

УДК 316:61

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЮ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АНАЛИЗА

А.О. Барг, Н.А. Несебря

Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, 614045, Пермь, Орджоникидзе, 82
e-mail: an-bg@yandex.ru, natnes@fcrisk.ru

Систематизируются теоретико-методологические подходы к анализу влияния социальных факторов на индивидуальное и популяционное здоровье, представленные в отечественной и зарубежной научной литературе. Раскрываются существующие проблемы теоретического и прикладного исследования социальных рисков здоровью населения. Обосновывается необходимость построения комплексной модели воздействия социальных факторов на здоровье, разработки единого подхода к их типологизации.

Ключевые слова: управление здоровьем; социальные детерминанты здоровья; социальные факторы риска здоровью.

Проблемы социальной обусловленности ухудшения индивидуального и популяционного здоровья раскрываются в многочисленных зарубежных и отечественных исследованиях, являясь традиционной темой для обсуждения в рамках как медицинской, так и социологической науки. Первые попытки междисциплинарного научного объяснения влияния социальных факторов на заболеваемость и смертность были предприняты еще в середине-конце XIX в. после того как в 1848 г. французский ученый J. Guerin, введя в научный оборот понятие «социальная медицина», в качестве предмета данной дисциплины определил связь физического и психического состояния населения и законодательства, а также других социальных институтов, связь между социальными факторами, здоровьем и заболеваемостью; меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний [34].

Сегодня Всемирная организация здравоохранения отводит социальным детерминантам ведущую роль в определении состояния популяционного здоровья, продолжительности жизни граждан, подчеркивая, что «удельный вес социально-экономических факторов риска в общей совокупности факторов риска здоровью составляет 50%»; по мнению экспертов, микросоциальные факторы риска в ближайшее десятилетие могут детерминировать причины смерти 338 млн. людей [16].

Безусловная актуальность проблемы влияния социальных факторов риска на здоровье населения, а также многообразие и разнонаправленность научных исследований данной темы требуют структурирования существующих подходов к анализу социальных факторов риска здоровью, выделения «ключевых идей», теоретических и эмпирических стратегий, которым

может следовать ученый при изучении социальной детерминированности здоровья, а также определения проблемных зон и противоречий в данной области научного поиска.

Степень научной разработанности темы влияния социальных факторов риска на здоровье с первого взгляда кажется высокой. Указанные вопросы рассматриваются в работах таких зарубежных ученых, как L. Berkman и L. Syme, K. Horn [2], B. Link [3], M.G. Marmot [5], R.G. Wilkinson [7], G. Steinkamp [42], G. Pappas, M. Susser, W. Watson, K. Hopper и др. Среди отечественных исследователей проблемы социальной детерминированности здоровья поднимают Р.М. Баевский [12], М.С. Бедный [13], И.В. Журавлева [19], О.А. Кислицына [22], Ю.М. Комаров [24], Ю.П. Лисицын [25], И.Б. Назарова [28], В.П. Петленко [31], А.В. Решетников [34], Н.М. Римашевская [35], Н.Л. Русинова [36], Г.И. Царегородцев [20], Л.С. Шилова [41] и другие ученые.

В целом можно выделить несколько основных направлений анализа влияния социальных факторов на индивидуальное и популяционное здоровье.

Первое направление, назовем его условно *«сущностно-ориентированное»*, раскрывает содержание понятия «социальные факторы риска», описывает взаимосвязи и механизмы воздействия данных факторов на популяционное и индивидуальное здоровье, исследует контексты их возникновения. Работы, относящиеся к данному подходу, носят теоретико-методологический характер, отличаются комплексным подходом к изучаемой проблеме [3; 2; 42; 24].

Второе направление, *«структурно-ориентированное»*, предлагает различные варианты типологизации социальных факторов здоровья. В работах, представляющих данное направление исследования, содержатся, во-

первых, предложения по группировке факторов в зависимости от степени управляемости, характера воздействия и пр. (выделяются объективные и субъективные, факторы устойчивости (благоприятные детерминанты) и факторы риска (неблагоприятные детерминанты), контролируемые и неконтролируемые), во-вторых — предложения по систематизации самих факторов [17; 5; 7; 22; 28, 36 и др.].

