.2012).
5. *Bradburn N.M., Sudman S.* Improving Interview Method and Questionnaire Design. San-Francisco: Jossey-Bass, 1979.

**SOCIAL RISK FACTORS FOR HEALTH
IN A FOCUS OF EMPIRIC SOCIOLOGICAL RESEARCH**
Anastasia O. Barg, Natalia A. Lebedeva-Nesevrya

*Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies;
82, Monastyrskaya str., Perm, 614045, Russia*

The typology of social risk factors for health is presented in the paper; the factors of micro and macro level are identified. An example of the methodology and tools of empirical study of the prevalence of social risk factors for the health of the working population is given. The main problems of application of the instrument are pointed out on the basis of the results of the pilot study analyses, the recommendation on the improvement of the empirical study of the social determinants of health are given.

Key words: risk factors; health risks; social factors; healthy lifestyle.