Третье направление, *«предметно-ориентированное»*, концентрирует внимание на отдельных факторах риска, проявляющихся либо на уровне общества в целом или конкретных его подсистем, либо на уровне отдельного индивида, с точки зрения его поведения, образа и условий жизни. Сюда можно отнести все работы, посвященные как изучению влияния социально-экономических, социокультурных и других условий макрохарактера на здоровье населения, так и исследованию проблем здорового образа жизни, самосохранительного поведения, безопасной жизнедеятельности [19; 41; 13; 39 и др.].

Четвертое направление, *«эмпирически-ориентированное»*, представлено работами, раскрывающими эмпирические методы исследования распространенности социальных факторов риска, подверженности рискам отдельных социальных групп, содержащими результаты апробации данных методов на уровне страны, региона, территории [15; 21; 30; 36 и др.].

Пятое направление, *«специально-ориентированное»*, отражено в исследованиях, преимущественно носящих медико-социальный характер и описывающих механизмы воздействия отдельных факторов риска на развитие конкретных заболеваний (например, влияние курения на развитие рака гортани, рака легких, хронического бронхита и пр., злоупотребления алкоголем — на болезни печени и сердца, гиподи-

намии — на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и т.д.) [18; 27; 29 и др.]

Несмотря на обилие литературных источников, посвященных проблеме влияния социальных факторов риска на здоровье, общей теоретико-методологической базы для их анализа научное сообщество пока не выработало. По-прежнему актуальны проблемы построения комплексной модели воздействия социальных факторов на здоровье, требуется обоснование механизмов управления социальными рисками здоровьем населения, принятие единой типологии социальных детерминант здоровья. В довольно широком спектре проблем можно выделить шесть основных.

Первая проблема связана с отсутствием в научном сообществе единого представления о сущности социальных факторов риска, характере их воздействия на здоровье, механизмах их обусловленности. Наличие данной сложности подчеркивают в своей работе В. Link et al. [3], замечая неправомерно завышенное внимание современных исследователей к ближайшим факторам риска, потенциально контролируемым на личностном уровне при игнорировании фундаментальных предпосылок ухудшения здоровья, носящих макросоциальный характер.

В. Link, утверждая наличие прочной связи между социальными факторами и здоровьем, указывает на необходимость контекстуализации факторов риска, подразумевая под этим: 1) понимание того, что именно в обстоятельствах жизни человека предопределяется его подверженность таким факторам риска, как небезопасный половой акт, плохое питание, малоподвижный образ жизни или полная стресса семейная жизнь; 2) определение социальных условий, при которых отдельные факторы риска связаны с болезнью. Иначе говоря, важно сконцентрировать внимание на том, при каких социальных

условиях факторы риска ведут к болезни и есть ли какие-либо социальные условия, при которых индивидуальные факторы риска никак не влияют на болезнь, т.е. на причинах того или иного поведения человека, имеющих макросоциальный характер, или на «риске рисков» [3]. Основная идея В. Link состоит в рассмотрении социальных условий как фундаментальных причин болезни.

Важность указанной В. Link проблемы отмечают в своих работах G. Steinkamp и К.Ногн. Преобладающий в современных исследованиях поведенческий подход к анализу социальных факторов риска имеет, по их мнению, существенный недостаток, заключающийся в игнорировании макросоциальных факторов (по В. Link «риска рисков»), не зависящих от индивида, но приводящих к тем или иным отклонениям в поведении человека. За основание для анализа берутся обычно только сами отклонения (микрорезультаты), в результате чего основная вина за них ложится на индивида, что нарушает причинно-следственную связь в интерпретации результатов каких-либо исследований, направленных на изучение взаимосвязи социальных факторов и заболеваемости. К.Ногн обращал внимание на то, что «поведение риска» должно интерпретироваться на основе смысловых структур, стоящих за поведением, в котором можно было бы попытаться достичь компромисса между субъективными интересами, потребностями, ресурсами и противоречивыми требованиями общества [2; 49].

Вторая проблема заключается в неоднозначности интерпретаций влияния социальных факторов риска на здоровье. Так, Г. Штайнкамп (G. Steinkamp) обращает внимание на то, что доказываемые во многих научных работах зависимости ухудшения здоровья от условий и качества жизни, материального благополучия индиви-

да, социального неравенства могут иметь обратный характер. Ученый отмечает, что, например, при анализе связи социально-экономического статуса и заболеваемости/смертности эмпирически доказанная взаимосвязь между данными показателями является результатом неточной операционализации и неточного эмпирического учета независимой (социальный слой) и зависимой (заболеваемость/продолжительность жизни) переменных. Автор пишет: «Социальные стратификационные различия в здоровье и продолжительности жизни могут быть рассмотрены как результат социального продвижения здоровых или как социальное падение больных», поясняя, что социальное положение можно было бы интерпретировать как результат состояния здоровья, а не наоборот [42. С. 34].

В итоге Г. Штайнкамп предлагает многоуровневую модель объяснения неравенства в болезнях и продолжительности жизни, где выделяет три уровня: макроуровень (место в системе социального неравенства), мезоуровень (материальные и социальные условия производства (труда) и воспроизводства (партнеры, семья, досуг) и микроуровень (личность, организм).

Третья проблема, характеризующая описываемую область научных исследований, состоит в отсутствии единой типологии факторов риска, неясности их структуры. Подходы к классификации социальных факторов риска многочисленны и разнообразны. Так, М.Уайтхед и Дж. Далгрэн представляют социальные факторы риска здоровья в виде «слоев» влияния, начиная от индивидуального и заканчивая уровнем общества в целом. Центром такой структуры является человек с его неизменными характеристиками, такими как пол, возраст, наследственные факторы. Далее идут 4 слоя: первый слой — это особенности характера и образ жизни, второй —

отношения между людьми, третий — условия жизни и работы (включает в себя факторы инфраструктуры) и четвертый слой — общие социально-экономические условия, уровень культуры, окружающая среда и т.п. [17].

М. G. Marmot и R.G. Wilkinson выделяют такие факторы риска здоровью, как социально-экономические условия, включающие стресс, раннее детство, работу, безработицу, социальную поддержку, химическую зависимость, питание, транспорт и социальную отчужденность [5].

Известный отечественный специалист в области социальной гигиены и общественного здоровья Ю.П. Лисицын [25], утверждая, что здоровье и болезни опосредованы через социальные условия и социальные факторы, относит к таковым деятельность служб здравоохранения и образ жизни, причем образ жизни полагается им фактором наиболее значимым, оказывающим влияние на здоровье человека на 50%. Фактор образа жизни Ю.П. Лисицын представляет как производственную, общественно-политическую, внеуродовую и медицинскую активность человека.

Другие отечественные исследователи — Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков и Е.В.Тарасова, — говоря о ведущей роли социально-экономических факторов в определении состояния здоровья населения, включают в их число жилищно-бытовые условия; степень урбанизации территории; качество рекреационных ресурсов; вредные привычки; величину доходов населения; развитие социальной помощи нуждающимся группам населения; наличие или отсутствие достойной работы; доступность и качество образования; напряженность информационного поля в среде обитания; проблемы семьи и нравственности; миграционную подвижность; специфику образа жизни в регионах с различ-

ными природными, социальными, этническими, религиозными особенностями [33].

О.Я. Кислицына предлагает подразделять социальные факторы риска на бедность, социально-экономические условия в раннем детстве, жилищные условия, безработицу и условия работы, социальный капитал (семья, друзья, соседи — социальные сети), образ жизни (питание, вредные привычки, двигательная активность) [22].

И.Б. Назарова классифицирует социальные факторы на демографические (пол, возраст, национальность, место проживания), экономические (образование, доход, занятость), социальные и поведенческие (употребление алкоголя, курение, занятие физкультурой, контролирование веса, конфессиональная принадлежность) [28]. Также исследователь говорит о зависимости здоровья от культурных факторов: традиций, воспитания и как следствия, поведения и стиля жизни.

Н.Л. Русинова группирует социальные факторы риска здоровью в три категории: социально-структурные, социально-психологические, поведенческие. В числе социально-структурных факторов отмечаются пол, возраст, образование, материальное положение, семейное положение, наличие детей в семье. Группа социально-психологических факторов включает в себя стрессовые события жизни, хронические стрессоры, связанные с различными жизненными обстоятельствами, личностные психологические ресурсы. Среди поведенческих факторов изучаются превентивная физическая активность, курение, потребление алкоголя, правильность питания. В данном исследовании демонстрируется самооценка здоровья респондентами по трем составляющим: общая самооценка, оценка физического самочувствия и психического здоровья. Особое внимание уделяется проблеме гендер-

ных различий в самооценке своего здоровья [36].

Четвертая проблема, во многом ограничивающая возможности управлять социальными факторами риска, разрабатывать адекватные методы их минимизации, заключается в неоднозначной оценке вклада социальных факторов риска в ухудшение здоровья, а также в сложности и многообразии подходов к оценке силы их влияния на здоровье. Так, отечественные ученые Ю.П. Лисицын и Ю.М. Комаров выявили, что удельный вес факторов образа жизни в ухудшении здоровья составляет 49-53%, а дисфункций системы здравоохранения — 8-10%, на долю прочих генетических и внешнесредовых факторов приходится от 35 до 42% .

Иную оценку вклада социальных факторов риска в ухудшение здоровья предлагают С.М. Чечельницкая, А.А.Михеева и В.Г. Финагин [40]. В рамках работы по построению экспертной модели здоровья человека на основании экспертной классификации состояния здоровья исследователями было выявлено, что среди классов факторов, влияющих на здоровье, первое место следует отдать режиму (4,0 балла), второе — биологическим факторам (3,9 балла), затем равные коэффициенты имеют семейная и профессиональная среда (3,8 балла). С.М.Чечельницкая с коллегами, ранжировав факторы и показатели, предлагает использовать их при построении мониторинга здоровья.

Другой пример оценки вклада того или иного фактора в состояние здоровья представлен в работе Р.М. Баевского, который исследовал состояние здоровья и заболеваемость одной из социальных групп — административно-управленческого аппарата предприятия. В рамках исследования было установлено, что данная социальная группа характеризуется неблагоприятной структурой здоровья (более 50% лиц в

этой группе имеют неудовлетворительную адаптацию к условиям окружающей среды или срыв адаптации), а также определено, что административно-управленческий аппарат крупного промышленного предприятия (руководящий состав) в наибольшей степени подвержен воздействию факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на адаптационные возможности организма. Среди этих факторов максимальный удельный вес принадлежит психоэмоциональным напряжениям, гиподинамии и курению [12].

Пятая проблема заключается в сложности причисления ряда социальных детерминант здоровья к факторам риска ввиду неоднозначного характера их влияния на здоровье, способности выступать как в качестве рисков, так и антирисков.

Неоднозначность связей социальных и прочих факторов риска со здоровьем выражается V-образными или U-образными кривыми зависимостей [11; 23; 43; 1; 6; 4 и др.]. Имеется в виду нелинейность зависимости заболевания от фактора риска, когда в определенных крайних точках значений фактора (очень высокая степень двигательной активности и очень низкая степень двигательной активности) он одинаково негативно воздействуют на организм человека. В.Я.Ядов пишет: «V-образные связи отражают такие зависимости, как, например, связь смертности с массой тела. Оказалось, что смертность минимальна в средней части распределения показателя, а лица с избыточной или недостаточной массой тела умирают чаще, но от разных болезней: полные — от сердечно-сосудистых, худые — от легочных и онкологических» [43, 92]. М. G. Marmot приводит другой пример подтверждения V-образных связей: смертность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний у чрезмерно пьющих по анализу результатов исследований значительно меньшая, чем у не-

пьющих, однако смертность от всех других заболеваний, наоборот, была выше [6].

Употребление алкоголя также имеет U-образную взаимосвязь с риском развития ишемической болезни сердца. Ряд исследователей полагает, что умеренное употребление алкоголя оказывает кардиопротективное действие [32]. U-образные зависимости обнаружены в связи смертности с употреблением алкоголя, частотой сердечных сокращений, продолжительностью ночного сна и т.д. Обнаруженная универсальность этих связей приводит к необходимости нового мышления при формировании здорового образа жизни. Суть его заключается в том, что рекомендации по здоровому образу жизни не могут быть одинаковыми для всех. Они принципиально различаются в зависимости от того, где находится популяция или индивид на U-образной кривой — слева или справа от точки минимальной смертности. При этом конкретные значения показателя на U-образной кривой зависят от региона проживания популяции или индивида и отношения этих значений к конкретным заболеваниям [23].

Необходимо отметить, что многие исследователи, используя литеры V или U при описании детерминированности состояния здоровья факторами риска, не делают между типами зависимостей, описываемыми данными литерами, различия, однако оно определено существует. Несмотря на то что и под U-образным, и по V-образным распределением понимается распределение с высокими частотами (или вероятностями) для очень низких и очень высоких значений и низкими частотами (или вероятностями) для умеренных значений, V-образный характер зависимости предполагает существование некоего абсолютного минимума, т.е. единственного значения, для которого характерны наименьшие вероятность или частота. Для объяснения

связей социальных факторов риска и состояния здоровья представляется более правомерным использование термина «U-образная связь», так как он точнее характеризует обнаруживаемые зависимости. V-образная связь — это динамичная структура, где существует одна точка с минимальным риском, а любые отклонения от нее вправо или влево означают повышение вероятности болезни. U-образная связь представляет собой более широкий диапазон значений, в которых риск минимален. Например, если взять потребление алкоголя, то вряд ли можно точно сказать, что человек, выпивающий, допустим, 100 мл красного сухого вина в день, подвержен минимальному риску сердечно-сосудистых заболеваний (V-образная связь). Тогда как U-образная связь дает возможность считать, что есть некий диапазон потребления алкоголя, в рамках которого человек не только не подвергает себя риску ухудшения здоровья, но и осуществляет профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. Отметим, что исследований, посвященных замерам крайних точек значений социальных факторов риска, в которых он был бы минимальным или максимальным, практически нет.

Таким образом, один и тот же социальный фактор может выступать по отношению к здоровью человека как фактор риска, так и фактор антириска, негативно влияя на состояние здоровья или, напротив, способствуя увеличению ресурсов здоровья человека, нации.

Наконец, *шестой проблемой*, во многом детерминирующей существование проблем интерпретации связей социальных факторов риска со здоровьем и оценки вклада данных факторов в развитие различных заболеваний, является отсутствие единой методологии эмпирического исследования влияния социальных факторов риска на здоровье. Во-первых, при изучении

влияния социальных факторов риска на здоровье последнее оценивается по-разному: как на основании результатов медицинских обследований [9; 14; 8; 26; 27; 37; 10; 18], так и с учетом самооценки индивидами состояния своего здоровья, выявляемой в ходе социологических опросов [36; 28; 22]. Адекватная оценка связи социальных факторов риска и здоровья возможна только при сопоставлении результатов тех и других обследований, так как результаты, основанные только на самооценке индивидуального здоровья, не позволяют определить истинное его состояние ввиду субъективности представлений человека, а также правильно оценить социальные факторы риска, их значение и удельный вес каждого при исключительно медицинском анализе состояния организма, потому что в таком случае они могут быть просто не выявлены. Во-вторых, существование тех или иных факторов риска также оценивается с помощью различных методов — медицинских или социологических. Это касается, например, действия таких факторов, как злоупотребление алкоголем, курение, двигательная активность, которые могут быть определены с помощью лабораторных анализов или путем опроса или анкетирования. В-третьих, в России практически не проводятся мониторинговые исследования влияния социальных факторов риска (особенно это касается поведенческих факторов) на здоровье населения. Большинство исследований носят локальный, разовый характер и преследуют цели получения «среза» ситуации, а не наблюдения ее в динамике.

Обзор научных работ, направленных на изучение влияния социальных факторов риска на здоровье населения, позволяет сделать следующие выводы относительно состояния изученности проблемы.

Несмотря на то что, по мнению большинства ученых, влияние социальных факторов на здоровье носит доминирующий, определяющий действие остальных факторов характер, общей теоретико-методологической базы для их анализа научное сообщество пока не выработало, что осложняет процесс сопоставления полученных разными исследователями результатов.

По-прежнему актуальна проблема построения комплексной модели воздействия социальных факторов на здоровье, определения характера взаимосвязи различных факторов, особенностей их взаимовлияния.

Необходимо принятие единой типологии социальных факторов риска здоровью, что не только позволит достоверно оценивать вклад каждого из них в развитие конкретных заболеваний, но и будет способствовать построению действенной политики управления социальными факторами риска, максимизировать эффект принимаемых управленческих решений.

Задачи развития человеческого потенциала на уровне страны, региона, территории требуют высокого уровня информированности лиц, принимающих управленческие решения, в отношении факторов риска ухудшения здоровья, что обуславливает целесообразность их выявления и оценки в мониторинговом режиме.

Также необходима разработка измеряемых показателей тех или иных социальных факторов риска. Социально-гигиенический, социологический, медико-социальный мониторинг выступающий базой для принятия решений, направленных на улучшение состояния здоровья граждан, немислим без анализа социальных факторов, однако отсутствие единой системы их показателей, основанной на общей типологизации, сужает спектр возможностей их использования в оценке здоровья населения в режиме мониторинга.

Список литературы

1. Doll R., Peto R., Boreham J., and Sutherland I. Mortality in relation to alcohol consumption: a prospective study among male British doctors // *International Journal of Epidemiology*. 2004. September 8.
2. Horn, K. Gesundheitserziehung im Verhdltnis zu anderen sozialisatorischen Einflssen: Grenzen individueller Problemlsungsmglichkeiten // *Europdische Monographien zu Forschungen in Gesundheitserziehung*. 1983. № 5. P. 49 — 71.
3. Link B., Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease // *Journal of Health and Social Behavior*. 1995 (Extra Issue). P. 80 — 94.
4. Manson J.E., Willet W.C., Stampfer M.J., et al. Body weight and mortality among women // *N Engl J Med* 1995; 333: 677 — 685.
5. Marmot M. G. Social inequalities in mortality: the social environment // *Class and Health* / ed. by R. G. Wilkinson. London; New York; Tavistock. 1986.
6. Marmot M.G. et. al. Alcohol and mortality: a U-shaped curve // *Lancet*. 1981. № 1. P. 580 — 583.
7. Wilkinson R.G. Socio-economic differences in mortality: interpreting the data on their size and trends // *Class and Heath* / ed. by R. G. Wilkinson. London; New York: Tavistock, 1986.
8. Акимова Е.В., Пушкарев Г.С., Смазнов В.Ю., Гафаров В.В., Кузнецов В.А. Сердечно-сосудистый риск и социальный градиент в тюменской когорте // *Материалы объединенного съезда кардиологов и кардиохирургов Сибирского федерального округа с международным участием*. Томск, 2009.
9. Акимова Е.В., Смазнов В.Ю., Кузнецов В.А., Гафаров В.В. Курение и риск сердечно-сосудистой смерти у мужчин // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья: науч.-практ. журн.* 2006. № 3. С. 16-19.
10. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. Киев: Здоровье, 1989.
11. Апанасенко Г.Л. Профилактика в кардиологии: необходимость новой стратегии // *Здоровье Украины*. 2004. № 22. С. 107.
12. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997.
13. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. М.: Финансы и статистика, 1984.
14. Берштейн Л.М. Онкоэндокринология курения / *Рос. акад. наук; науч.-исслед. ин-т онкологии им. Н. Н. Петрова*. СПб.: Наука, 1995.

15. Бредихина Н.В. Ориентации населения на здоровый образ жизни: региональный аспект : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.06. Челябинск, 2006. 153 с.
16. Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.euro.who.int/> (дата обращения: 1.12.2009).
17. Далгрэн Дж., Уайтхед М. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья / ЕРБ ВОЗ. 1992.
18. Журавлева А.И. Физическая реабилитация больных инфарктом миокарда. М.: ЦОЛИУВ, 1983.
19. Журавлева И.В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия трансформирующееся общество / под ред. В.А. Ядова. М.: Изд-во «КАНОН-пресс-Ц», 2001. С. 506-519.
20. Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев: Здоровье, 1981.
21. Кардялис К., Кардялене Л., Шукис С., Янкаускаене Р. Отношение будущих специалистов физической культуры к здоровому образу жизни // Социол. исслед. 2007. № 12. С. 129-132.
22. Кислицына О. Я. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян // Народонаселение. 2007. № 2. С. 24-37.
23. Козловский В.А. Цикл лекций по валеологии, формированию и медикаментозному поддержанию здорового образа жизни и спортивной медицине / АОЗТ Фармацевтическая фирма «ФарКоС» [сайт]. URL: http://www.farkos.ua/Sports_medicine/tsikl_lects (дата обращения: 1.12.2009).
24. Комаров Ю.М., Магнитский В.А., Иванова А.Е. Оценка решения задач по достижению здоровья для всех в России / науч.-произв. об-ние мед.-соц. исслед., экономики и информатики. М.: НПО «Медсоцэконинформ», 1997.
25. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов медицинских вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
26. Логинов А.С., Блок Ю.Е. Хронические гепатиты и циррозы печени. М.: Медицина, 1987.
27. Моисеев С.В. Поражения внутренних органов при алкогольной болезни // Врач. 2004. № 9.
28. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социол. исслед. 2003. № 11. С. 57 — 69.
29. Нуралиев А. Курение и рак. Фрунзе, 1990.
30. Панова Л.В., Русинова Н.Л. Гендерные неравенства в здоровье // Социол. исслед. 2007. № 6. С.114 — 122.
31. Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Философия медицины. Киев: Здоровье, 1979.
32. Профилактика ишемической болезни сердца в клинической практике. [Рекомендации Европейского кардиологического общества (ЕКО), Европейского общества по изучению атеросклероза (ЕОА), Европейского общества по изучению гипертонии (ЕОГ). Рекомендации для врачей] / Г. де Бейкер (ЕКО); А. Грахам (ЕКО); П. Пул-Уилсон (ЕКО); К. Пайорала (ЕКО); Д. Шеферд (ЕОА); Д. Вуд (председатель) (ЕКО); А. Занкетти (ЕОГ) // Рус. мед. журн. 1996. Т. 3, № 4.
33. Прохоров Б.Б., Горшкова И.В., Шмаков Д.И. и др. Общественное здоровье и экономика / отв. ред. Б.Б. Прохоров. М.: МАКС Пресс, 2007.
34. Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной социологии медицины // Экономика и здравоохранение. 2000. № 5,6/45.
35. Римашевская Н.М. Копина В.Г. Здоровье и благосостояние // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987.
36. Русинова Н.Л. Механизмы формирования социальных неравенств в здоровье (на примере Санкт-Петербурга) [Материалы интернет-конференции «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности» с 16.04.07 по 15.06.07] // Федеральный образовательный портал. URL: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308468.html> (дата обращения: 1.12.2009)
37. Скворцов Ю.И., Панченко Л.Ф., Скворцов К.Ю. Алкоголь и сердце: механизмы воздействия, клиника, лечение. Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2004.
38. Соколов В.Д. Влияние условий жизни на здоровье в семье // Здравоохранение. 1981. № 1.
39. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социол. исслед. 2004. № 3. С. 126 — 137.
40. Чечельницкая А.А. Михеева В.Г. Финагин. Экспертная модель здоровья человека // Журн. науч. публикаций аспирантов и докторантов. URL: <http://www.jurnal.org/articles/2008/inf22.html> (дата обращения: 18.11.2009).
41. Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социол. исслед. 1999. № 5. С. 84 — 92.
42. Штайнкамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журн. социологии и социальной антропологии. 1999. Т. 2, вып. 1.

43. Ядов В.Я. Социология в России / под ред. В.А. Ядова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 1998.
-

**SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH:
THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PROBLEMS OF ANALYSIS**

O.A. Barg, N.A. Nesevrya

Federal State Scientific Institution «Federal Scientific Center for Medical and Prophylactic Health Risk Management Technologies» of Russian Federal Service For Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Well-being (Rosпотребнадзор), 82, Ordjonikidze str., Perm, 614045

Theoretical and methodological approaches to the analysis of the influence of social factors on individual and public health, presented in the Russian and foreign scientific sources, are systematised. Existing problems of the theoretical and empiric researches of the social determinants of health reveal. Necessity of complex model of influence of social factors on health is proved.

Keywords: public health, health risk, risk factors, social determinants of health.